+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**CHAMAMENTO PÚBLICO**
**EDITAL DE SELEÇÃO Nº 001/SES/MT/2017**

O **ESTADO DE MATO GROSSO** através da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso,** doravante denominada SES/MT, por meio da Comissão Interna de Contratos de Gestão - CICG, instituída pela Portaria n. 135/2016/GBSES, publicada no D.O.E., na data de 17/06/2016, recomposta pela Portaria n. 072/2017/GBSES, publicada no D.O.E., na data de 05/05/2017, e pela Comissão Permanente de Licitação nomeada pela Portaria n. 229/2016/GBSES, publicada no D.O.E., em 27/10/2016, torna público, para conhecimento de todos os interessados, o **CHAMAMENTO PÚBLICO**, tipo **MELHOR TÉCNICA**, que visa selecionar instituições sem fins lucrativos, interessadas na celebração de Contrato de Gestão, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella",** localizado no Município de Rondonópolis Estado de Mato Grosso.

A presente Seleção será realizada nos termos da Lei Complementar n. 583, de 17 de janeiro de 2017, e fundamentada no inciso XXIV do art.24 da Lei n. 8.666/93, nas demais normas vigentes sobre a matéria, nas Normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde e mediante as condições fixadas neste Edital e seus Anexos.

**1. OBJETO:**
GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, que assegure assistência universal e gratuita à população, no **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella",** por entidade de direito privado, sem fins lucrativos, conforme definido neste Edital e seus Anexos.

**2. CRONOGRAMA:**
- Publicação do aviso de Chamamento Público: **05 de junho de 2017;**
- Entrega dos Envelopes (01 e 02): **06 de julho de 2017;**
- Sessão Pública (Envelope 01): **07 de julho de 2017;**
- Divulgação da 1ª Etapa (Habilitação): **10 de julho de 2017;**
- Análise das Propostas de Trabalho (Envelope 02): **10 a 14 de julho de 2017;**
- Divulgação da 2ª Etapa (Classificação): **17 de julho de 2017;**
- Prazo para Recurso: **18 a 24 de julho de 2017;**
- Análise do Recurso: **25 a 31 de julho de 2017;**
- Homologação da Seleção: **01 de agosto de 2017;**
- Divulgação do Resultado Final: **02 de agosto de 2017.**

**3. LOCAL, DATA E HORA:**
**3.1.** A documentação completa com o inteiro teor da seleção e seus respectivos anexos poderão ser acessados a partir das **14h00min** do dia **06/06/2017,** através dos sites: www.saude.mt.gov.br e www.amm.org.br/ ou retirados na sede da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, localizada no Centro Político Administrativo – CPA, Rua D – Quadra 12 – Lote 02 – Bloco 05 CEP 78.050-970, Cuiabá/MT, na Coordenadoria de Aquisições e Contratos, onde a interessada deverá apresentar PEN DRIVE, para cópia do arquivo em PDF.

**3.2.** Os envelopes de Habilitação e Proposta de Trabalho deverão ser entregues, juntamente, no dia **06/07/2017 das 13h30min às 18h30min,** na Coordenadoria de Aquisições e Contratos, situada no Edifício Sede da SES/MT, Centro Político Administrativo – CPA, Rua D – Quadra 12 – Lote 02 – Bloco 05 CEP 78.050-970, Cuiabá/MT – Fone (65)

3613-5410, não sendo permitido o recebimento dos Documentos de Habilitação e da Proposta de Trabalho fora do prazo estabelecido neste Edital.

**3.3.** Quando a remessa for via postal, o eventual extravio ou a chegada intempestiva da correspondência das proponentes será de inteira responsabilidade do remetente.

**3.4.** A sessão pública ocorrerá no **dia 07/07/2017** às **14h00mim**, na Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, situada na Rua Adauto Botelho, nº 552, Coxipó-Sul, Cuiabá/MT, CEP: 78085-200 - Fone (65) 3613-2324.

**3.5.** Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente por parte da administração pública que impeça a entrega dos documentos ou a realização da sessão Pública, esta será transferida automaticamente para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação das Comissões em sentido contrário.

## 4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

**4.1.** Podem participar da presente Seleção pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina de sua sede, e que obedecer ao mesmo tempo os critérios de finalidade da legislação pertinente, constar em seu estatuto atividade compatível ao desenvolvimento de projetos na área da Saúde, mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correspondentes, que tornem viáveis a transparência e a responsabilização pelos atos praticados.

**4.2.** Na hipótese da Entidade Proponente não ter sua sede localizada neste Estado, deverá providenciar seu registro junto ao Conselho Regional Medicina de Mato Grosso, e apresentá-lo à SES/MT no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato de gestão.

**4.3.** É vedada a qualquer pessoa jurídica a apresentação de mais de uma Entidade na presente Seleção.

**4.4.** As Entidades Proponentes, antes da elaboração da proposta de trabalho, deverão proceder à verificação e comparação minuciosa de todos os elementos técnicos a ser fornecidos.

**4.5.** Não poderão participar da presente seleção:

**a)** Entidade declarada inidônea pelo Poder Público;
**b)** Entidade cujos dirigentes, responsáveis técnicos e associados, na data de divulgação deste Edital, sejam servidores, ocupantes de cargos, empregos ou agentes públicos da Administração direta ou indireta do Estado de Mato Grosso;
**c)** Entidades consorciadas;
**d)** Entidade impedida de contratar com a Administração Pública;
**e)** Entidade que esteja, de qualquer forma, inadimplente com o Estado de Mato Grosso ou cumprindo sanções aplicadas pela Administração Pública;
**f)** As Entidades que não se enquadrarem no subitem 4.1.

## 5. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE TRABALHO

**5.1.** Os DOCUMENTOS de HABILITAÇÃO e a PROPOSTA DE TRABALHO deverão ser entregues, juntamente, no local, dia e horário estabelecido no subitem 3.2, em dois envelopes distintos, devidamente lacrados e rotulados de ENVELOPE 01 e ENVELOPE 02;

**5.2.** Os envelopes referidos no subitem 5.1 deverão estar rotulados externamente com as seguintes informações:

**ENVELOPE 01: DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES/MT
(Razão Social e endereço da Entidade Proponente)

**ENVELOPE 02: PROPOSTA DE TRABALHO**
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES/MT
(Razão Social e endereço da Entidade Proponente)

**5.3.** O **ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO** deverá conter os documentos originais ou cópia autenticada em Serviço Notarial, com carta de apresentação de encaminhamento dos seguintes documentos:

**I – Documentos de habilitação jurídica:**
**a)** Ato constitutivo, Estatuto Social em vigor, registrado em cartório;
**b)** Ata da eleição de sua atual diretoria;
**c)** Cédula de Identidade e CPF do representante legal da Entidade Proponente;
**d)** Prova de inscrição no CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
**e)** Declaração de que não possui nenhum dos impedimentos descritos no subitem 4.5 deste Edital;
**f)** Declaração, conforme modelo (Anexo - XI);

**II – Documentos de habilitação fiscal e trabalhista:**
**a)** Prova de regularidade fiscal – Tributos Federais;
**b)** Prova de regularidade fiscal – Tributos Estaduais, emitida no máximo 30 (trinta) dias antes da apresentação da proposta;
**c)** Prova de regularidade fiscal – Tributos Municipais, emitida no máximo 30 (trinta) antes dias da apresentação da proposta;
**d)** Prova de regularidade relativa à Seguridade Social;
**e)** Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através do Certificado de Regularidade de Situação – CRS;
**f)** Certidão negativa de falência ou Recuperação Judicial (Lei 11.101/05), expedida, no máximo, até 60 (sessenta) dias antes da apresentação da proposta;
**g)** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
**h)** Declarações de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, a ser expedidas pelo Tribunal de Contas do Estado e pelo Tribunal de Contas da União;
**i)** Declaração prevista no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;
**j)** Declaração prevista no inciso III do artigo 9º da Lei 8.666/1993.

**III – Documentos de habilitação técnica:**
**a)** Comprovar possuir serviços na área hospitalar, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, em que a Entidade Proponente seja gestora e gerenciadora de serviços hospitalares;
**b)** Comprovação através da documentação legal, que a Entidade Proponente possui no seu quadro, responsável Técnico (médico), devidamente registrado no respectivo Conselho de Classe;
**c)** Atestado de Vistoria da Unidade Hospitalar, conforme modelo (Anexo - IX);
**d)** Apresentar decreto de qualificação como organização social de saúde no Estado de Mato Grosso.

**5.3.1.** Caso a proponente queira apresentar recurso decorrente da análise dos documentos de habilitação (Envelope 01), as comissões deverão na sessão pública lavrar em ata e abrir

prazo de 24 horas para apresentação de recurso, devendo analisar os fatos e responder no mesmo prazo, sem prejuízo do cronograma Item 2 deste Edital.

**5.3.2. Será INABILITADA, sem direito a recurso, a Entidade que deixar de apresentar qualquer um dos documentos acima listados ou apresentá-los com o prazo de validade vencido.**

**5.4. Envelope 02** – **PROPOSTA DE TRABALHO** deverá ser apresentada tendo como base as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, observados os seguintes requisitos:

**5.4.1.** A Proposta de Trabalho, deverá estar encabeçada por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram, será apresentada em 01 (uma) via numerada e rubricada, sem emendas ou rasuras, na forma original ou cópia autenticada, para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas no Anexo - IV e deverá conter os elementos abaixo indicados obedecendo a seguinte ordem:

**I.** Projeto Técnico contendo o seu plano operacional, digitado (PDF) e impresso, expressando:

**a)** Número do edital de seleção e o objeto do mesmo;

**b)** Apresentação da Proposta de Trabalho, conforme Roteiro, previsto no Anexo - III contendo indispensavelmente:

**b.1)** Definição de metas operacionais, indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução;

**b.2)** Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados;

**b.3)** Especificação do orçamento para execução da Proposta de Trabalho, conforme modelos nos (Anexos –VII e VIII).

**5.4.2.** Apresentar documentos que comprovam experiência gerencial, na área hospitalar, por meio de comprovação de experiências anteriores, inclusive comprovando com contratos gestão e/ou contratos de prestação de serviços ou convênios na área de saúde e/ou atestado(s) fornecidos por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado.

**5.4.3.** Apresentar atestado de capacidade técnica, através da qualificação de corpo diretivo e/ou técnico de unidade hospitalar gerenciada pela Entidade Proponente, através de atestado(s), com firma reconhecida, fornecidos por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado.

**5.4.4.** Apresentar Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados do último Exercício, conforme índices de liquidez corrente, de liquidez geral, de endividamento e de solvência estabelecidos pela Lei 4.320/64, que comprovem a boa situação econômico-financeira da Entidade Proponente, sendo vedada à substituição por balancetes ou balanço provisórios;

**5.4.5.** Apresentar patrimônio líquido equivalente a 10% (dez por cento) do valor da proposta anual apresentada, relativo ao custeio da unidade hospitalar, ou apresentar garantia mínima equivalente a 1% (um por cento) do valor da proposta apresentada relativo ao custeio do Hospital, nas seguintes modalidades: fiança bancária, caução em dinheiro ou em título da dívida pública ou seguro-garantia, sendo que para essas modalidades a Entidade Proponente deverá aguardar a manifestação da Comissão Interna de Contratos de Gestão, que após analisar o patrimônio líquido da Entidade e as condições técnicas da proposta de trabalho, emitirá orientação para cumprimento da garantia;

**5.4.6. <u>Será DESCLASSIFICADA a Entidade cuja proposta de trabalho não atender às especificações técnicas constantes nos anexos do presente Edital, bem como, o não cumprimento dos subitens 5.4.2, 5.4.3, 5.4.4 e 5.4.5 descritos acima.</u>**

**6. DISPOSIÇÕES GERAIS:**

**6.1.** A presente seleção será conduzida pela Comissão Permanente de Licitação da SES/MT e pela Comissão Interna de Contratos de Gestão da SES/MT.

**6.2.** A Entidade Proponente, na sessão pública, poderá se fazer representar por dirigente, procurador ou pessoa devidamente credenciada, através de instrumento público ou particular, com firma reconhecida em serviço notarial pelo representante legal da mesma, a quem seja outorgado ou conferido amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Edital, conforme Anexos X e XII deste Edital.

**6.3.** Na sessão pública de habilitação após as Comissões constatarem o cumprimento dos requisitos formais para cada envelope 01 e 02, estes serão rubricados pelos representantes credenciados das Entidades Proponentes e pelos membros presentes das Comissões.

**6.4.** Os documentos do **envelope 01 (DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO)** serão analisados na própria sessão pública e rubricados pelos representantes credenciados das Entidades Proponentes e pelos membros presentes das Comissões.

**6.5.** Será lavrada Ata Circunstanciada da sessão pública contendo os documentos de habilitação e proposta de trabalho, devendo ao final da sessão ficar registrado se houve Entidade Proponente habilitada.

**6.6.** A abertura do **envelope 02 (PROPOSTA DE TRABALHO)** e análise dos documentos apresentados será realizada em reunião reservada, pela Comissão Interna de Contratos de Gestão, devendo ser lavrada em ata e registrado se houve Entidade classificada.

**6.7.** Em nenhuma hipótese será concedido prazo para apresentação ou substituição de documentos exigidos e não inseridos nos envelopes “01” e “02”. No entanto, a critério das Comissões Julgadoras poderão solicitar informações e/ou esclarecimentos complementares que julgar necessários, bem como solicitar o original de documentos da Entidade Proponente.

**6.8.** Não será considerado nenhum outro documento anexado além daqueles indicados neste Edital, e não será permitida a realização de alteração no modelo da proposta, devendo ser preenchidos todos os seus respectivos campos.

**6.9.** O instrumento público ou particular será acompanhado de documento de identificação do representante.

**6.10.** Ficará impedido de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente Seleção, o representante da Entidade, que não apresentar o instrumento de representação, ou cuja documentação não atenda às especificações retro citadas.

**6.11.** A(s) proponente(s), seu(s) representante(s) ou outro(s) interessado(s) deverão abster-se de entrar em contato com os membros das Comissões para tratar de assunto(s) vinculado(s) às propostas e área de atuação, sob pena de comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento, podendo haver, no caso de comprovação do ato, a sanção da inabilitação e/ou desclassificação da Entidade Proponente no certame.

**6.12.** É facultada, por justa razão administrativa, financeira e/ou legal, à Comissão Interna de Contratos de Gestão, a Comissão Permanente de Licitação ou ao Secretário de Estado de Saúde, em qualquer fase do processo de seleção:

**a)** Alterar o cronograma para definir novos prazos;

**b)** Suspender o presente Chamamento em decorrência de alguma falha, omissão ou irregularidade;

**c)** Promover diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução do processo de seleção, sendo vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente nos envelopes;

**d)** Promover todos os atos necessários para garantir o cumprimento da presente seleção até o seu objetivo final.

**6.13.** Após a abertura do envelope 01 na sessão pública, não cabe desistência por parte da Entidade Proponente, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelas Comissões.

**6.14.** Após a análise da Proposta de Trabalho (Envelope 02) e divulgação do Resultado Final, havendo vencedora do certame, esta deverá ser notificada pela Comissão Interna de Contratos de Gestão para, no prazo de 05 dias úteis, apresentar Cadastro Bancário, conforme modelo Anexo – XIII deste Edital.

**6.14.** As Comissões não podem utilizar como critério de seleção e de pontuação o local de domicílio da organização social ou a exigência de experiência de trabalho por ela executado no local de domicílio do órgão estatal contratante.

**6.15.** As Comissões não serão remuneradas e não poderão ter qualquer vínculo com as Entidades Proponentes participantes desta seleção.

**7. HABILITAÇÃO, ANÁLISE, JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO:**

**7.1.** A presente seleção será realizada em 02 (duas) etapas, a saber:

**7.1.1. PRIMEIRA ETAPA**: A abertura do **ENVELOPE 01**, contendo a documentação da habilitação jurídica, fiscal, trabalhista e técnica, descritas no subitem 5.3 deste edital, dar-se-á na Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, Rua Adauto do Botelho, nº 552, Coxipó-Sul, CEP 78.085-200, no período descrito no cronograma e de acordo com os critérios fixados neste Edital de Seleção.

**7.1.2.** Após a abertura do envelope 01 será realizada a avaliação dos documentos relativos à habilitação, descritos no subitem 5.3.

**7.1.3.** Tendo sido inabilitada qualquer proponente na fase documental habilitatória prevista neste Edital, estará impossibilitada de participar da segunda etapa;

**7.1.4.** As Comissões após analisar a documentação do envelope 01 procederão à rubrica do envelope 02 contendo a Proposta de Trabalho, somente, das Entidades habilitadas e lavrará Ata correspondente, posteriormente suspendendo a sessão pública.

**7.1.5.** Caso a Entidade Proponente for **inabilitada** na **primeira fase**, e não havendo recurso, as Comissões deverão registrar em ata as motivações e proceder à devolução do envelope 02 à Entidade.

**7.1.6.** Em havendo recurso, conforme disposto no subitem 5.3.1 deste Edital, o Envelope 02 ficará sob a guarda das Comissões até conclusão deste, sendo provido o recurso a

Comissão Interna procederá à análise da proposta apresentada, e sendo não provido o recurso o envelope será restituído à proponente.

**7.1.7.** No caso de todas as Entidades Proponentes serem **inabilitadas** na **primeira fase**, as Comissões poderão reabrir o prazo da seleção por mais 08 (oito) dias úteis, divulgando novo cronograma para o edital.

**7.2.1. SEGUNDA ETAPA**: A análise das propostas das Entidades habilitadas na Primeira Etapa, e identificadas na forma deste Edital, contidos no **ENVELOPE "02",** ocorrerá em sessão reservada pela Comissão Interna de Contratos de Gestão, no período descrito no cronograma e de acordo com os critérios fixados neste Edital de Seleção.

**7.2.1.1.** O julgamento da Proposta de Trabalho obedecerá aos critérios de avaliação estabelecidos nos Anexos – IV e V deste Edital.

**7.2.1.2.** A classificação da Proposta de Trabalho será definida pela maior média das propostas técnicas, observado o disposto nos Anexos – IV e V deste Edital.

**7.2.1.3.** Caso todas as propostas de trabalho sejam desclassificadas, as Comissões poderão fixar às Entidades Participantes o prazo de 08 (oito) dias úteis para a apresentação de novas propostas.

**8. VALIDADE DA PROPOSTA:**
**8.1.** Fica estabelecida a validade mínima da proposta, por 90 (noventa) dias, contados a partir da sessão pública.
**8.2.** Havendo interesse público, a Secretaria de Estado de Saúde, poderá solicitar a Entidade Proponente à prorrogação do prazo de validade de sua proposta, por igual período, mantendo as demais condições originarias.

**8.3.** O Contrato de Gestão poderá ser assinado em até 90 (noventa) dias, após a publicação do resultado final do certame, e havendo interesse público, este prazo poderá ser prorrogado por igual período.

**8.4.** A Entidade vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar de sua convocação, perderá o direito à contratação em conformidade com a Lei, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este processo de seleção. Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela interessada durante o seu transcurso e desde que haja motivo justificado e aceito pelas Comissões.

**9. RESULTADO, RECURSO E HOMOLOGAÇÃO:**
**9.1.** Os resultados da habilitação e classificação serão divulgados, conforme cronograma deste Edital, através de publicação no Diário Oficial do Estado e no site: www.saude.mt.gov.br;

**9.2.** Após a divulgação do resultado da classificação caberá recurso, conforme art. 109 da Lei 8.666/93;

**9.3.** O recurso deverá ser direcionado formalmente às Comissões, na Coordenadoria de Aquisições e Contratos, situado no edifício sede da SES/MT, Centro Político Administrativo – CPA, Rua D – Quadra 12 – Lote 02 – Bloco 05 CEP 78.050-970, Cuiabá/MT – Fone (65) 3613-5410;

**9.4.** As Comissões analisarão o deferimento ou não do recurso apresentado pela Entidade desclassificada, no prazo estabelecido no cronograma, divulgando-o no site oficial da Secretaria de Estado de Saúde www.saude.mt.gov.br.

**9.5.** Após a análise do recurso, o Secretário de Estado de Saúde homologará o certame e publicará o resultado final do processo seletivo, no site oficial da Secretaria de Estado de Saúde www.saude.mt.gov.br, no Diário Oficial do Estado e jornal de grande circulação local.

**10. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**
**10.1.** A despesa com a futura contratação correrá à conta do seguinte orçamento:

Unidade Orçamentária: **21601**
Programa: **077**
Projeto Atividade: **2515**
Natureza de Despesa: **335043** e **445052**
Região de Planejamento: **0500**
Fontes de Recursos: **112 e 134**

**10.2.** O futuro Contrato de Gestão será celebrado com vigência de 60 (sessenta) meses.

**11. DISPOSIÇÕES FINAIS**
**11.1.** As Entidades Proponentes deverão assumir todos os custos financeiros relativos à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhum direito a indenização.

**11.2.** Até 03 (três) dias úteis antes da data fixada para a realização da sessão pública, poderão ser solicitados esclarecimentos e/ou impugnações por escrito, no mesmo endereço citado no subitem 3.2, cabendo à Comissão Interna de Contratos de Gestão e/ou à Comissão Permanente de Licitação prestar as informações no prazo de até 48 horas.

**11.3.** Decorrido o prazo para solicitação de esclarecimentos e/ou impugnação, não serão mais aceitas quaisquer alegações de desconhecimento de fatos, partes ou detalhes como justificativa para o impedimento do encaminhamento normal deste processo de seleção, ou para o não cumprimento dos termos previstos neste Edital.

**11.4.** A participação da Entidade no processo de seleção implica na sua aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas, condições e anexos do Edital, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcrito, com lastro na legislação referida no preâmbulo do Edital, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e execução do Contrato de Gestão.

**11.5.** Na ocorrência do estabelecido no subitem 8.4, poderá a Secretaria de Estado de Saúde convocar a Entidade remanescente, participante do processo de seleção na ordem de classificação ou anular o processo seletivo.

**11.6.** Até a assinatura do Contrato de Gestão, poderão a Comissão Interna de Contratos de Gestão e a Comissão Permanente de Licitação desclassificar as propostas das Entidades, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção que represente infração aos Termos do Edital, respeitado o contraditório.

**11.7.** Havendo justificado interesse público este processo de seleção pode ser anulado.

**11.8.** Salvo indicação em contrário, todos os prazos serão contados em dias corridos.

**11.9.** Os casos omissos e as questões não previstas neste edital, bem como as dúvidas serão dirimidos pela Comissão Interna de Contratos de Gestão e pela Comissão Permanente de Licitação, observada a legislação vigente.

**12. ANEXOS DO EDITAL:**

**12.1.** Integram o presente Edital, como se nele estivessem transcrito, os anexos abaixo descritos:

**ANEXO - I** Informações Sobre a Unidade Hospitalar;
**ANEXO - II** Plano de Metas;
**ANEXO - III** Roteiro para Elaboração da Proposta de Trabalho;
**ANEXO - IV** Parâmetros para Julgamento e Classificação da Proposta de Trabalho;
**ANEXO - V** Matriz de Avaliação, Julgamento e Classificação das Propostas do Processo de Seleção;
**ANEXO - VI** Modelo de Planilha de Dimensionamento de Pessoal;
**ANEXO - VII** Modelo de Planilha de Receitas/Despesas Operacionais Mensais;
**ANEXO - VIII** Modelo de Planilha de Custo Assistencial;
**ANEXO - IX** Modelo de Atestado de Vistoria da Unidade Hospitalar;
**ANEXO - X** Modelo de Credencial do Representante da Entidade Proponente;
**ANEXO - XI** Declaração;
**ANEXO - XII** Modelo de Procuração;
**ANEXO - XIII** Modelo de Cadastro Bancário;
**ANEXO - XIV** Minuta do Contrato de Gestão e anexos.

Cuiabá/MT, 05 de junho de 2017.

**INÊS DE SOUZA LEITE SUKERT**
Coordenadora da Comissão Interna de Contratos de Gestão

**ALCI DE OLIVEIRA JÚNIOR**
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

**LUIZ SOARES**
Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

**ANEXO – I**
**INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE HOSPITALAR**

**1. INTRODUÇÃO**
A Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde adotou novo modelo de gerenciamento para o **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella"- HRR**, que tem por finalidade potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento a população, melhorar o serviço ofertado ao usuário do SUS com assistência humanizada e implantar um modelo de gerenciamento voltado para resultados.

O modelo gerencial proposto deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

**2. INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE A SER GERENCIADA PELA PROPONENTE - HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella",** localizado na Rua 13 de Maio, nº 2366, Jardim Guanabara, – CEP: 78.710 -080, no Município de Rondonópolis, MT, e terá área de abrangência em todo o Estado do Mato Grosso.

**3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE:**
**O HRR** é geral considerado de médio porte com capacidade instalada para realizar procedimento de média e alta complexidade, com atendimento de urgência e emergência (com funcionamento 24 horas, ininterruptamente), ambulatório e internação nas especialidades de: **clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica geral e clínica cirúrgica ortopédica e traumatológica e hospital dia. Além de ofertar Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) com 108 leitos de internação (enfermarias), 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulta e 05 salas cirúrgicas.**

**3.1. ATENDIMENTO:**
O **HRR** receberá usuários exclusivamente do SUS encaminhados pelo Complexo Regulador Regional Sul, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Serviço de Emergência da Concessionária Rota do Oeste.

**3.2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**
O Serviço Ambulatorial do **HRR** destina-se à realização de consultas especializadas, encaminhadas pelo Complexo Regulador Regional Sul e os egressos do próprio Hospital, para as seguintes especialidades:

| | |
|---|---|
| • cirurgia geral | • proctologia |
| • cirurgia vascular | • cardiologia |
| • cirurgia pediátrica | • urologia |
| • ortopedia/traumatologia | • oftalmologia |
| • buco maxilo facial | • neurologia |
| • otorrinolaringologia | |

**3.2.1.** No atendimento ambulatorial deverão ser disponibilizadas as primeiras consultas médicas e não médicas, interconsultas e consultas subsequentes (retornos), e deverão ser programadas para funcionar das 07h00min às 17h00mim de segunda à sexta-feira.

**1)** Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do usuário encaminhada pelo Complexo Regulador Regional Sul ao **HRR**, para atendimento a uma determinada especialidade;
**2)** Entende-se por interconsulta a consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada no próprio **HRR** (oriundo do especialista da primeira consulta);
**3)** Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das primeiras consultas quanto às

subsequentes das interconsultas;

**4)** Serão considerados como cirurgia ambulatorial de baixa complexidade os procedimentos cirúrgicos realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

**5)** O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial deve se dar pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

**3.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS:**

Serão considerados atendimentos de urgência/emergência aqueles não programados, que sejam demandados pelo serviço de urgência/emergência do **HRR**, bem como as pessoas encaminhadas de forma reguladas e as advindas do Serviço de Urgência/Emergência da Concessionária Rota Oeste e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

**1)** O **HRR** deverá dispor de atendimento a urgência/emergência, durante as 24 horas do dia ininterruptamente;

**2)** Se, em consequência do atendimento por urgência/emergência o usuário é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24h e não ocorrer à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência/emergência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização;

**3)** Deverá ser mantida e implementada a Porta Hospitalar de urgência/emergência, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização (PNH), através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo e orientações do Programa Nacional de Humanização;

**4)** A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002), ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato de gestão.

**3.4. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO (SADT):**

Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapia a usuários atendidos em regime de ambulatório, urgência/emergência, internação e hospital dia.

**3.4.1.** O **HRR** ofertará os serviços de SADT, a usuários EXTERNOS ao Hospital, isto é, àqueles usuários que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido através do Complexo Regulador Regional Sul.

**3.4.2.** 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 Matérias do SUS (SIGTAB).

**3.4.3.** Considera-se para fins deste Contrato de Gestão:

**a)** SADT INTERNO/AMBULATÓRIO: Define-se como os exames realizados para os usuários EGRESSOS do hospital (após internação);

**b)** SADT EXTERNO/AMBULATÓRIO: Entende-se como os exames realizados para usuários externos, ou seja, os referenciados pelo sistema de agendamento através do Complexo Regulador Regional Sul;

**c)** SADT URGÊNCIA\EMERGÊNCIA: Define-se como os exames realizados para os usuários em atendimento urgência\emergência no pronto atendimento do próprio **HRR.**

**3.5. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:**

Assistência á saúde será prestada em regime de hospitalização que compreenderá o conjunto de atendimento oferecido ao usuário desde sua admissão (internação) no **HRR** até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

**a)** O indicador de aferição das metas será a **SAÍDA HOSPITALAR,** comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, emitidos pelo próprio **HRR**, processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

**b)** A saída hospitalar mês deverá compor o perfil definido para o **HRR**, sendo descriminadas pela porta de entrada:

**I -** A Urgência/emergência e o;

**II -** Ambulatório/Complexo Regulador Regional Sul.

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

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

**II -** Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como diagnóstico principal que motivou a internação do usuário e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas;

**III -** Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

**IV -** Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;

**V -** Alimentação, incluídas a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;

**VI -** Assistência médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal técnico;

**VII -** Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

**VIII -** Todos os materiais descartáveis necessários para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

**IX -** Diárias de hospitalização, em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do e/ou quarto de isolamento;

**X -** Diárias nas Unidades de Terapia Intensiva-UTI, se necessário;

**XI -** Sangue e hemoderivados;

**XII -** Fornecimento de enxoval hospitalar;

**XIII -** Exames – SADT, necessários para a elucidação do diagnóstico;

**XIV -** Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia e endoscopia;

**XV -** Os Procedimentos relacionados a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPME não prevista na tabela do SUS, a Secretaria de Estado de Saúde deverá autorizar previamente o orçamento de uso e realizar o reembolso na competência subsequente ao mês de utilização da OPME;

**XVI -** E outros procedimentos que se fizerem necessário ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HRR.**

**3.5.2. ENFERMARIAS:** O **HRR** possui 108 leitos distribuídos conforme no quadro abaixo:

| Clínica de Internação | Especialidades Internação | Total de leitos |
|---|---|---|
| Médica | Tratamento clínico em outra especialidade (médica) | 12 |
| | Doenças Crônicas | 04 |
| | Pneumologia sanitária | 02 |
| | Psiquiatria | 04 |
| Neurologia | Tratamento clínico em neurologia | 06 |
| | Cirurgia do sistema nervoso (clínica cirúrgica) | 03 |
| Cirurgia Geral | Clínica cirúrgica geral | 23 |
| Pediatria | Clínica cirúrgica geral pediatria | 04 |
| | Tratamento clínico geral em pediatria | 04 |
| Cirurgia Ortopédica/Traumatologia | Clínica cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial | 36 |
| Hospital dia | Clínica cirúrgica | 10 |
| | **Total** | **108** |

**a)** A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. A **CONTRATADA**, na inexistência eventual de leito vago, obriga-se a regular os usuários através do Complexo Regulador Regional Sul, para os demais serviços de saúde do SUS.

**b)** Deverão ser disponibilizados 04 (quatro) leitos para atendimento psicossocial em cumprimento as Portaria: n° 3.088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**c)** Portaria n° 148 GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 e Portaria n° 1.615 GM/MS, de 26 de julho de 2012, que definem as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção à pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

**3.53. O CENTRO CIRÚRGICO**:
É o conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o usuário, 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 do **HRR** e composto de 05 (cinco) salas cirúrgicas e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica.

**4. TRANSPORTE SANITÁRIO:**
**DEFINIÇÃO**: Assistência aos usuários internos que demandam serviços de transporte em ambulâncias de suporte básico tipo B e ambulância de suporte avançado tipo D, conforme Portaria n° 2.048 GM/MS, de 05 de novembro de 2002, para remoção inter-hospitalar a centros clínicos para a realização de exames não ofertados pelo **HRR** ou mesmo para realização de procedimentos cuja referência é outro hospital;

**a)** No caso do usuário necessitar de aeronave de transporte médico tipo E, este ficará sob a responsabilidade da Central de Regulação/SES;

**b)** Após o usuário receber alta hospitalar, seu retorno ficará sob a responsabilidade do município de origem;

**c)** As ambulâncias hoje localizadas no **HRR** serão cedidas à Organização Social, devendo esta dar toda a manutenção necessária para o seu pleno funcionamento.

**5. NOVAS ESPECIALIDADES:**
Se, no decorrer da execução contratual, de comum acordo entre as partes, houver a necessidade de realização de outros tipos de atividades diferentes daquelas acima relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de serviço de apoio de diagnostico e terapia, estas atividades após análise técnica e pactuação regional, deverão ser quantificadas separadamente bem como o seu reflexo econômico-financeiro e posteriormente acrescido ao Contrato de Gestão por meio de Termo Aditivo.

**6. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO:**

**a)** A Entidade Proponente deverá manter atividades de aperfeiçoamento e capacitação em áreas assistenciais e de suporte técnico administrativo, devendo implementar programa de qualificação profissional aos colaboradores do **HRR** visando melhoria de acesso e qualidade da assistência;

**b)** Buscar o credenciamento da unidade hospitalar junto ao Ministério da Saúde no “Projeto Hospitais de Excelência”, que em parceria com Hospital Albert Einstein, oferece via telessaúde, teleconsultoria para discussões de casos clínicos de urgência/emergência, além de equipamentos para estruturação dos serviços, com intuito de garantir apoio às práticas de saúde, oferecendo por meio das tecnologias de informação e comunicação para qualificar o cuidado e aumentar a resolutividade da atenção à saúde, conforme Resolução CIB\MT nº 21, de 05 de Fevereiro de 2015;

**c)** Disponibilizar campo de estagio no **HRR** para os cursos da área de saúde nos níveis, técnico, graduação e pós-graduação, para o desenvolvimento dessas atividades o **HRR** deverá adequar-se às exigências do MEC para as devidas certificações;

**d)** Disponibilizar no **HRR** campo para a implantação programas de residências médicas e multiprofissionais, que é de fundamental importância nas atividades de ensino, pesquisa e

extensão;

**e)** Implantar a Rede RUTE (Rede Universitária de Telemedicina), sua implantação traz 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;

**f)** Implementar a Comissão Interna de Integração Ensino e Serviço - CIES.

**7. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR:**

**a)** A Proponente deverá implantar e manter o NIR, que será o responsável pela implementação do SISREG 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)** Ao realizar a interface com o Complexo Regulador Regional Sul, 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);

**c)** O serviço funcionará 24h ininterruptamente (hospitalar e urgência\emergência), emitindo notificações de vagas uma vez ao dia, de acordo com as normas exaradas pelo Complexo Regulador Regional Sul.

**8. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA – NVHE:**

**a)** A Proponente deverá implantar o Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar - NVHE, conforme o que preconiza a Portaria nº 2.529GM/MS, de 23 de novembro de 2004, ampliada pela Portaria nº 2.254 GM/MS, de 05 de agosto de 2010;

**b)** O NVEH deverá organizar no **HRR** as rotinas e fluxos de informações para aumentar a sensibilidade, notificação e resolução de casos de doenças de notificação compulsória (DNC);

**c)** 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;

**d)** O NVEH deverá implantar o 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 e todos da Portaria n° 1.271 GM/MS, 06 de junho de 2014.

**9. UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – UCT**

A Proponente se responsabilizará por todo o gerenciamento do serviço da UCT que tem por finalidade:

**a)** Preparar hemocomponentes;

**b)** Realizar a prática da Medicina Transfusional: transfusão de sangue e hemocomponentes homólogos e autólogos e hemoderivados e sangria;

**c)** Conservar hemocomponentes e hemoderivados; realizar estudos pré-transfusionais dos usuários a transfundir e fenotipagem, quando necessário;

**d)** Atender 100% dos doadores que procurarem espontaneamente o serviço;

**e)** Assistir e dar suporte transfusional a estabelecimentos assistenciais de menor complexidade;

**f)** Promover a doação voluntária, altruísta e habitual de sangue e hemocomponentes;

**g)** Promover no mínimo 06 (seis) campanhas de coletas externas, anualmente.

**10. OUTRAS DISPOSIÇÕES:**

A Proponente deverá:

**a)** Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos;

**b)** Disponibilizar equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros etc.) em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Classe;

**c)** Adotar Prontuário Único do Usuário com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de arquivo de prontuários;

**d)** Manter e Implementar o Sistema Informatizado Hospitalar que contemple no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário eletrônico do paciente (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1824/2007), serviços de apoio e relatórios gerenciais que atendam aos indicadores e informações especificados, garantindo a infraestrutura necessária para sua plena operacionalização, Caberá à Proponente à disponibilização e manutenção da rede de informática do **HRR**.

**e)** Implantar e disponibilizar o Sistema de Custos Hospitalar;

**f)** Respeitar a legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

**g)** Implementar a Política Nacional de Humanização (PNH) em consonância com a Portaria nº 177 GBSES\MT, de 21 de Agosto de 2006, devendo manter o serviço de humanização no ambiente Hospitalar do “Projeto Saúde com Alegria”, com os Doutores Palhaços;

**h)** Implantar as ações previstas na Portaria n° 529/GM/MS, de 1° de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando as seguintes ações:

**I -** Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

**II -** Elaboração de Planos para Segurança do usuário;

**III -** Implantação dos Protocolos de Segurança do usuário;

**IV -** Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Lei Nº. 10.741 de 01/10/2003).

**11.** O rol de leis e normas sanitárias na qual a Proponente deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações:

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 11.108 de 07 de abril de 2005 Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Lei 10.425 de 15/04/2002 Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde;
- Lei 8.142/90 – define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;
- Lei 9.431 de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programa de Controle de Infecção Hospitalares PCIH pelos hospitais do País;
- PRT 28 MS/GM de 09 de janeiro de 2015, Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;
- PRT GM/MS 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;
- RDC n°50 MS ANVISA de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- RDC n°307 MS ANVISA de 14 de novembro de 2002.Altera a Resolução RDC n° 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento técnico para o planejamento,

programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

- RDC n°189 MS ANVISA de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de analise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o regulamento técnico aprovado pela RDC n° 50 de 21 de fevereiro de 2002;
- RDC n°36 MS ANVISA de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- RDC n°48 MS ANVISA de 2 de junho de 2000. Institui o Roteiro de Inspeção do Programa de controle de infecção hospitalar;
- PRT SAS/MS 3.432 de 12 de agosto de 1998 - estabelece critérios para a classificação e credenciamento de Unidades de Tratamento Intensivo;
- PRT GM/MS 2.048 de 5 de novembro de 2002 – aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- PRT GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008 - institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- PRT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - 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;
- PRT MS/SAS 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.

**ANEXO – II**
**PLANO DE METAS**

## 1. METAS QUANTITATIVAS

### 1.1. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL:

A Proponente deverá considerar uma produção mensal de **1.600** procedimentos clínicos em consulta médica e não médica especializada e **130** procedimentos cirúrgicos ambulatoriais eletivos, respeitando as especialidades. E quando da avaliação deverá ser considerada uma possível variação 10% (dez por cento) para maior ou para menor, conforme descrito nos quadros 01, 02 e 03.

| **Quadro 01** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos clínicos em consulta médica especializada, que deverá ser realizada **no serviço de ambulatório** a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **03** | **Procedimentos Clínicos/Consulta médica especializada** | **Meta** |
| **03.01.01** | **...Cardiologia:** | **160** |
| | ..... Primeira Consulta | 65 |
| | ..... Consulta Subsequente | 95 |
| **03.01.01** | **...: Cirurgia Geral** | **280** |
| | ..... Primeira Consulta | 112 |
| | ..... Consulta Subsequente | 168 |
| **03.01.01** | **...Cirurgia Pediátrica** | **38** |
| | ..... Primeira Consulta | 15 |
| | ..... Consulta Subsequente | 23 |
| **03.01.01** | **...Cirurgia Vascular** | **40** |
| | ..... Primeira Consulta | 16 |
| | ..... Consulta Subsequente | 24 |
| **03.01.01** | **...Neurologia** | **92** |
| | ..... Primeira Consulta | 37 |
| | ..... Consulta Subsequente | 55 |
| **03.01.01** | **...Oftalmologia** | **220** |
| | ..... Primeira Consulta | 88 |
| | ..... Consulta Subsequente | 132 |
| **03.01.01** | **...Otorrinolaringologia** | **70** |
| | ..... Primeira Consulta | 46 |
| | ..... Consulta Subsequente | 24 |
| **03.01.01** | **...Proctologia** | **40** |
| | ..... Primeira Consulta | 16 |
| | ..... Consulta Subsequente | 24 |
| **03.01.01** | **...Ortopedia** | **550** |
| | ..... Primeira Consulta | 220 |
| | ..... Consulta Subsequente | 330 |
| **03.01.01** | **...Urologia** | **80** |
| | ..... Primeira Consulta | 31 |
| | ..... Consulta Subsequente | 49 |
| | **Total de consultas médicas mês** | **1.570** |

| **Quadro 02** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos clínicos em consulta não médica especializada, que deverá ser realizada **no serviço de ambulatório** a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **03.01.01** | **..Tratamento odontológico buco maxilo facial** | **Meta** |
| | ..... Primeira Consulta. | 12 |
| | ..... Consulta Subsequente. | 18 |
| | **Total de consultas médicas mês** | **30** |

| **Quadro 03** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais eletivos **no serviço de ambulatório,** que deverá ser realizado a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **04.05** | **Procedimentos Cirúrgico/Aparelho da visão** | **Meta** |
| **04.05.05** | ...Cirurgia de Pterígio, calásio e outros. | 100 |
| **04.08** | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | 30 |
| | **Total de procedimentos cirúrgico mês** | **130** |

### 1.2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA:

A Proponente deverá considerar uma produção mensal de **1.000** procedimentos clínicos, **47** procedimentos cirúrgicos e **1.000** procedimentos em hemoterapia. E quando da avaliação deverá ser considerada uma possível variação 10% (dez por cento) para maior ou para menor, conforme descrito no quadro 04, 05 e 06.

| **Quadro 04** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos clínicos no **serviço de urgência/emergência**, que deverá a ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **03.01** | **...Procedimentos Clínicos/Consultas** | **Meta** |
| **03.01.06** | ...Atendimento de urgência especializada. | 1.000 |
| | **Total de procedimentos mês** | **1.000** |

| **Quadro 05** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos cirúrgicos no **serviço de urgência/emergência,** que deverá ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **04** | **...Procedimentos Cirúrgicos** | **Meta** |
| **04.01** | ...Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa. | 10 |
| **04.04** | ...Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço. | 05 |
| **04.05** | ...Cirurgia do aparelho da visão. | 30 |
| **04.08** | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | 01 |
| **04.15** | ...Cirurgia outras especialidade de media complexidade. | 01 |
| | **Total de procedimentos mês** | **47** |

| **Quadro 06** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos especiais em hemoterapia **no serviço de urgência/emergência,** que deverá ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **03.06** | **...Hemoterapia** | **Meta** |
| **03.06.01** | ...Procedimento para obtenção do sangue para assistência hemoterapia. | 1.000 |
| | **Total de procedimentos mês** | **1.000** |

### 1.3. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO (SADT):

**I - Procedimento com finalidade diagnóstico ambulatorial eletivo** - O SADT Ambulatório Eletivo (externo/interno) deverá oferecer **2.571** procedimentos/mês com finalidade diagnóstica. E quando da avaliação deverá ser considerada uma possível variação 10% (dez por cento) para maior ou para menor, conforme descrito no quadro 07.

| **Quadro 07** | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos com finalidade diagnóstica (SADT) **do serviço de ambulatório eletivo** (interno e externo), que deverá ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **02** | **Procedimento com finalidade diagnóstica** | **Meta** |
| | ....Biopsia de próstata. | 25 |
| | ....Biopsia de trato Urinário. | 10 |
| | ....Biopsia de tireoide. | 15 |
| | ....Outras pequenas cirurgias/biopsias. | 10 |
| **02.01.01** | **..Total Coleta de material por meio de punção/biópsia** | **60** |
| **02.02** | **.. Total Diagnóstico em laboratório clínico** | **260** |
| **02.04** | **.. Total de exame radiológico em geral** | **900** |
| 02.05.02 | ...USG abdômen total. | 160 |
| 02.05.02 | ...USG obstétrico. | 60 |
| 02.05.01 | ...Ecocardiografia | 50 |
| 02.05 | ...Ultrassonografia demais sistemas. | 200 |
| **02.05** | **.. Total Diagnóstico por ultrassonografia** | **470** |
| 02.06 | ...Tomografia sem sedação. | 275 |

| Quadro 07 | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos com finalidade diagnóstica (SADT) **do serviço de ambulatório eletivo** (interno e externo), que deverá ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| 02.06 | ...Tomografia com sedação. | 85 |
| 02.06 | ...Tomografia com contraste. | 50 |
| **02.06** | **.. Total Diagnóstico por tomografia** | **410** |
| 02.07 | ... Ressonância Magnética SEM sedação. | 60 |
| 02.07 | ... Ressonância Magnética SEM sedação COM contraste. | 20 |
| 02.07 | ... Ressonância Magnética COM sedação. | 10 |
| 02.07 | ... Ressonância Magnética COM sedação COM contraste. | 10 |
| **02.07** | **.. Total Diagnóstico por ressonância magnética** | **100** |
| 02.09.01 | ...Esofagogastroduodenoscopia. | 200 |
| 02.09.01 | ...Colonoscopia/ Retossigmoidoscopia. | 40 |
| 02.09.04 | ...Broncoscopia. | 06 |
| **02.09** | **.. Total Diagnóstico por endoscopia** | **246** |
| 02.11.06 | ... Biometria ultrassônica monocular. | 70 |
| 02.11.06 | ... Tonometria. | 50 |
| 02.11.08 | ...Espirometria. | 05 |
| **02.11** | **.. Total Métodos diagnósticos e especialidades** | **125** |
| | **Total Geral dos SADT Ambulatorial** | **2.571** |

**II - Procedimento com finalidade diagnóstica do serviço de urgência/emergência -** O SADT de urgência/emergência deverá oferecer **11.396** procedimentos/mês com finalidade diagnóstica. E quando da avaliação deverá ser considerada uma possível variação de 10% (dez por cento) para maior ou para menor, conforme descrito no quadro 08.

| Quadro 08 | Estimativa **da produção mensal** das metas quantitativas dos procedimentos com finalidade diagnóstica do **serviço de urgência/emergência**, que deverá ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **02** | **Procedimento com finalidade diagnóstica** | **Meta** |
| **02.02** | **.. Total Diagnóstico em laboratório clínico** | **10.000** |
| **02.04** | **.. Total Diagnóstico por radiologia** | **1.100** |
| **02.05** | **..Diagnóstico por ultrassonografia** | **80** |
| **02.06** | **. Total.Diagnóstico por tomografia** | **160** |
| 02.09.01 | ...Esofagogastroduodenoscopia. | 02 |
| 02.09.01 | ...Colonoscopia. | 02 |
| 02.09.04 | ...Broncoscopia. | 02 |
| **02.09** | **.. Total Diagnóstico por endoscopia** | **06** |
| **02.11** | **.. Total Métodos diagnósticos em especialidades** | **50** |
| | **Total Geral dos SADT urgência/emergência** | **11.396** |

### 1.4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SAÍDA HOSPITALAR:

A Proponente deverá realizar **224** saídas em procedimentos cirúrgicos, conforme quadro 09.

**I - Saída hospitalar – Cuja porta de entrada teve origem no serviço de urgência/emergência e ambulatorial:** Deverá realizar por mês **444 saídas hospitalares/mês** nas especialidades detalhadas no quadro 09, quanto da avaliação deverá ser considerado uma variação de 10% (dez por cento) para maior ou para menor.

| Quadro 09 | Estimativa das metas quantitativas das saídas hospitalares cuja porta de entrada se originou do **serviço de urgência/emergência e ambulatório**, devendo ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **G/Sub** | **Saídas Hospitalares por procedimento** | **Meta** |
| 03.03 | ..Tratamentos clínicos em especialidades. | 100 |
| 03.08 | ..Tratamento clínico decorrente de envenenamentos/causas externas. | 100 |
| 03.03 | ..Tratamentos clínicos em especialidades Clínica pediátrica. | 20 |
| **03** | **Total de Procedimentos Clínicos** | **220** |
| 04.04 | ...Cirurgia das vias aéreas superior, da face, da cabeça e do pescoço. | 05 |

| Quadro 09 | Estimativa das metas quantitativas das saídas hospitalares cuja porta de entrada se originou do **serviço de urgência/emergência e ambulatório**, devendo ser realizada a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| **G/Sub** | **Saídas Hospitalares por procedimento** | **Meta** |
| 04.05 | ...Cirurgia Oftalmológica. | 05 |
| 04.03 | ...Cirurgia Neurológica. | 10 |
| 04.06.02 | ...Cirurgia vascular. | 10 |
| 04 | ...Cirurgia Geral. | 70 |
| 04.09 | ...Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica). | 15 |
| 04.15 | ...Cirurgias outras especialidades. | 03 |
| **04** | **Total de Procedimentos Cirúrgicos – Clínica Cirúrgica** | **118** |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | 70 |
| 04.14 | ...Buco maxilo facial. | 05 |
| **04** | **Total de Procedimentos Cirúrgicos – Clínica Ortopédica** | **75** |
| 04 | ...Cirurgia pediátrica geral. | 10 |
| 04.08 | ...Cirurgia pediátrica ortopédica. | 05 |
| **04** | **Total de Procedimentos Clínica Cirúrgica em Pediatria** | **15** |
| 04.03.07 | ...Cirurgia sistema nervoso central e periférico. | 08 |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | 08 |
| **04** | **Total de Procedimentos Cirúrgicos de Alta complexidade** | **16** |
| | **TOTAL GERAL** | **444** |

**II - Saída hospitalar:** Na modalidade de Hospital Dia, devendo realizar **132 procedimentos cirúrgicos**, conforme especificados no quadro 10.

| Quadro 10 | Estimativa das metas quantitativas do **Hospital Dia,** devendo o procedimento ser realizado a partir do segundo mês de contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| 04.04 | ...Cirurgia das vias aéreas superiores (otorrino). | 10 |
| 04.05 | ...Cirurgia oftalmológica (foco emulsificação com implante de lente rígida). | 20 |
| 04.06.02 | ...Cirurgia vascular. | 12 |
| 04 | ...Cirurgia geral. | 20 |
| 04.09 | ...Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica). | 10 |
| 04.07 | ...Cirurgia do aparelho digestivo (proctologia). | 10 |
| 04.15 | ...Cirurgias outras especialidades. | 10 |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | 30 |
| 04 | ...Cirurgia pediátrica geral. | 10 |
| **04** | **Total de Procedimentos Cirúrgicos – Clínica Cirúrgica** | **Meta** |
| | **TOTAL GERAL** | **132** |

**ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:**
A Proponente deverá ofertar o tratamento em Unidade de Terapia Intensiva, na quantidade abaixo especificada, devendo manter uma taxa de ocupação de 90% (noventa por cento):

| Quadro 11 | Estimativa de diárias na Unidade de Terapia Intensiva adulta, devendo ser disponibilizada a partir do segundo mês do contrato de gestão. | |
|---|---|---|
| G/Sub | Procedimentos | |
| **08** | **Ações complementares da atenção à saúde** | **Meta** |
| 08.02.02 | ...Diária de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II. | 540 |
| | **Total de diárias** | **540** |

## 2. INVESTIMENTOS INICIAIS

**2.1.** A Proponente deve apresentar juntamente no Envelope 02 (Proposta de Trabalho) o quadro abaixo, contendo o detalhamento para investimentos iniciais em bens móveis e utensílios, devendo dar preferência aos bens necessários para implantação e execução dos serviços descritos neste Edital:

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



| PRODUTO | Quantidade | Valor (R$) unitário | Valor (R$) Total |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Total - Investimento** | |

**ANEXO – III**
**ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO**

**Roteiro para elaboração da Proposta Técnica:**

- Entende-se que a proposta técnica é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada para caracterizar o perfil da unidade hospitalar e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da seleção, com base nas indicações preliminares dos informes básicos, contidos no Anexo - I e no Anexo - II deste Edital.

- A 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.

- O projeto a ser apresentado deverá conter a descrição sucinta e clara, da proposta, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a ser alcançada pela comunidade, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos.

- Este Anexo destina-se a orientar as concorrentes para elaboração da proposta de trabalho a ser apresentada, devendo conter invariavelmente todos os itens indicados neste Roteiro.

**1. TÍTULO**
Proposta Técnica para organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella",** conforme **Edital nº 001/SES/MT/2017.**

**PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL**
Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial do **HRR**, descrevendo:

**2. ÁREA DE ATIVIDADE**
As Entidades Proponentes deverão expor entre outros aspectos organizativos, no mínimo, o seguinte:

- Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades;
- Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais;
- Horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

**3. ÁREA DE QUALIDADE**
**3.1. Qualidade Objetiva**: aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no **HRR.** A Entidade interessada estabelecerá em sua oferta, entre outras:

- O número de comissões técnicas que implantará no **HRR** especificando: Nome; conteúdo; membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes, nos espaços destinados aos nomes das pessoas que integram a Comissão); objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato de gestão; frequência de reuniões; Controle das mesmas pela Direção Médica; atas de reuniões, etc.;

- Organização específica do serviço de Farmácia; Membros que a compõem; organização horária; previsão para implantação do sistema de dose unitária; métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo, utilização de prescrição eletrônica;

- Organização específica do serviço de Arquivo de Prontuários: Membros que o compõem, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle, Protocolos, Comissão de Revisões de Prontuários etc.;

- Descrição de funcionamento da Unidade de Estatísticas: Membros que a compõem, turnos de funcionamento, sistemática e metodologia de trabalho;

- Monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade, de produtividade e econômico-financeiros: Indicadores selecionados, sistemáticas de aplicação de ações corretivas;

- Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco: Equipe necessária a sistemática de trabalho, horário de funcionamento;

- Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento, conforme o perfil do **HRR** descrito no Edital;

- Regulamento e Manual de Normas e Rotinas;

- Outras iniciativas e programas de Qualidade que a Entidade proponente já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Neste caso, deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia; cronograma de implantação; orçamento previsto; etc.

**3.2. Qualidade Subjetiva:** aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (usuário e familiares) obtém de sua passagem pelo **HRR.** A Entidade Proponente em sua oferta explicará, entre outras, as seguintes questões:

**a)** Como estruturará a Informação aos usuários (usuários e familiares) acerca do processo de atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços irá implantar o consentimento informado), e, especialmente, a informação durante o processo de atenção (lugares onde se efetuará a informação, horários e frequência da informação, para cada uma das Clínicas);

**b)** Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: Instrumento de pesquisa, frequência e sistemática das ações corretivas.

**c)** Como organizará o Serviço de Nutrição**:** número e horários de refeições, organização do pessoal, etc.

**d)** Políticas de Humanização**:** Como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para gestão de leitos, acolhimento com classificação de risco, dentre outros.

**4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**4.1.** Certificar Experiência anterior, mediante comprovação através de declarações legalmente reconhecidas (Declaração de Contratantes Anteriores).

**4.2.** Estrutura diretiva do **HRR**, devendo apresentar a descrição do organograma até o terceiro nível: Diretor Geral, Diretor Técnico (Médico), Diretor Administrativo e Financeiro, Gerente Operacional de Enfermagem e Chefias de Unidade/Serviços/Clínicas.

**4.3. Organização de serviços assistenciais**

- Descrição da Organização das diferentes clínicas;
- Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade;
- Horários de atividade de Urgências/Emergência, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso);
- Especialmente descrever as unidades de Salas de Cirurgia; Urgências/Emergência e Ambulatórios;
- Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria);
- Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da SES/MT;
- Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra-Referência com a Atenção Primária e com outros hospitais. Nesse caso, apresentar um plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos, etc.

**4.4. Organização de serviços administrativos, financeiros e gerais.**
A Entidade Proponente deverá apresentar, entre outras, as seguintes informações:

- Descrição de funcionamento da Unidade de faturamento. Horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com a unidade;

- Descrição de funcionamento da Manutenção Predial**,** descrição de funcionamento da manutenção de Equipamentos e orçamentos dedicados aos mesmos;

- Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, inclusive para dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar.

**4.5. Organização dos Recursos Humanos**

- A proponente deve garantir quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade hospitalar e serviços indicados neste Edital, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia.

- A proponente deverá realizar processo seletivo simplificado para contratação de pessoal, a ser definido em regulamento próprio, exceto para as contratações de serviços médico-hospitalares por meio de pessoa jurídica, devendo ser observados no processo seletivo os princípios fundamentais da Administração Pública, notadamente os da impessoalidade, moralidade e publicidade, a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, devendo utilizar como critério para remuneração desses empregados o valor de mercado da região e as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria.

- Devem ser apresentados os Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em reais), por perfil de profissional, com a incidência dos encargos patronais (caso não seja isento).

- Solicita-se a apresentação de um quadro contendo o resumo do perfil de todos os profissionais que trabalharão no **HRR** e que serão contratados, a sua carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o período e horário de trabalho, bem como um cronograma com os prazos propostos para implantação e pleno funcionamento de cada serviço.

- Na proposta financeira de recursos humanos deve ser levado em conta os servidores públicos efetivos que a ser cedidos no ato da assinatura do Contrato de Gestão, conforme quantitativo, perfil e carga horária descritos na tabela abaixo:

| **Quadro 1** | Descritivo dos servidores efetivos lotados no Hospital Regional de Rondonópolis, por cargo e perfil segundo a carga horária. | | |
|---|---|---|---|
| **CARGO** | **PERFIL** | **40h** | **30h** |
| Profissional Apoio de Serviços em Saúde do SUS | Auxiliar de serviços gerais | 53 | 03 |
| | Cozinheiro | 09 | 0 |
| | Oficial de manutenção | 02 | 01 |
| | Vigia | 10 | 01 |
| **Sub Total** | | **74** | **5** |
| Profissional Técnico de Nível Médio de Saúde do SUS | Assistente de administração | 47 | 04 |
| | Auxiliar de enfermagem | 81 | 11 |
| | Auxiliar de laboratório | 05 | 0 |
| | Motorista | 09 | 0 |
| | Técnico em contabilidade | 02 | 0 |
| | Técnico de Enfermagem | 47 | 01 |
| | Técnico em patologia clínica | 01 | 0 |
| | Técnico em radiologia | 0 | 06 |
| **Sub Total** | | **192** | **22** |
| Profissional Técnico de Nível Superior em Serviços de Saúde do SUS | Assistente social | 06 | 0 |
| | Biólogo | 02 | 0 |

| Quadro 1 | Descritivo dos servidores efetivos lotados no Hospital Regional de Rondonópolis, por cargo e perfil segundo a carga horária. | | |
|---|---|---|---|
| **CARGO** | **PERFIL** | **40h** | **30h** |
| | Biomédico | 01 | 0 |
| | Bioquímico | 01 | 0 |
| | Enfermeiro | 08 | 03 |
| | Farmacêutico | 03 | 01 |
| | Farmacêutico Bioquímico | 05 | 06 |
| | Fisioterapeuta | 04 | 0 |
| | Médico anestesiologista | 03 | 01 |
| | Médico cardiologista | 0 | 02 |
| | Médico cirurgião geral | 05 | 01 |
| | Médico cirurgião vascular | 01 | 0 |
| | Médico clínico geral | 03 | 03 |
| | Medico neurocirurgião | 02 | 0 |
| | Médico pediatra | 02 | 01 |
| | Médico radiologista | 03 | 0 |
| | Nutricionista | 4 | 1 |
| | Psicólogo | 6 | 1 |
| | Técnico em assuntos culturais e educacionais | 1 | 0 |
| **Sub Total** | | **60** | **20** |
| **Sub Total (2)** | | **326** | **47** |
| | **TOTAL DE SERVIDORES EFETIVOS** | | **373** |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**A PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL DEVERÁ SER APRESENTADA NA FORMATAÇÃO DAS PLANILHAS A SEGUIR:**

## 1. PROPOSTA DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SAÍDA HOSPITALAR:

| Clínica de Internação | Especialidades Internação | Número de Saídas Hospitalares | | Bases para o cálculo do número de saídas | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Média Mensal | % | Leitos Operacionais | Permanência Média | Taxa de Ocupação |
| Médica | Tratamento clínico em outras especialidades (médica). | | | | | |
| | Pneumologia sanitária. | | | | | |
| | Doenças Crônicas. | | | | | |
| | Psiquiatria. | | | | | |
| Neurologia | Tratamento clínico em neurologia. | | | | | |
| | Cirurgia do sistema nervoso (clínica cirúrgica). | | | | | |
| Pediatria | Tratamento cirúrgico geral pediatria. | | | | | |
| Cirúrgica Geral | Clínica cirúrgica geral. | | | | | |
| Cirurgia Ortopédica | Clínica cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial. | | | | | |
| Hospital dia | Clínica cirúrgica. | | | | | |
| | **Total Mensal** | | | | | |
| | **Total Anual** | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



## 1.1. PROPOSTA DE ATIVIDADE MENSAL POR ESPECIALIDADE – SAÍDA HOSPITALAR

| Clínica de Internação | Especialidades Internação | 1° Mês | 2° Mês | 3° Mês | 4° Mês | 5° Mês | 6° Mês | 7° Mês | 8° Mês | 9° Mês | 10° Mês | 11° Mês | 12° Mês |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Médica | Tratamento clínico em outras especialidades (médica). | | | | | | | | | | | | |
| | Pneumologia sanitária. | | | | | | | | | | | | |
| | Doenças Crônicas. | | | | | | | | | | | | |
| | Psiquiatria. | | | | | | | | | | | | |
| Neurologia | Tratamento clínico em neurologia. | | | | | | | | | | | | |
| | Cirurgia do sistema nervoso (clínica cirúrgica). | | | | | | | | | | | | |
| Cirúrgica Geral | Clínica cirúrgica geral. | | | | | | | | | | | | |
| Pediatria | Tratamento clínico em pediatria | | | | | | | | | | | | |
| | Tratamento cirúrgico geral pediatria. | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgia Ortopédica | Clínica cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial. | | | | | | | | | | | | |
| Hospital dia | Clínica cirúrgica. | | | | | | | | | | | | |
| | **Total Mensal** | | | | | | | | | | | | |
| | **Total Anual** | | | | | | | | | | | | |

**I. Proposta de Saída hospitalar – Cuja porta de entrada de originou no serviço de urgência/emergência e ambulatorial:**

| 03 | Saídas Hospitalares por Procedimentos | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 03.03 | ..Tratamentos clínicos em especialidades | | | | | |
| 03.08 | ..Tratamento clínico decorrente de envenenamentos/causas externas | | | | | |
| 03.03 | ..Tratamentos clínicos em especialidades Clínica pediátrica | | | | | |
| **03** | **Total de Procedimentos Clínicos** | | | | | |
| 04.04 | ...Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço. | | | | | |
| 04.05 | ...Cirurgia Oftalmológica | | | | | |
| 04.03 | ...Cirurgia Neurológica | | | | | |
| 04.06.02 | ...Cirurgia vascular | | | | | |
| 04 | ...Cirurgia Geral | | | | | |
| 04.09 | ...Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica) | | | | | |
| 04.15 | ...Cirurgias outras especialidades. | | | | | |
| **04** | **Total de procedimentos Cirúrgicos – Clínica Cirúrgica** | | | | | |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | |
| 04.14 | ...Buco maxilo facial. | | | | | |
| **04** | **Total de procedimentos Cirúrgicos – Clínica Ortopédica** | | | | | |
| 04 | ...Cirurgia pediátrica geral. | | | | | |
| 04.08 | ...Cirurgia pediátrica ortopédica. | | | | | |
| **04** | **Total de procedimentos Clínica Cirúrgica em Pediatria** | | | | | |
| 04.03.07 | ...Cirurgia sistema nervoso central e periférico. | | | | | |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | |
| **04** | **Total de procedimentos Cirúrgicos de Alta complexidade** | | | | | |
| | **TOTAL GERAL** | | | | | |

**II. Saída hospitalar: Na modalidade de Hospital Dia:**

| 04 | Procedimentos Cirúrgicos – Hospital Dia-Saída Hosp | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 04.04 | ...Cirurgia das vias aéreas superiores (otorrino). | | | | | |
| 04.05 | ...Cirurgia oftalmológica (focoemulsificação com implante de lente rígida) | | | | | |
| 04.06.02 | ...Cirurgia vascular | | | | | |
| 04 | ...Cirurgia geral | | | | | |
| 04.09 | ...Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica). | | | | | |
| 04.07 | ...Cirurgia do aparelho digestivo (proctologia) | | | | | |
| 04.15 | ...Cirurgias outras especialidades. | | | | | |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | |
| 04 | ...Cirurgia pediátrica geral. | | | | | |

| TOTAL GERAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|

### 1.2. PROPOSTA DE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:

| G/Sub | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **08** | **Procedimentos de ações complementares da atenção à saúde** | **1° mês** | **2° mês** | **3° mês** | **4° ao 12° mês** | **Total** |
| 08.02.02 | ...Diária de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II. | | | | | |
| | **Total de diárias** | | | | | |

### 2. PROPOSTA DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL CONSULTA AMBULATORIAL:

| **03** | **Procedimentos Clínicos/Consulta médica especializada** | **1° mês** | **2° mês** | **3° mês** | **4° ao 12° mês** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01** | **...Cardiologia:** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **..Cirurgia Geral** | | | | | |
| | .. Primeira Consulta | | | | | |
| | .. Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **..Cirurgia Pediátrica** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **...Cirurgia Vascular** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **...Neurologia** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **...Oftalmologia** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **..Otorrinolaringologia** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **...Proctologia** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | .. Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **...Ortopedia** | | | | | |
| | .. Primeira Consulta | | | | | |
| | .. Consulta Subsequente | | | | | |
| **03.01.01** | **...Urologia** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| | **Total de consultas médicas mês** | | | | | |
| **03.01.01** | **Tratamento odontológico buco maxilo facial** | | | | | |
| | ..Primeira Consulta | | | | | |
| | ..Consulta Subsequente | | | | | |
| | **Total de consultas não médicas mês** | | | | | |

| **04.05** | **Procedimentos Cirúrgico/Aparelho da visão** | **1° mês** | **2° mês** | **3° mês** | **4° ao 12° mês** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **04.05.05** | ...Cirurgia de Pterígio, calásio e outros. | | | | | |
| **04.08** | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | |
| **Total de procedimentos cirúrgico no ambulatório mês** | | | | | | |

## 3. PROPOSTA DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA:

| 03.01 | .Procedimentos Clínicos/Consultas. | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 03.01.06 | ...Atendimento de urgência especializada. | | | | | |
| Total de procedimentos no serviço de urgência e emergência mês | | | | | | |

| 04 | ..Procedimentos Cirúrgica no serviço de urgência/emergência | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 04.01 | ...Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa. | | | | | |
| 04.04 | ...Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço. | | | | | |
| 04.05 | ...Cirurgia do aparelho da visão. | | | | | |
| 04.08 | ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | |
| 04.15 | ...Cirurgia outras especialidade de media complexidade. | | | | | |
| Total de procedimentos cirúrgico no serviço de urgência e emergência mês | | | | | | |

| 03.06 | .. Procedimentos especiais em hemoterapia no serviço de urgência/emergência | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 03.06.01 | ...Procedimento para obtenção do sangue para assistência hemoterapia. | | | | | |
| | Total de procedimentos mês | | | | | |

## 4. PROPOSTA DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT):

### 4.1. Proposta de procedimento com finalidade diagnóstico ambulatorial eletivo - O SADT Ambulatório Eletivo (externo/interno):

| 02 | Procedimento com finalidade diagnóstica do serviço de ambulatório eletivo (interno e externo) | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02.01.01 | ..Coleta de material por meio de punção/biópsia | | | | | |
| | ..Biopsia de próstata | | | | | |
| | ..Biopsia de trato Urinário | | | | | |
| | ..Biopsia de tireoide | | | | | |
| | ..Outras pequenas cirurgias/biopsias | | | | | |
| 02.02 | ..Diagnóstico em laboratório clínico | | | | | |
| 02.04 | ..Diagnóstico por radiologia | | | | | |
| 02.05 | ..Diagnóstico por ultrassonografia | | | | | |
| 02.05.02 | .. USG abdômen total | | | | | |
| 02.05.02 | .. USG obstétrico | | | | | |
| 02.05.01 | ..Ecocardiografia | | | | | |
| 02.05 | ..Ultrassonografia demais sistemas | | | | | |
| 02.06 | ..Diagnóstico por tomografia | | | | | |
| 02.06 | ..Tomografia sem sedação | | | | | |
| 02.06 | ..Tomografia com sedação | | | | | |
| 02.06 | ..Tomografia com contraste | | | | | |

| 02 | **Procedimento com finalidade diagnóstica do serviço de ambulatório eletivo** (interno e externo) | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **02.07** | **..Diagnóstico por ressonância magnética** | | | | | |
| 02.07 | .. Ressonância Magnética SEM sedação | | | | | |
| 02.07 | .. Ressonância Magnética SEM sedação COM contraste | | | | | |
| 02.07 | .. Ressonância Magnética COM sedação | | | | | |
| 02.07 | .. Ressonância Magnética COM sedação COM contraste | | | | | |
| **02.09** | **..Diagnóstico por endoscopia** | | | | | |
| 02.09.01 | ..Esofagogastroduodenoscopia | | | | | |
| 02.09.01 | ..Colonoscopia/ Retossigmoidoscopia | | | | | |
| 02.09.04 | ..Broncoscopia | | | | | |
| **02.11** | **..Métodos diagnósticos e especialidades** | | | | | |
| 02.11.06 | .. Biometria ultrassônica monocular | | | | | |
| 02.11.06 | .. Tonometria | | | | | |
| 02.11.08 | ..Espirometria | | | | | |
| | **Total Geral dos SADT Ambulatorial** | | | | | |

### 4.2. Proposta de procedimento com finalidade diagnóstica do serviço de urgência/emergência:

| 02 | **Procedimento com finalidade diagnóstica serviço de urgência/emergência** | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° ao 12° mês | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02.02 | ..Diagnóstico em laboratório clínico | | | | | |
| 02.04 | ..Diagnóstico por radiologia | | | | | |
| 02.05 | ..Diagnóstico por ultrassonografia | | | | | |
| 02.06 | ..Diagnóstico por tomografia | | | | | |
| 02.09.01 | .Esofagogastroduodenoscopia | | | | | |
| 02.09.01 | ...Colonoscopia | | | | | |
| 02.09.04 | ...Broncoscopia | | | | | |
| 02.11 | ..Métodos diagnósticos em especialidades | | | | | |
| | **Total Geral dos SADT urgência/emergência** | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



## ANEXO – IV
## PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

A Proposta Técnica, contendo a PROPOSTA DE TRABALHO do **HRR,** baseada nas especificações e condições previstas no Anexo - I a Anexo - III será analisada e pontuada conforme o quadro abaixo:

| CRITÉRIO | ITENS DE AVALIAÇÃO | PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL |
|---|---|---|
| F.1. ATIVIDADE - Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional do HRR. | 1.1. Organização da atividade. | 1.1. 20 PONTOS |
| | 1.2. Incrementos de atividade. | 1.2. 05 PONTOS |
| | Total: 25 pontos | |
| F.2. QUALIDADE - Adequação das atividades propostas referentes à QUALIDADE da assistência prestada. | 2.1. Ações voltadas à Qualidade Objetiva – Comissões. | 2.1. 19 PONTOS |
| | 2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas à satisfação dos usuários e/ou acompanhantes. | 2.2. 06 PONTOS |
| | Total: 25 pontos | |
| F.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA - Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados presumidos. | 3.1. Experiência anterior. | 3.1. 18 PONTOS |
| | 3.2. Estrutura diretiva do Hospital. | 3.2. 03 PONTOS |
| | 3.3. Organização de serviços médicos assistenciais e de enfermagem. | 3.3. 07 PONTOS |
| | 3.4. Organização de serviços administrativos, financeiros e gerais. | 3.4. 06 PONTOS |
| | 3.5. Ciência e Tecnologia. | 3.5. 05 PONTOS |
| | 3.6. Organização dos Recursos Humanos. | 3.6. 09 PONTOS |
| | 3.7. Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços. | 3.7. 02 PONTOS |
| | Total: 50 pontos | |
| **PONTUAÇÃO MÁXIMA TOTAL:** | | **100 PONTOS** |

**1.** Será desclassificada a proposta técnica que:
**1.1.** Não atingir uma Pontuação total mínima de 50 (cinquenta) pontos e que não alcançar 50% do total possível em cada um dos CRITÉRIOS: 1 - Atividade; 2 - Qualidade e 3 - Qualificação Técnica.

**1.2.** Não atenderem às exigências deste Edital;

**1.3.** Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio e para metas das atividades do **HRR** com valores manifestamente inexequíveis.

**2.** A soma mínima dos três critérios deverá atingir no mínimo de 50 (cinquenta) pontos.

**2.1.** No julgamento da Pontuação Técnica para a definição da Nota Técnica (NT) será considerado o somatório dos resultados obtidos por cada fator de avaliação (valor do ponto alcançado vezes o peso instituído), divididos por três (03) conforme fórmula a seguir:

$$NT = \frac{(F1 \times 3) + F2 + F3}{3}$$

**2.2.** O Julgamento da Proposta Técnica será definido através do ITP (Índice Técnico da Proposta), que consistirá no resultado da apuração obtida na Nota Técnica (NT), dividida pela maior pontuação de Nota Técnica (MNT) dentre todas as propostas;

$$ITP = \frac{NT}{MNT}$$

**2.3.** No julgamento da Proposta para a definição da Nota de Preço (NP) serão avaliados os preços Propostos (PP) pelas proponentes, sendo atribuída nota dez (10) à Proposta de Menor Preço (MP), conforme fórmula a seguir:

$$NP = \frac{MP \times 10}{PP}$$

**3.** A classificação das propostas far-se-á pela média ponderada das propostas técnicas e de preço, mediante a aplicação da seguinte fórmula com os respectivos pesos:

PROPOSTA TÉCNICA: PESO = 70

PROPOSTA DE PREÇOS: PESO = 30

$$A = \frac{(ITP \times 70) + (NP \times 30))}{10}$$

Onde:

A= Avaliação ITP = Proposta Técnica NP = Proposta de Preços.

**Será declarada vencedora do processo de seleção a Entidade classificada, cuja avaliação total das propostas, técnica e de preço, venha a obter a melhor pontuação, assim considerada aquela que atingir a maior média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com a fórmula acima descrita.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – V**
**MATRIZ DE AVALIAÇÃO, JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO**

**1. ITEM ATIVIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 25 PONTOS POSITIVOS -** Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais, à capacidade operacional do **HRR**, a demonstração da potencialidade quanto à organização e quando atende a processo sistematizado capaz de produzir resultado dentro de um contexto de produção de serviços.

**2. ITEM QUALIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 25 PONTOS POSITIVOS -** Expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a Humanização das relações entre equipe profissional, usuários do **HRR** e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva (19 pontos) a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva (06 pontos) relacionadas com a Humanização das relações no **HRR**.

**3. ITEM TÉCNICA - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 50 PONTOS POSITIVOS -** Identifica a capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas (03 pontos), estrutura diretiva (05 pontos), habilidade na execução das atividades (14 pontos), meio de suporte para a efetivação das atividades finalísticas assistenciais (12 pontos), com profissionais habilitados (09 pontos), na busca de desenvolvimento tecnológico e cientifico (05 pontos) para a saúde coletiva.
Observa os meios sugeridos, custos, cronogramas e resultados (02 pontos).
Observar o detalhamento dos indicadores de avaliação com as respectivas pontuações nas folhas a seguir:

**1. ITEM ATIVIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 25 PONTOS POSITIVOS E PESO 3 -** Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional do **HRR**. Refere instrumentos conforme a seguir é demonstrado:

| **1. ATIVIDADE – AVALIA AS AÇÕES PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR (PESO 3)** | | **PONTUAÇÃO (25 PONTOS)** | |
|---|---|---|---|
| | | **POR ÍTEM** | **TOTAL** |
| **IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS**<br><br>(A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e o entendimento do fluxo). | Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento; | 01 ponto | 05 pontos |
| | Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos; | 01 ponto | |
| | Fluxo unidirecional para materiais esterilizados; | 01 ponto | |
| | Fluxo unidirecional para roupas; | 01 ponto | |
| | Fluxo unidirecional de resíduos de saúde | 01 ponto | |
| **IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO** | Implantação de Logística de Suprimentos; | 02 pontos | 10 pontos |
| | Política de Recursos Humanos a ser implementada; | 05 pontos | |
| | Proposta para Regimento Interno do Hospital; | 01 ponto | |
| | Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem; | 01 ponto | |
| | Proposta para Regimento do Corpo Clínico | 01 ponto | |
| **IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS** | Apresentar Manual de Protocolos Assistenciais; | 01 ponto | 05 pontos |
| | Apresentar Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos; | 01 ponto | |
| | Apresentar Manual de Rotinas para Administração Financeira; | 01 ponto | |
| | Apresentar Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio; | 01 ponto | |
| | Apresentar Proposta de Educação em Saúde / | 01 ponto | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Capacitação. | | |
| **INCREMENTO DE ATIVIDADE** | Em 5% acima das metas anuais (sem elevar custos); | 01 ponto | 05 pontos |
| | Em 10% acima das metas anuais (sem elevar custos); | 01 ponto | |
| | Em maior ou igual a 15% acima das metas (sem elevar custos); | 01 ponto | |
| | Proposição de outras especialidades além das constantes no perfil da unidade; | 01 ponto | |
| | Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais. | 01 ponto | |
| **TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM RELACIONADO COM ATIVIDADE – 25 PONTOS** | | | |

**2. ITEM QUALIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 25 PONTOS POSITIVOS -** Expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários do **HRR** e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva (19 pontos) a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva (06 pontos) relacionadas com a humanização das relações no **HRR**.

| **2.1. QUALIDADE OBJETIVA – AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE:** | | **PONTUAÇÃO (19 PONTOS)** | |
|---|---|---|---|
| | | **POR ITEM** | **TOTAL** |
| **CCIH** | Proposta de Constituição (membros, finalidade); | 02 pontos | 05 pontos |
| | Proposta de Regimento Interno; | 02 pontos | |
| | Cronograma de Atividade Anual. | 01 ponto | |
| **COMISSÃO DE ÓBITOS** | Proposta de Constituição (membros, finalidade); | 01 ponto | 03 pontos |
| | Proposta de Regimento Interno; | 01ponto | |
| | Cronograma de Atividade Anual. | 01 ponto | |
| **COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS** | Proposta de Constituição (membros, finalidade); | 01 ponto | 03 pontos |
| | Proposta de Regimento Interno. | 01ponto | |
| | Cronograma de Atividade Anual. | 01 ponto | |
| **COMISSÃO DE ÉTICA** | Proposta de Constituição (membros, finalidade); | 0,5 ponto | 02 pontos |
| | Proposta de Regimento Interno; | 01 ponto | |
| | Cronograma de Atividade Anual. | 0,5 ponto | |
| **COMISSÃO DE FARMACIA** | Proposta de Constituição (membros, finalidade); | 01 ponto | 03 pontos |
| | Proposta de Regimento Interno; | 01ponto | |
| | Cronograma de Atividade Anual. | 01 ponto | |
| **OUTRAS COMISSÕES** | Proposta de Constituição (membros, finalidade); | 01 ponto | 03 pontos |
| | Proposta de Regimento Interno; | 01ponto | |
| | Cronograma de Atividade Anual. | 01 ponto | |

| **2.2. QUALIDADE SUBJETIVA – AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DE RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HRR** | | **PONTUAÇÃO (06 PONTOS)** | |
|---|---|---|---|
| **ACOLHIMENTO** | • Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme Classificação de Risco. | 02 pontos | 03 pontos |
| | • Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Usuários. | 01 ponto | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ATENDIMENTO** | • Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes. | 01 pontos | 03 pontos |
| | • Proposta p/ implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de pesquisa de satisfação do usuário, com definição de uso das informações. | 02 pontos | |
| **OS SUBITENS QUALIDADE OBJETIVA + QUALIDADE SUBJETIVA SOMAM 25 PONTOS** | | | |

**3. ITEM TÉCNICA -** NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A **50 PONTOS** POSITIVOS - Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas (03 pontos), estrutura diretiva (05 pontos), habilidade na execução das atividades (14 pontos), meio de suporte para a efetivação das atividades finalísticas assistenciais (12 pontos), com profissionais habilitados (09 pontos), na busca de desenvolvimento tecnológico e cientifico (05 pontos) para a saúde coletiva. Observa os meios sugeridos, custos, cronogramas e resultados (02 pontos):

| **3. TÉCNICA – AVALIA A CAPACIDADE GERENCIAL DA PROPONENTE QUANTO A ADMINISTRAR UMA UNIDADE HOSPITALAR E CONDUZIR AS AÇÕES ASSISTENCIAIS COM BOM NÍVEL DE DESEMPENHO, COM EQUIPE TITULADA NAS ÁREAS QUE SE PROPÕE ASSISTIR.** | | **PONTUAÇÃO (50 PONTOS)** | |
|---|---|---|---|
| | | **POR ITEM** | **TOTAL** |
| **EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR** | Em unidade de grande porte com mais do que 150 leitos de internação, (p/ cada certidão valem 0,5 ponto reconhecida à apresentação de até três experiências). | 1,5 pontos | 18 pontos |
| | Em unidade de médio porte de 70 até 150 leitos de internação e fração (p/ cada certidão valem 0,25 pontos reconhecidos à apresentação de até quatro experiências). | 01 ponto | |
| | Em unidade de pequeno porte com menos do que 69 leitos de internação, (p/ cada certidão valem 0,05 pontos reconhecidos à apresentação de até dez experiências). | 0,50 ponto | |
| | Comprovação de gerenciamento em unidade hospitalar por pelo menos 05 (cinco) anos. | 07 pontos | |
| | Comprovação de gerenciamento em unidade hospitalar por pelo menos 03 (três) anos. | 05 pontos | |
| | Comprovação de gerenciamento em unidade hospitalar por pelo menos 02 (dois) anos. | 02 pontos | |
| | Comprovação de gerenciamento em unidade hospitalar por pelo menos 01 (um) ano. | 01 ponto | |
| **ESTRUTURA DA DIREÇÃO** | Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo. | 01 ponto | 03 pontos |
| | Titulação de especialistas em administração hospitalar ou saúde coletiva dos membros da diretoria e coordenações, valendo para cada membro o máximo de 0,50 pontos. | 02 pontos | |
| **IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR** | Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário, salário, e quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso). | 01 ponto | 07 pontos |
| | Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto. | 01 ponto | |
| | Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos. | 01 ponto | |
| | Apresentação de quadro de metas para a área médica, observados em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva. | 01 ponto | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| | | | |
|---|---|---|---|
| | Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional, compatível com as atividades do plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário. | 01 ponto | |
| | Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, central de esterilização e bloco cirúrgico. | 01 ponto | |
| | Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e emergência. | 01 ponto | |
| **IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS** | Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima. | 01 ponto | 06 pontos |
| | Instrução para o funcionamento da equipe de fisioterapia com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima. | 01 ponto | |
| | Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. | 01 ponto | |
| | Norma para realização dos procedimentos de aquisição de material, recebimento, guarda e distribuição no HRR. | 01 ponto | |
| | Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalar. | 01 ponto | |
| | Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza e vigilância. | 01 ponto | |
| **CIÊNCIA E TECNOLOGIA** | Convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências. | 02 pontos | 05 pontos |
| | Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública. | 01 ponto | |
| | Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade Hospitalar. | 02 pontos | |
| **POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS** | Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. | 03 pontos | 09 pontos |
| | Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção. | 03 pontos | |
| | Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho. | 03 pontos | |
| **METODOLOGIA DE PROJETOS** | Apresentou a proposta de trabalho seguindo o roteiro do edital com adequado planejamento, visão de futuro, oportunos cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. | 01 ponto | 02 pontos |
| | Nos projetos táticos e operacionais observou a definição dos objetivos a alcançar e definiu as estratégias de implantação. | 01 ponto | |
| **TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM RELACIONADO COM QUALIFICAÇÃO TECNICA 50 PONTOS** | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – VI**
**MODELO – PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL**

| Categoria | Carga Horária Semanal | Salário | Área de Trabalho |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total | - | - | - |

OBS: Esta Planilha deve compor o Envelope 02 (Proposta de Trabalho).

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – VII**
**MODELO – PLANILHA DE RECEITAS/DESPESAS OPERACIONAIS MENSAIS**

| **Receitas e Despesas Operacionais** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RECEITAS OPERACIONAIS** | **MÊS 1-ANO** | **MÊS 2-ANO** | **MÊS 3-ANO** | **MÊS 4-ANO** | **MÊS 5-ANO** | **MÊS 6-ANO** | **MÊS 7-ANO** | **MÊS 8-ANO** | **MÊS 9-ANO** | **MÊS 10-ANO** | **MÊS 11-ANO** | **MÊS12-ANO** | **TOTAL** |
| Transferência de custeio do Contrato de Gestão. (Fixo + Variável) | | | | | | | | | | | | | |
| Repasse Programas Especiais/Eventuais. | | | | | | | | | | | | | |
| **Total (1)** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| SUS / Ambulatório | | | | | | | | | | | | | |
| **Total (2)** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| Resultado de Aplicação Financeira | | | | | | | | | | | | | |
| Reembolso de Despesas | | | | | | | | | | | | | |
| Obtenção de Recursos Externos à SES | | | | | | | | | | | | | |
| "Demais Receitas" (Convênios) | | | | | | | | | | | | | |
| "Receitas Extras" | | | | | | | | | | | | | |
| Outras Receitas | | | | | | | | | | | | | |
| **Total (3)** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| **Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| **DESPESAS OPERACIONAIS** | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Pessoal** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 1.1. Ordenados | | | | | | | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO





| Receitas e Despesas Operacionais | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RECEITAS OPERACIONAIS** | **MÊS 1-ANO** | **MÊS 2-ANO** | **MÊS 3-ANO** | **MÊS 4-ANO** | **MÊS 5-ANO** | **MÊS 6-ANO** | **MÊS 7-ANO** | **MÊS 8-ANO** | **MÊS 9-ANO** | **MÊS 10-ANO** | **MÊS 11-ANO** | **MÊS12-ANO** | **TOTAL** |
| 1.2. Encargos Sociais | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3. Provisões (13º+Férias) | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Benefícios | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5. Outras Formas de Contratação (Ex. RPA) | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Material/Medicamentos** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 2.1. Materiais Médico Hospitalar | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2. Medicamentos | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Materiais Diversos** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 3.1. Material de Higienização | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2. Material/Gêneros Alimentícios. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3. Material Expediente | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4. Combustível | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5. GLP | | | | | | | | | | | | | |
| 3.6. Material de Manutenção | | | | | | | | | | | | | |
| 3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Seguros/Impostos/Taxas** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 4.1. Seguros (Imóvel e Automóvel) | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2. Impostos/Taxas (Ex.: IOF, Taxas Bancárias, ARPE, etc.) | | | | | | | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



SES/MT
_____
Fls. n°

| Receitas e Despesas Operacionais | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RECEITAS OPERACIONAIS** | **MÊS 1-ANO** | **MÊS 2-ANO** | **MÊS 3-ANO** | **MÊS 4-ANO** | **MÊS 5-ANO** | **MÊS 6-ANO** | **MÊS 7-ANO** | **MÊS 8-ANO** | **MÊS 9-ANO** | **MÊS 10-ANO** | **MÊS 11-ANO** | **MÊS12-ANO** | **TOTAL** |
| **5. Gerais** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 5.1. Telefonia | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2. Água | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3. Energia Elétrica | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4. Outras Despesas Gerais | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Depreciação** | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Prestação de Serviços Terceiros** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **7.1. Assistenciais** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 7.1.1. Pessoa Jurídica | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1.2. Pessoa Física | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1.3. Cooperativa | | | | | | | | | | | | | |
| **7.2 Administrativos** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 7.2.1. Pessoa Jurídica | | | | | | | | | | | | | |
| 7.2.2. Pessoa Física | | | | | | | | | | | | | |
| 7.2.3. Cooperativa | | | | | | | | | | | | | |
| **Total Geral das Despesas** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| **Déficit/Superávit** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
| | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Investimentos** | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1. Equipamentos | | | | | | | | | | | | | |
| 8.2. Móveis e Utensílios | | | | | | | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



| Receitas e Despesas Operacionais | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RECEITAS OPERACIONAIS** | **MÊS 1-ANO** | **MÊS 2-ANO** | **MÊS 3-ANO** | **MÊS 4-ANO** | **MÊS 5-ANO** | **MÊS 6-ANO** | **MÊS 7-ANO** | **MÊS 8-ANO** | **MÊS 9-ANO** | **MÊS 10-ANO** | **MÊS 11-ANO** | **MÊS12-ANO** | **TOTAL** |
| 8.3. Obras e Construções | | | | | | | | | | | | | |
| 8.4. Veículos | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Reserva Legal** | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |

OBS: Esta Planilha deve compor o Envelope 02 (Proposta de Trabalho)**.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



## ANEXO – VIII
## MODELO – PLANILHA ESTIMADA DE CUSTO ASSISTENCIAL

| Clínica de Internação | Especialidades de internação | TOO | Nº Leitos | TMP Dia | Usuário Dia | Nº Saídas Mês | Nº Saídas/ Ano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tratamento Clínico** | Tratamento clínico em outras especialidades | | | | | | |
| | Doenças Crônicas | | | | | | |
| | Pneumologia sanitária | | | | | | |
| | Psiquiatria | | | | | | |
| Tratamento em Neurologia | Tratamento clínico em neurologia | | | | | | |
| Tratamento em Neurologia | Cirurgia do Sistema Nervoso | | | | | | |
| Tratamento **em Cirurgia** | Clínica Cirúrgica Geral | | | | | | |
| Cirúrgico Pediátrico | Clínica Cirúrgica Geral Pediatria | | | | | | |
| Cirúrgico Ortopédico/Traumatologia | Clínica Cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial | | | | | | |
| Cirúrgico | Hospital Dia | | | | | | |
| **Sub-Total** | | | | | | | |
| UTI adulto | | | | | | | |
| **Sub-Total** | | | | | | | |
| Emergência | | | | | | | |
| **Sub-Total** | | | | | | | |

**Legenda:** TOO – Taxa de Ocupação Operacional
TMP – Tempo Médio de Permanência

| Clínica de Internação | Internação Especialidade | PD (R$) * | Usuário dia | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| **Tratamento Clínico** | Tratamento clínico em especialidades | | | |
| | Doenças Crônicas | | | |
| | Pneumologia sanitária | | | |
| | Psiquiatria | | | |
| Tratamento em Neurologia | Tratamento clínico em neurologia | | | |
| Tratamento em Neurologia | Cirurgia do Sistema Nervoso | | | |
| Tratamento **em Cirurgia** | Clínica Cirúrgica Geral | | | |
| Cirúrgico Pediátrico | Clínica Cirúrgica Geral Pediatria | | | |
| Cirúrgico Ortopédico | Clínica Cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial | | | |

**Legenda:** PD – Paciente Dia

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| Clínica de Internação | Hospital dia | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| Clínica Cirúrgica | Cirurgia das vias aéreas superiores (otorrino). | | | |
| | Cirurgia oftalmológica (focoemulsificação com implante de lente rígida) | | | |
| | Cirurgia vascular | | | |
| | Cirurgia geral | | | |
| | Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica) | | | |
| | Cirurgia do aparelho digestivo (proctologia) | | | |
| | Cirurgias outras especialidades | | | |
| | Cirurgia do sistema osteomuscular | | | |
| | Cirurgia pediátrica geral | | | |
| | **Sub-Total** | | | |

**Legenda:** UP – Unidade por Procedimento

| | UTI Adulto | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| UTI | Diária | | | |
| | **Sub-Total** | | | |

| | Ambulatório | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Consulta ambulatorial (TODAS AS CONSULTAS) | | | |
| | Consulta de neurologia | | | |
| | Consulta neurocirurgia | | | |
| | **Custo ambulatório/mês** | | | |

| | Urgência/Emergência Procedimentos clínicos | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Consulta médica especializada na urgência | | | |
| | Atendimento de urgência especializada com observação até 24 horas | | | |
| | Atendimento de urgência especializada | | | |
| | Atendimento ortopédico com imobilização provisória | | | |
| | Administração de medicamento na atenção especializada (por usuário). | | | |
| | Consulta especializada de profissional nível superior (exceto médico) | | | |
| | **Custo Urgência/Emergência/mês (I)** | | | |

| | Urgência/Emergência Procedimentos Cirúrgicos | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa. | | | |
| | Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço. | | | |
| | Cirurgia do aparelho da visão. | | | |
| | Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | |
| | Cirurgia outras especialidade de media complexidade. | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Custo Urgência/Emergência/mês (II)** | | | |

| | **SADT AMBULATORIO ELETIVO** | **Custo UP** | **Nº** | **Custo por serviço** |
|---|---|---|---|---|
| | Coleta material punção/biópsia do trato urinário | | | |
| | Coleta material punção/biópsia tireoide | | | |
| | Coleta material punção/biópsia próstata | | | |
| | Outras pequenas cirurgias /biopsias | | | |
| | Diagnóstico e laboratório clínico | | | |
| | Diagnóstico por radiologia geral agendamento | | | |
| | Diagnóstico por radiologia de controle retorno | | | |
| | USS de abdômen total | | | |
| | USS demais sistemas | | | |
| | USS obstétrico | | | |
| | Ecocardiografia | | | |
| | Tomografia sem sedação | | | |
| | Tomografia com sedação | | | |
| | Tomografia com contraste e sedação | | | |
| | Ressonância Magnética SEM sedação | | | |
| | Ressonância Magnética SEM sedação COM contraste | | | |
| | Ressonância Magnética COM sedação | | | |
| | Ressonância Magnética COM sedação COM contraste | | | |
| | Esofagogastroduodenoscopia | | | |
| | Colonoscopia/Retossigmoidoscopia | | | |
| | Broncoscopia | | | |
| | Biometria ultrassônica monocular | | | |
| | Tonometria | | | |
| | Espirometria | | | |
| | **Custo SADT Eletivo/mês** | | | |

| | **UCT (Unidade de Coleta e Transfusão)** | **Custo UP** | **Nº** | **Custo por serviço** |
|---|---|---|---|---|
| | Procedimento para obtenção do sangue para assistência hemoterapia | | | |
| | **Custo UCT mês** | | | |
| | | | | |
| | **Transporte Sanitário** | | | |

| | **SADT urgência/emergência** | **Custo UP** | **Nº** | **Custo por serviço** |
|---|---|---|---|---|
| | Diagnóstico e laboratório clinico | | | |
| | Diagnóstico por radiologia geral | | | |
| | Ultrassom demais sistemas | | | |
| | Tomografia | | | |
| | Endoscopia Gastroduodenoscopia | | | |
| | Colonoscopia | | | |
| | Broncoscopia | | | |
| | Métodos diagnósticos em especialidade | | | |
| | **Custo SADT urgência/emergência** | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Custo Total/mês** | | | |
| | **Custo Total/ano** | | | |

OBS: Estas Planilhas devem compor o Envelope 02 (Proposta de Trabalho)**.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – IX**
**MODELO – ATESTADO DE VISTORIA DA UNIDADE HOSPITALAR**

Em cumprimento ao Item - 5.3, inciso III, alínea "c" – Documentação de Habilitação Técnica do Chamamento Público - Edital de Seleção N.º____, atesto que o Responsável Técnico-Médico desta Entidade Dr._____, CRM n. _____, na data de ___/___/___, vistoriou as instalações do **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella",** no Município de Rondonópolis.

Responsável Técnico-Médico
(nome, carimbo e assinatura)

Responsável pelo HRR que acompanhou a vistoria
(nome, carimbo e assinatura)

Representante legal da Entidade Proponente
(nome, carimbo e assinatura)

OBS: Este Atestado deve compor o Envelope 01 (Documentos de Habilitação)**.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – X**
**MODELO – CREDENCIAL DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE PROPONENTE**

Pelo presente instrumento de representação credencio o Senhor _____, (nacionalidade, estado civil, profissão), portador da Cédula de Identidade RG n.º _____, expedido pela _____, devidamente inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, sob o N.º _____, residente e domiciliado na Cidade de _____, Estado de _____, à Rua _____, n.º _____, como meu mandatário, para representar esta Pessoa Jurídica _____, podendo praticar todos os atos necessários relativos ao Chamamento Público – Edital de Seleção n.º_____.

Preliminarmente, declaro que a nossa Pessoa Jurídica tomou conhecimento e aceita, sem ressalvas, todas as condições previstas no referido Edital.

Local,____, de _____ de 2017.

(nome, carimbo e assinatura do representante legal da Entidade Proponente com firma reconhecida)

OBS: Esta Credencial deve ser apresentada às Comissões no início da Sessão Pública**.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – XI**
**MODELO – DECLARAÇÃO**

Pela presente **DECLARAÇÃO** torno público para o fim que se especifica, no Chamamento Público - Edital de Seleção n.º _____, que conheço o inteiro teor do Edital que tem por objetivo selecionar a melhor proposta de trabalho para o gerenciamento das ações e serviços de saúde do **O HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella"**.

Declaro, ainda, que me proponho a prestar no **O HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS,** os serviços descritos na proposta técnica apresentada, entendendo que tal proposta tem a validade de 90 (noventa) dias, contados a partir da sessão pública de habilitação.

Declaro que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam tal edital de Chamamento Público, em especial a Lei 8.666/93, a Lei Complementar n. 583/2017 e a Lei Federal 8.080/90 cabendo-me, no que se refere à última, firmar o compromisso de obedecer aos princípios, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e respeitar o caráter público do **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella",**

Cuiabá, ___ de _____ de 2017.

(nome, carimbo e assinatura do representante legal da Entidade Proponente com firma reconhecida)

OBS: Esta Declaração deve compor o Envelope 01 (Documentos de Habilitação)**.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – XII**
**MODELO – PROCURAÇÃO**

OUTORGANTE..... ....., por seu representante legal ..... (nacionalidade, estado civil, profissão) portador da cédula de identidade n.º ....., expedido pela ..... devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o N.º....., residente e domiciliado na cidade de ....., Estado de .....à Rua ....., n.º ....., na forma de seus estatutos, outorga a: (OUTORGADO) ..... (nacionalidade, estado civil, profissão), portador do Registro de Identidade n.º ....., expedida pela ....., residente e domiciliado na Cidade de ....., Estado de ....., à Rua ....., n.º ....., com PODERES para assinar em nome da Outorgante o eventual Contrato de Gestão (se for o caso) e demais documentos relativos à execução do Chamamento Publico Edital de Seleção n.º _____, publicado no D.O.E. do dia ...../...../....., podendo o dito procurador, no exercício do presente mandato, praticar todos os atos necessários ao seu fiel cumprimento, obrigando-nos e aos nossos sucessores, pelo que tudo dá por bom, firme e valioso.

(acrescentar demais poderes de representação junto aos órgãos públicos e no Chamamento que o Outorgante entender necessário).

Cuiabá,____ de _____ de 2017.

(nome, carimbo e assinatura do Outorgante com firma reconhecida)

OBS: Esta Procuração deve ser apresentada às Comissões no início da Sessão Pública**.**

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – XIII**
**MODELO – CADASTRO BANCÁRIO**

FAVORECIDO (RAZÃO SOCIAL):
ENDEREÇO:
CNPJ:
BANCO:
AGÊNCIA N.º
CONTA CORRENTE N.º
PRAÇA DE RECEBIMENTO:

**OBSERVAÇÕES:**
As informações acima deverão conter o carimbo e a assinatura do Gerente do Banco, onde foi aberta a conta corrente;

Esclarecemos que a liberação da primeira parcela da transferência de recursos financeira fica condicionada a apresentação do presente cadastro;

A conta corrente deverá ter a seguinte denominação: FAVORECIDO/UNIDADE _____

Telefone do favorecido para contato:.....

OBS: Este Cadastro somente será solicitado se a Entidade Proponente for classificada**.**

**ANEXO - XIV**
**MINUTA - CONTRATO DE GESTÃO N. XXX/SES/MT/2017**

**Contrato de Gestão que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde e a(o) _____, Organização Social qualificada no Estado de Mato Grosso, que visa estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS "Irmã Elza Giovanella", para os fins que se destina.**

O **ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT**, inscrita no CNPJ n. 04.441.389/0001-61, com sede no Centro Político e Administrativo – CPA, Bloco 05, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade RG nº 019771 SSP/MT e CPF nº 138.731.301-06, residente e domiciliado na Rua Rui Barbosa, 134, Apto. 1001, Bairro Goiabeiras no Município de Cuiabá no Estado de Mato Grosso, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a (o) _____entidade filantrópica, inscrita no CNPJ nº XX.XXX.XXX/XXX-XX, com sede na _____, CEP XXXXX-XXX, no Município de _____, Estado de _____, neste ato representada _____, brasileira(o), estado civil, portadora da cédula de identidade RG nº XXXXXXXXXX SSP/XX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, neste ato denominada **CONTRATADA**, considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 233324/2017, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

## CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

**1.1.** O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS - HRR**, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com os anexos a seguir elencados, que integram o presente instrumento:

**a) ANEXO I** Plano de Metas;
**b) ANEXO II** Sistema de Transferência e Execução Financeira;
**c) ANEXO III** Planilha Estimada de Custo;
**d) ANEXO IV** Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e anexo;
**e) ANEXO V** Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel;
**f) ANEXO VI** Termo de Cessão de Servidores e anexo.

**1.2.** O presente Contrato de Gestão deverá garantir atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no estabelecimento de saúde denominado **Hospital Regional de Rondonópolis "Irmã Elza Giovanella"**, respeitado o seu perfil assistencial, a necessidade epidemiológica e sócia demográfica da região.

**1.3.** Esta contratação deverá consolidar a imagem do **HRR** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às

necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência, devendo ser executado de forma a garantir a qualidade, eficácia, eficiência e os resultados esperados na resolutividade da assistência.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DO FUNDAMENTO LEGAL

**2.** A presente contratação tem fundamento no inciso XXIV do artigo 24 da Lei 8.666/1993, contudo a execução deste Contrato de Gestão tem fundamento na Lei Complementar n. 583/2017 e nas demais normas que regulamentam o Sistema Único de Saúde.

**2.1.** Na execução deste Contrato a **CONTRATADA** deve observar os princípios, diretrizes e normas do Sistema único de Saúde, em especial a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade de acesso, insculpidas no Art. 7º da Lei n. 8.080/1990, bem como as normas contidas no Art. 198 e no *caput* do art. 37 da Constituição Federal.

**2.2.** A **CONTRATANTE** poderá publicar portarias e instruções normativas, para de forma complementar, e observado o princípio da eficiência da Administração Pública, regulamentar a execução deste Contrato de Gestão.

**2.3.** Fundamenta-se o presente instrumento na Lei Complementar n. Lei Complementar n. 583/2017, no Parecer Jurídico n. XXX/ASSESSORIAJURÍDICA/SES/MT/2017 e nas motivações constantes no Processo n. XXXX/2017.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

**3.** Constituem obrigações da **CONTRATADA**:
**I -** Cumprir fielmente as cláusulas e os anexos deste instrumento, desde que a **CONTRATANTE** viabilize as condições necessárias para sua execução.

**II -** Assegurar a organização, administração e gerenciamento do **HRR** objeto do presente Contrato de Gestão, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade hospitalar e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia de seu pleno funcionamento;

**III -** Atender exclusivamente os usuários do SUS no **HRR** de forma a:
**a)** Garantir a universalidade de acesso aos serviços prestados;
**b)** Garantir a integralidade da assistência dentro da sua capacidade instalada;
**c)** Garantir a resolutividade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
**d)** Promover o gerenciamento do **HRR** baseando-se no Plano de Metas e medidas por Indicadores de Desempenho e Qualidade, conforme Anexo - I deste Contrato;
**e)** Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com o estabelecido neste instrumento, respeitando-se a legislação que trata a matéria.

**IV -** Disponibilizar, manter e alimentar o sistema informatizado no **HRR** devendo contemplar todos os modos necessários ao gerenciamento da Unidade, incluindo a gestão de custos, bem como dar a este toda manutenção e estrutura necessária para a execução e monitoramento dos serviços pactuados;

**V -** Aderir e alimentar periodicamente o Sistema de Gestão em Saúde, disponibilizado pela **CONTRATANTE**, para fins de monitoramento, controle e avaliação;

**VI -** Manter registro dos usuários atendidos contendo no mínimo: nome, RG, número do cartão SUS e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais, bem como para qualquer tipo de interação feita no sistema, incluindo usuário, local, data e hora das alterações e/ou inclusões, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE**, bem como aos controles interno e externo;

**VII -** Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HRR**, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

**VIII -** Assistir de forma abrangente aos usuários, procedendo aos devidos registros, de forma fidedigna, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do Ministério da Saúde;

**IX -** Registrar-se junto ao Conselho Regional Medicina de Mato Grosso, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da assinatura deste instrumento;

**X -** Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste Contrato de Gestão, e mantê-lo atualizado durante toda a sua execução;

**XI -** Registrar o faturamento de todos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados mensalmente pela **CONTRATADA**, no CNPJ da **CONTRATANTE**, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

**XII -** Apresentar a documentação, para o início do processo de habilitação dos serviços, junto ao Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data de assinatura deste instrumento, podendo este prazo ser prorrogado mediante justificativa e acordo entre as partes;

**XIII -** Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde pactuados para o Escritório Regional de Saúde/Central de Regulação;

**XIV -** Integrar-se nos Sistemas de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, assim como todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde.

**XV -** Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do **HRR** aos usuários em local visível e de fácil acesso;

**XVI -** Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato de Gestão;

**XVII -** Elaborar e apresentar as diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos, submetendo-os à validação pela **CONTRATANTE** no prazo de 30 (trinta) dias após assinatura do contrato**,** devendo esta ratificação ocorrer no prazo máximo de 60 (sessenta) dias;

**XVIII -** Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica;

**XIX -** Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;

**XX -** Em relação aos direitos dos usuários, a **CONTRATADA** obriga-se a:

**a)** Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;

**b)** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o usuário para fins de experimentação;

**c)** Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato de

Gestão;

**d)** Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
**e)** Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
**f)** Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
**g)** Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;
**h)** Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
**i)** Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **HRR**, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos, indígenas e os casos de indicação clínica, de acordo com a legislação especifica;
**j)** Garantir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;
**k)** Garantir atendimento igualitário aos usuários, exceto nos casos previstos em lei.

**XXI -** Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP, e fornecer aos usuários por ocasião de sua alta hospitalar, documento circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

**a)** Nome do usuário;
**b)** Nome do Hospital;
**c)** Localização do Hospital (endereço, município, estado);
**d)** Motivo da internação (CID-10);
**e)** Data de admissão e data da alta;
**f)** Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
**g)** Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;
**h)** O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";
**i)** Assinatura do usuário, ou de seu representante legal, na segunda via no informe;
**j)** Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

**XXII -** Realizar as seguintes avaliações:

**a)** Dos resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços prestados;
**b)** Do cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualitativos e quantitativos estabelecidos neste Contrato;
**c)** Implantar e avaliar a pesquisa de satisfação na alta hospitalar;
**d)** Da auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos.

**XXIII -** Identificar suas carências nos serviços diagnósticos e/ou terapêutico que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, devendo apresentar à **CONTRATANTE** relatório mensal dos encaminhamentos ocorridos;

**XXIV -** Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção estabelecidos, nem na estrutura física do **HRR**, sem a prévia ciência e aprovação da **CONTRATANTE**;

**XXV -** Possuir um responsável técnico (médico) com registro no respectivo conselho de classe. Cada médico designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade de Saúde cadastrada pelo SUS;

**XXVI -** Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do usuário por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, responsabilizando-

se por cobrança indevida feita ao usuário ou a seu representante, por seus colaboradores ou prepostos, em razão da execução dos serviços decorrentes deste Contrato de Gestão, sendo lícito, no entanto, buscar junto à **CONTRATANTE** o reembolso de despesas eventualmente realizadas, que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas pela **CONTRATANTE**;

**XXVII -** Implantar e manter um serviço de gerenciamento de Risco de Resíduos Sólidos com a implementação anual na Unidade, conforme o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS, a ser apresentado na vigilância sanitária, no prazo 120 (cento e vinte) dias para aprovação.

**XXVIII -** Apresentar projeto, no prazo de 90 (noventa) dias, contendo todas as informações e detalhamentos necessários, para fins de implantar e desenvolver da Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a legislação vigente.

**XXIX -** Cumprir as legislações Municipais, Estaduais e Federais que tenha ligação direta ou que interfiram na execução dos serviços do **HRR**;

**XXX -** Submeter à prévia aprovação da **CONTRATADA** todas as contratações de serviços de consultaria;

**XXXI -** Elaborar e apresentar na Controladoria Geral do Estado para aprovação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da assinatura deste instrumento os regulamentos próprios de recursos humanos, financeiros, de aquisição e contratações de obras e serviços, realizados com recursos provenientes do contrato de gestão, devendo publicá-los no Diário Oficial do Estado.

**XXXII -** Utilizar os recursos financeiros, os recursos humanos, os bens móveis e o imóvel, transferidos por meio deste Contrato de Gestão, somente, na execução do objeto deste instrumento, exceto quando houver formal autorização da **CONTRATANTE** em sentido contrário;

**XXXIII -** Permitir o livre acesso da **CONTRATANTE** e dos órgãos de controle interno e externo em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este instrumento, quando em missão de monitoramento, fiscalização ou auditoria;

**XXXIV -** Manter arquivado todos os demais documentos originais pertinentes ao Contrato de Gestão, em boa ordem e em bom estado de conservação, ficando à disposição da **CONTRATANTE** e dos órgãos de controle interno e externo;

**XXXV -** Não transferir total ou parcialmente o objeto deste Contrato de Gestão a terceiros, sem a prévia autorização da **CONTRATANTE**;

**XXXVI -** Publicar, anualmente no Diário Oficial do Estado, até o dia 30 de março do ano subsequente, o balanço, os relatórios financeiros e o relatório de execução do Contrato de Gestão, contendo as metas pactuadas e realizadas;

**XXXVII -** Dar ciência imediata e por escrito, à **CONTRATANTE**, sobre qualquer inconformidade que verificar na execução dos serviços pactuados no presente instrumento.

**3.1.** Constituem obrigações da **CONTRATANTE**:
**I -** Disponibilizar à **CONTRATADA** a estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento do **HRR;**

**II -** Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários ao fiel cumprimento da execução deste Contrato de Gestão e a planejar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o

sistema de transferência previsto;
**III -** Realizar a regulação das ações e serviços de saúde, por meio de:
**a)** Estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional e estadual, de acordo com o pactuado na Comissão Intergestora Regional – CIR e na Comissão Intergestora Bipartite - CIB;
**b)** Implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços no hospital e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na Rede de Atenção a Saúde - RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar;
**c)** Regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio das centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação.

**IV -** Realizar o monitoramento das metas quantitativas e qualitativas, de forma sistemática, através da Comissão Permanente de Contratos de Gestão, que observará *in loco* o desenvolvimento e cumprimento das atividades assistenciais prestadas pela **CONTRATADA** usuários do **HRR** devendo, trimestralmente, elaborar Relatório de Avaliação quanto às metas alcançadas e Relatório de Execução Financeira.

**V -** Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente instrumento;

**VI -** Notificar a **CONTRATADA,** por escrito e com antecedência de 15 (quinze) dias, sobre multas, penalidades, débitos ou quaisquer outras ocorrências relativas ao presente contrato de gestão;

**VII -** A **CONTRATANTE** através do MT-Hemocentro, celebrará Termo de Compromisso com a **CONTRATADA** visando regulamentar as obrigações entre as partes quanto aos serviços da Unidade de Coleta e Transfusão - UCT, respeitando-se a legislação correlata vigente, devendo este instrumento ser encaminhado para a Comissão Permanente de Contratos de Gestão para conhecimento após a sua formalização;

**VIII -** Instaurar procedimento administrativo específico para realizar investigações de quaisquer denúncias ou irregularidades ocorridas, seja por serviços de saúde prestados pelo **HRR** ou profissionais de saúde a ele vinculados.

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

**4.** Os recursos financeiros destinados ao cumprimento do objeto deste contrato de gestão seguirão por meio da Dotação Orçamentária abaixo especificada:
- Unidade Orçamentária: **21601**
- Programa: **077**
- Projeto Atividade: **2515**
- Natureza de Despesa: **335043 e 445052**
- Região de Planejamento: **0500**
- Fontes de Recursos: **112 e 134**

**4.1.** Os recursos financeiros referentes ao exercício subsequente correrão por conta de dotação prevista no Orçamento Geral do Estado dos anos seguintes.

**4.2.** A execução, os valores, a forma e as condições das transferências, mensais, de recursos financeiros deverão ser realizados de acordo com detalhamento previsto no Anexo - II deste Contrato de Gestão, e conforme as normas e procedimentos do Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Estado de Mato Grosso - FIPLAN.

**4.3.** A **CONTRATADA** deverá monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos neste instrumento**.**

## CLÁUSULA QUINTA – DO PERÍODO DE TRANSIÇÃO

**5.** O período de transição será considerado o primeiro mês após a assinatura do presente Contrato de Gestão.

**5.1.** A **CONTRATANTE** acompanhará todo o período de transição, por meio de Grupo de Trabalho a ser constituído para essa finalidade.

**5.2.** No mês de transição as despesas do **HRR** serão custeadas pela Organização Social que está saindo, e a partir do segundo mês, as despesas passam a ser de responsabilidade da Entidade que está assumindo o Hospital.

**5.3.** No mês de transição a **CONTRATADA** deverá se dedicar à estruturação administrativa do **HRR**, realizando as contratações, adequações e todos os demais atos necessários para o cumprimento do objeto deste instrumento. Assim, as metas de produção assistencial serão exigidas a partir do segundo mês contratual.

## CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

**6.** A vigência do presente instrumento será de **60 (sessenta) meses**, a contar de **XX/XX/2017** a **XX/XX/2022,** devendo a Comissão Permanente de Contratos de Gestão, 06 (seis) meses antes do término da vigência deste, se manifestar quanto à avaliação de indicadores de metas de produção e resultado que permita uma avaliação objetiva e positiva do desempenho da **CONTRATADA**, para fins de planejamento e ações futuras.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES

**7.** O presente Contrato de Gestão poderá ser alterado, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, bem como havendo a necessidade de investimentos, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável da Comissão Permanente de Contratos de Gestão e autorizado pelo Secretário de Estado de Saúde.

**7.1.** Este Contrato poderá ser alterado, sempre que necessário, desde que devidamente justificado e anterior ao término da vigência, inclusive para acréscimos ou supressões das obrigações, sendo vedada a alteração de seu objeto.

**7.2.** Na hipótese de acréscimo de novos serviços, seja por necessidade da demanda, novas habilitações ou quaisquer outras situações de interesse público, esses deverão ser acrescidos após manifestação das áreas técnicas da **CONTRATANTE** e pactuação na Comissão Intergestora Regional – CIR.

**7.3.** Na celebração de termo aditivo, quando este implicar em alteração de valor, deverá ser analisada a comprovação de regularidade fiscal.

**7.4.** As alterações de que tratam os itens acima deverão ser formalizados por meio de Termo Aditivo ou Apostilamento, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente Contrato de Gestão.

## CLÁUSULA OITAVA – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**8.** A **CONTRATANTE**, responsável pelo monitoramento, controle e avaliação, instituirá Comissão para esse fim, por meio de Portaria do Secretário de Estado de Saúde, conforme art. 23 da Lei Complementar n. 583/2017.

**8.1.** A gestão do presente instrumento é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, que o exercerá

por meio da Comissão Permanente de Contratos de Gestão - CPCG que, também, será responsável pelo monitoramento, controle e avaliação deste, devendo dispor de todas as ferramentas necessárias a fim de alcançar os seus objetivos, em especial as dispostas neste Contrato, seus anexos e demais instrumentos.

**8.2.** A CPCG tem como finalidade principal, dentre outras que podem ser estabelecidas em sua portaria de constituição e no seu regimento interno, a de avaliar os resultados da execução deste Contrato de Gestão, bem como, realizar reuniões trimestrais para apresentação e avaliação devendo, quando for o caso, propor alterações de metas quantitativas, qualitativas e financeiras que se fizerem necessárias.

**8.3.** Visando a efetividade dos trabalhos devem participar das reuniões trimestrais de avaliação o Núcleo Técnico da CPCG, a Entidade Parceira, o Escritório Regional de Saúde e a Central de Regulação Regional e outros técnicos que possam ser convidados.

**8.4.** A execução dos serviços e o critério de monitoramento e avaliação deverão ser realizados de forma sistemática, de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS e demais normas e diretrizes do Ministério da Saúde.
**8.5.** A execução do presente Contrato de Gestão será acompanhada, diariamente, pela CPCG, por meio do Sistema de Gestão em Saúde e demais mecanismos previstos neste Contrato, porém a confecção do Relatório será trimestral;

**8.6.** Nos Relatórios Trimestrais a CPCG deverá avaliar:
**a)** Às metas quantitativas e qualitativas pactuadas e executadas;
**b)** A qualidade na execução dos serviços prestados;
**c)** O atendimento prestado ao usuário;
**d)** A demonstração contábil das despesas e receitas realizadas.

**8.7.** As metas qualitativas e quantitativas serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado desconto financeiro, após a homologação do Relatório Trimestral pelo Secretário de Estado de Saúde, nos termos do detalhamento previsto nos Anexos I e II;

**8.8.** Caso seja apurado na reunião de avaliação o não cumprimento das metas qualitativas e quantitativas ou quaisquer outras impropriedades, deverá a **CONTRATANTE** comunicar imediatamente à **CONTRATADA**, e registrar a ocorrência em ata.

**8.9.** Caso a **CONTRATADA** não concorde com a avaliação técnica mencionada no item 8.3 ou com os fatos registrados em ata na reunião trimestral, esta poderá apresentar recurso, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, devendo a CPCG analisar previamente o recurso apresentado no mesmo prazo, e persistindo divergências entre as partes, o processo deverá ser encaminhado à Auditoria Geral do SUS para parecer conclusivo.

**8.10.** Após a conclusão do Relatório Trimestral este deverá ser homologado pelo Secretário de Estado de Saúde, que encaminhará cópia ao Tribunal de Contas do Estado, à Assembleia Legislativa, à Controladoria Geral do Estado e ao Conselho Estadual de Saúde.

**8.11.** A **CONTRATANTE** poderá requerer à **CONTRATADA**, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, a apresentação de relatório pertinente à execução deste Contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

**8.12.** A **CONTRATADA** se obriga a permitir o livre acesso da **CONTRATANTE**, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este instrumento, quando em missão de monitoramento, avaliação ou auditoria.

## CLÁUSULA NONA – DA FISCALIZAÇÃO

**9.** A Secretaria de Estado de Saúde, por meio de equipe própria e, também, da Auditoria Geral do SUS, auditará e fiscalizará a regularidade da aplicação dos recursos transferidos à Organização Social de Saúde, bem como verificará a adequação, a qualidade e a efetividade dos serviços ofertados à população.

**9.1.** A fiscalização também deverá ser exercida pelo Conselho Estadual de Saúde, instância colegiada responsável pela fiscalização dos recursos do Sistema Único de Saúde - SUS.

**9.2.** As pessoas jurídicas de direito privado qualificadas como organizações sociais nos termos desta Lei serão submetidas à fiscalização dos órgãos de controle externo e interno.

**9.3.** O Secretário de Estado de Saúde e os demais responsáveis pela fiscalização do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por Organização Social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

**9.4.** Sem prejuízo da medida a que se refere o artigo anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão à Procuradoria-Geral do Estado ou ao Ministério Público Estadual, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da Entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

## CLÁUSULA DÉCIMA - DOS RECURSOS HUMANOS

**10.** A **CONTRATADA** deve garantir quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte do **HRR** e serviços pactuados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia.

**10.1.** A **CONTRATADA** poderá utilizar no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos de custeio com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus diretores e empregados contratados para laborar no **HRR.**

**10.2.** A **CONTRATADA** deverá realizar processo seletivo simplificado para contratação de pessoal na forma definida em regulamento próprio, devendo ser observados os princípios fundamentais da Administração Pública, notadamente os da impessoalidade, moralidade e publicidade, a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, devendo utilizar como critério para remuneração desses empregados o valor de mercado da região e as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, bem como manter a guarda de todos os documentos, pelo período de vigência deste Contrato de Gestão.

**10.3.** A **CONTRATADA** poderá contratar pessoa jurídica para prestar serviços médico-hospitalares, na forma definida em seu regulamento próprio, devendo ser respeitados os princípios inscritos no art. 37 da Constituição Federal.

**10.4.** Implantar e manter as ações previstas nas 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 a Lei Complementar n. 441/2011.

**10.5.** A **CONTRATADA** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativo aos empregados contratados e necessários na execução dos serviços no **HRR**, sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE,** caso não faça os aprovisionamentos necessários na conta de reserva legal.

**10.6.** A **CONTRATADA** deve responsabilizar-se pelas negociações e acordos coletivos de trabalho vinculados ao cumprimento das metas estipuladas, à redução interna dos custos ou ao aumento da produtividade do **HRR**, sempre compatíveis com o praticado no mercado.

**10.7.** A **CONTRATADA** deve responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços por parte dos empregados ou contratados, sem repasse de qualquer ônus à **CONTRATANTE,** de modo que não ocorram interrupções dos serviços prestados, exceto nos casos em que a **CONTRATANTE** der causa.

**10.8.** A **CONTRATADA** deve adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os colaboradores, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional, bem como implantar na imagem corporativa do **HRR** e nos uniformes dos trabalhadores, o logotipo da **SES/MT** e do **HRR**.

**10.9.** A **CONTRATADA** deve assegurar o desenvolvimento de educação permanente a todos os colaboradores do **HRR**, cabendo a esta autorizar à participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais.

**10.10.** A **CONTRATANTE** deverá acompanhar o pagamento da remuneração dos empregados (CLT) efetuados pela **CONTRATADA**, a fim de aferir a compatibilidade da carga horária, o correto recolhimento dos encargos devidos.

**10.11.** A **CONTRATANTE** poderá ceder à **CONTRATADA** servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente, com ônus para o órgão de origem, devendo ser respeitadas as condições estabelecidas no Termo de Cessão de Servidores, Anexo - VI deste Instrumento.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS BENS E INVESTIMENTOS

**11.** O imóvel onde funciona o **HRR** e os bens móveis nele localizados pertencentes à **CONTRATANTE** serão transferidos em Permissão de Uso à **CONTRATADA**, nos termos dos Anexos – IV e V deste instrumento, e pelo tempo que vigorar este contrato de gestão, devendo a **CONTRATADA** administrá-los, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão até sua restituição ao Poder Público.

**11.1.** Durante a execução do presente Contrato de Gestão poderão ser transferidos recursos financeiros com fins justificados e específicos, para novos investimentos. Entende-se por investimentos todas as transferências realizadas visando à melhoria/obras e reformas da área física e/ou aquisição de equipamentos, e ainda:
**a)** Fica permitida a **CONTRATADA** a aquisição de bens móveis e utensílios, bem como, execução de reformas, adequações, obras e demais projetos necessários ao pleno funcionamento do **HRR**, com recursos financeiros específicos a serem transferidos pelo Contrato de Gestão, devendo ser respeitados os princípios da Administração Pública, especialmente os inscritos no art. 37 da Constituição Federal, bem como, a execução financeira em contas bancárias específicas;
**b)** Para a execução do item anterior a **CONTRATADA** está sujeita às regras estabelecidas no seu regulamento próprio, especialmente em relação às aquisições e contratações.

**11.2.** Havendo a necessidade comprovada de novos investimentos estes serão executados pela **CONTRATADA**, após aprovação da **CONTRATANTE**, mediante processo específico de termo

aditivo, onde serão descritas as justificativas e o detalhamento do aporte financeiro a ser realizado.

**11.3.** Existindo saldo de custeio este poderá ser utilizado para novos investimentos, quando necessários, desde que justificado pela **CONTRATADA** e previamente aprovado pela **CONTRATANTE/CPCG.**

**11.4.** Até o mês de março de cada ano a **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE/CPCG** plano de investimentos, para fins de planejamento, destinado ao **HRR** para o ano subsequente.

**11.5.** A **CONTRATADA** deverá Implantar e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, bem como manter o Núcleo de Engenharia Clínica - NEC, para o bom desempenho dos equipamentos.

**11.6.** A **CONTRATADA** deverá realizar manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e na infraestrutura, necessária para a execução do objeto deste Contrato de Gestão, com base no Plano de Manutenção que deverá ser apresentado pela **CONTRATADA**, em até 90 (noventa) dias.

**11.7.** A **CONTRATADA** deverá identificar os equipamentos e materiais de sua propriedade, se existir, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da **CONTRATANTE**.

**11.8.** A **CONTRATADA** deve garantir à segurança patrimonial do **HRR**, bem como, a segurança pessoal dos usuários do Sistema Único de Saúde, que estão sob sua responsabilidade e de todos aqueles que trabalham no **HRR.**

**11.9.** A **CONTRATADA** deve contratar seguro contra incêndio, inundação, furto e roubo dos bens e insumos sob sua guarda, bem como, nos casos de transporte de materiais e medicamentos, que garantam a proteção securitária de quaisquer ocorrências durante o prazo de vigência deste Contrato de Gestão.

**11.10.** A **CONTRATADA** deve comunicar à **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, após a ocorrência de quaisquer sinistros relativos aos bens e insumos sob sua guarda.

**11.11.** A **CONTRATADA** deverá devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste Contrato de Gestão, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto deste instrumento, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termos de Permissão de uso.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

**12.** A **CONTRATADA** apresentará mensalmente, até o dia 20 (vinte) de cada mês, na Comissão Permanente de Contratos de Gestão a prestação de contas nas seguintes modalidades:

**a)** Relatórios de execução contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, extraído do sistema informatizado do **HRR**, bem como alimentar o Sistema de Gestão em Saúde;
**b)** Demonstrativos contábeis e financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados, nos termos da Instrução Normativa que regulamenta a apresentação das prestações de contas, bem como alimentar o Sistema de Gestão em Saúde.

**12.1.** A **CONTRATADA,** também, deverá encaminhar as seguintes informações e documentos:
**a)** Relatório de Custos, extraído do sistema informatizado do **HRR**;
**b)** Relação dos empregados (CLT), com detalhamento de perfil, remuneração e carga horária;

**c)** Relação de colaboradores que recebem adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia e assessoria;
**d)** Outras informações e documentos, a serem definidos ou solicitados pela **CONTRATANTE**.

**12.2.** As Prestações de Contas acima mencionadas devem ser analisadas pela **CONTRATANTE**, que emitirá respectivo Parecer de análise.

**12.3.** As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, deverão ser encaminhados em arquivo eletrônico, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS VEDAÇÕES

**13.** Fica expressamente vedado à **CONTRATADA:**
**a)** Utilizar os recursos financeiros deste Contrato em finalidade diversa da estabelecida neste instrumento, ainda que em caráter de emergência;
**b)** O pagamento de despesas com multas, juros ou correções monetárias, decorrentes de pagamento de despesas fora do prazo, exceto se decorrer de atraso na liberação de recurso pela **CONTRATANTE**;
**c)** A transferência de recursos para clubes, associações de servidores ou quaisquer entidades congêneres;
**d)** A utilização do recurso para pagamento de quaisquer despesas da **CONTRATADA** que não esteja vinculado ao objeto deste instrumento;
**e)** Qualquer tipo de participação, inclusive financeira, em campanha de interesse político-partidário ou eleitoral;
**f)** Firmar contrato com empresas ou instituições das quais façam parte seus dirigentes e sócios, para execução do objeto do contrato de gestão;
**g)** Manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional, como: contratar serviços, fazer aquisições, contratar empregados, dentre outros, com pessoas físicas e ou jurídicas que se vinculem, por grau de parentesco, com seus dirigentes que detenham poder decisório;
**h)** Mudar a denominação do Hospital Regional de Rondonópolis;
**i)** Realizar contratações em desconformidade com o inciso X do Art. 144 da Lei Complementar n. 01/1990, conforme já orientado pelo Tribunal de Contas do Estado (Resolução do TCE/MT nº 24/2012 – TP publicada no D.O.E. em 12/12/2012).
**j)** Contratar pessoa jurídica para o cargo de direção do **HRR**;
**k)** Destinar qualquer tipo de remuneração aos membros de sua a diretoria ou do seu conselho, com recursos oriundos do contrato de gestão;
**l)** Utilizar recursos financeiros destinados ao investimento em custeio;
**m)** A cobrança de despesas a título de taxa de administração, de gerencia ou similar.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

**14.** A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus colaboradores e agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóvel sob sua responsabilidade e guarda, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

**14.1.** A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESCISÃO

**15.** O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

**I -** Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato de Gestão, decorrentes da comprovação do mau gerenciamento, culpa e/ou dolo;

**II -** Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

**III -** Por ação judicial, nos termos da legislação vigente;

**IV -** Por ato unilateral da **CONTRATADA,** na hipótese de atrasos das transferências devidas pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**;

**V -** Pela alteração da razão social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da **CONTRATADA**, que prejudique a execução deste Contrato de Gestão;

**VI -** Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente instrumento, com comunicação prévia de 30 (trinta) dias;

**VII -** A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato.

**15.1.** Verificada as hipótese de rescisão contratual com fundamento no inciso I do item 14, a **CONTRATANTE**, adotará todas as medidas necessárias a evitar prejuízos ao erário e à população e aplicará as sanções legais cabíveis, após a conclusão de processo administrativo que garantirá os princípios do contraditório e da ampla defesa.

**15.2.** Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA,** com base no inciso IV do item 14, e para garantir que não haja interrupção dos serviços, a Contratada deverá manter-se no gerenciamento do **HRR** pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados da denúncia deste.

**15.3.** Ocorrendo à rescisão ou distrato do presente Contrato de Gestão, acarretará:

**a)** A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos bens móveis e imóveis, e a imediata reversão desses bens ao patrimônio da **CONTRATANTE,** bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto deste Contrato de Gestão e as doações;

**b)** A rescisão ou distrato do Termo de Cessão dos servidores públicos;

**c)** A incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, nas contas de custeio e investimento, inclusive os rendimentos de aplicação financeira;

**d)** Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HRR**, as fichas e prontuários dos usuários.

**15.4.** Os valores aplicados na conta de reserva legal serão revertidos ao patrimônio do Estado, em 05 (cinco) anos contados da rescisão ou enquanto perdurarem pendências judiciais, sempre mantidos em conta específica para esse fim, com as devidas aplicações financeiras. Caso não haja pendências judiciais os valores deverão ser revertidos ao patrimônio do Estado imediatamente.

**15.5.** A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão deste Contrato de Gestão, para quitar suas obrigações e prestar contas à **CONTRATANTE**.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PENALIDADES

**16.** A inexecução ou o inadimplemento total ou parcial, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato de Gestão e seus Anexos, ou de dever originado de norma

legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa em processo administrativo específico aplicar as penalidades abaixo:

**a)** Advertência;

**b)** Multa no percentual de 0,3% (zero vírgula três por cento), por ocorrência, do valor anual deste Contrato de Gestão, devendo ser recolhido no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a notificação;

**c)** Suspensão temporária de participar de processos de contratação com o Estado de Mato Grosso, por um período não superior a 02 (dois) anos.

**16.1.** A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

**16.2.** As sanções previstas nas alíneas "a" e "c" do item 15 desta cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente com a alínea "b".

**16.3.** A multa também deverá ser aplicada quando houver a aplicação por 03 (três) vezes de advertência, podendo a aplicação de a multa chegar a 0,5% (meio por cento) do valor deste Contrato de Gestão.

**16.4.** Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso dirigido ao Secretário de Estado da Saúde, e este terá o mesmo prazo para responder. Decorrido esse prazo, a penalidade passa a ser considerada como aceita na forma como foi apresentada.

**16.5.** O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA,** e quando possível, o respectivo montante poderá ser descontado das transferências devidas em decorrência da execução do objeto contratual ou de outros créditos da **CONTRATADA**, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

**16.6.** A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO

**17.** Na hipótese de risco quanto ao cumprimento das obrigações assumidas no contrato de gestão, o Estado, através da Secretaria de Estado de Saúde, deve assumir a execução dos serviços pactuados a fim de manter a sua continuidade, nos termos do artigo 34 da Lei Complementar n. 583/2017.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

**18.** O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA DÉCIMA NOVA – DA TRANSPARÊNCIA E ANTICORRUPÇÃO

**19.** A **CONTRATANTE** deverá publicar no sitio eletrônico da SES/MT e/ou no Portal da Transparência do Governo do Estado, dados sobre o presente Contrato de Gestão, sua execução e avaliação, para consulta, a qualquer tempo, pelos cidadãos e usuários do SUS.

**19.1.** A **CONTRATADA** deve manter site na internet com portal de transparência em que permanentemente e obrigatoriamente sejam demonstrados:

**a)** O Contrato de Gestão e suas respectivas alterações;

**b)** Relatório contendo os resultados alcançados;
**c)** Editais e Resultados dos processos seletivos para contratação de pessoal;
**d)** Lotacionograma do **HRR**;
**e)** O Demonstrativo Contábil Operacional relativo às despesas mensais do **HRR**.

**19.2.** Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, o que deve ser observado, ainda, pelos prepostos e colaboradores. (Decreto nº 572, de 13 de maio de 2016).

## CLÁUSULA VIGÉSIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

**20.** O presente Contrato de Gestão deve ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

**20.1.** Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidos mediante acordo entre as partes, bem como, pelas normas que regem o Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DO FORO

**21.** As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Cuiabá, Capital do Estado de Mato Grosso, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato de Gestão, que não puderem ser resolvidas amigavelmente, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Cuiabá, XX de _____ de 2017.

_____
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

_____
Organização Social

**TESTEMUNHAS:**

Nome:
RG n.
CPF n.

Nome:
RG n.
CPF n.

+55 65 3613-5310 – RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO – CPA
78.050-970 – CUIABÁ-MATO GROSSO



**ANEXO – I**
**PLANO DE METAS**

**1. INTRODUÇÃO:**

- Este Plano de Metas é parte integrante do **Contrato de Gestão n. XXX/2017**, cujo objeto consiste estabelecer a parceria entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS** "Irmã Elza Giovanella", com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS;

- A presente parceria tem por finalidade potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento a população, com assistência humanizada e voltada para resultados;

- O **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS** - **HRR** deve ser referência em serviço de média complexidade para a Regional Sul e nos serviços de Alta Complexidade para a Macrorregional de Saúde, que engloba as Regionais: Barra do Garças, Água Boa, São Félix do Araguaia e Porto Alegre do Norte, de acordo com o perfil e a capacidade instalada do **HRR;**

- O objetivo do presente contrato é descrever as ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores a ser pactuados entre as parte, devendo suas alterações ser realizadas por meio de termos aditivos;

- O presente Plano foi aprovado na Comissão Intergestora Regional através da Proposição Operacional CIR Sul Mato-grossense n° 10, de 10 de junho de 2016, e pela Comissão Intergestora Bipartite por meio da Resolução CIB/MT n° 044, de 07 de julho de 2016;

- O modelo gerencial proposto deverá obedecer aos princípios, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando a missão da Secretaria de Estado de Saúde, que é garantir o direito à saúde, enquanto direito fundamental do ser humano, e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso.

**2. DESCRIÇÃO DA UNIDADE:**

**O HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS** "Irmã Elza Giovanella" é geral, considerado de médio porte, com capacidade instalada para realizar procedimento de média e alta complexidade, com atendimento de urgência e emergência (com funcionamento 24 horas ininterruptas), ambulatório e internação nas especialidades de: **clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica geral e clínica cirúrgica ortopédica e traumatológica e hospital dia. Além de ofertar Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), com 108 leitos de internação (enfermarias), 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulta e 05 salas cirúrgicas.**

**2.1. ATENDIMENTO:**

O **HRR** receberá usuários exclusivamente do SUS encaminhados pelo Complexo Regulador Regional Sul, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Serviço de Emergência da Concessionaria Rota do Oeste.

**2.2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:**

O Serviço Ambulatorial do **HRR** destina-se à realização de consultas especializadas, encaminhadas pelo Complexo Regulador Regional Sul e os egressos do próprio **HRR**, para as seguintes especialidades:

| | |
|---|---|
| • cirurgia geral | • proctologia |
| • cirurgia vascular | • cardiologia |
| • cirurgia pediátrica | • urologia |
| • ortopedia/traumatologia | • oftalmologia |
| • buco maxilo facial | • neurologia |
| • otorrinolaringologia | |

- No atendimento ambulatorial serão disponibilizadas as primeiras consultas médicas e não médicas, interconsultas e consultas subsequentes (retornos), e deverão ser programadas para funcionar das 07h00min às 17h00mim de segunda à sexta-feira.

**1)** Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do usuário encaminhada pelo Complexo Regulador Regional Sul ao **HRR**, para atendimento a uma determinada especialidade;

**2)** Entende-se por interconsulta a consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada no próprio Hospital (oriundo do especialista da primeira consulta);

**3)** Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das primeiras consultas quanto às subsequentes das interconsultas;

**4)** Serão considerados como cirurgia ambulatorial de baixa complexidade os procedimentos cirúrgicos realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

**5)** O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial deve se dar pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

**2.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS:**

▪ Serão considerados atendimentos de urgência/emergência aqueles não programados, que sejam demandados pelo serviço de urgência/emergência do hospital, bem como as pessoas encaminhadas de forma reguladas e as advindas do Serviço de urgência/emergência da Concessionária Rota Oeste e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.

**a)** O **HRR** deverá dispor de atendimento a urgência/emergência, durante as 24 horas do dia ininterruptamente;

**b)** Se, em consequência do atendimento por urgência/emergência o usuário é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24h e não ocorrer à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência/emergência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização;

**c)** Deverá ser mantida e implementada a Porta Hospitalar de urgência/emergência, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização - PNH, através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo **e** orientações do Programa Nacional de Humanização;

**d)** A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002), ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato de gestão.

**2.4. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO (SADT):**

Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapia a usuários atendidos em regime de ambulatório, urgência/emergência, internação e hospital dia.

**2.4.1.** O **HRR** ofertará os serviços de SADT, a usuários EXTERNOS ao Hospital, isto é, àqueles usuários que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido através do Complexo Regulador Regional Sul.

**2.4.2.** 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

Matérias do SUS (SIGTAB).

**a)** SADT INTERNO/AMBULATÓRIO: Define-se como os exames realizados para os usuários EGRESSOS do hospital (após internação);

**b)** SADT EXTERNO/AMBULATÓRIO: Entende-se como os exames realizados para usuários externos, ou seja, os referenciados pelo sistema de agendamento através do Complexo Regulador Regional Sul;

**c)** SADT URGÊNCIA\EMERGÊNCIA: Define-se como os exames realizados para os usuários em atendimento urgência\emergência no pronto atendimento do próprio **HRR**.

**2.6. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:**

Assistência á saúde será prestada em regime de hospitalização que compreenderá o conjunto de atendimento oferecido ao usuário desde sua admissão (internação) no **HRR** até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

**a)** O indicador de aferição das metas será a **SAÍDA HOSPITALAR** comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, emitidos pelo próprio **HRR**, processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

**b)** A saída hospitalar mês deverá compor o perfil definido para o **HRR**, sendo descriminadas pela porta de entrada:

**I-** Urgência/emergência e o;

**II-** Ambulatório/Complexo Regulador Regional Sul.

**c) No processo de hospitalização estão incluídos:**

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

**II-** Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como diagnóstico principal que motivou a internação do usuário e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas;

**III-** Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

**IV-** Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;

**V-** Alimentação, incluídas a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;

**VI-** Assistência médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal técnico;

**VII-** Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

**VIII-** Todos os materiais descartáveis necessários para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

**IX-** Diárias de hospitalização, em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do e/ou quarto de isolamento;

**X-** Diárias nas Unidades de Terapia Intensiva-UTI, se necessário;

**XI-** Sangue e hemoderivados;

**XII-** Fornecimento de enxoval hospitalar;

**XIII-** Exames – SADT, necessários para a elucidação do diagnóstico;

**XIV-** Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia e endoscopia;

**XV-** Procedimentos relacionados a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPME não prevista na tabela do SUS, a Secretaria de Estado de Saúde deverá autorizar previamente o orçamento de uso e realizar o reembolso na competência subsequente ao mês de utilização da OPME;

**XVI-** E outros procedimentos que se fizerem necessário ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HRR.**

**2.7. INTERNAÇÃO:**

**a) ENFERMARIAS:** O **HRR** possui 108 leitos distribuídos conforme no quadro abaixo:

| Clínica de Internação | Especialidades Internação | Total de leitos |
|---|---|---|
| Médica | Tratamento clínico em outra especialidade (médica) | 12 |
| | Doenças Crônicas | 04 |
| | Pneumologia sanitária | 02 |
| | Psiquiatria | 04 |
| Neurologia | Tratamento clínico em neurologia | 06 |
| | Cirurgia do sistema nervoso (clínica cirúrgica) | 03 |
| Cirurgia Geral | Clínica cirúrgica geral | 23 |
| Pediatria | Clínica cirúrgica geral pediatria | 04 |
| | Tratamento clínico geral em pediatria | 04 |
| Cirurgia Ortopédica/Traumatologia | Clínica cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial | 36 |
| Hospital dia | Clínica cirúrgica | 10 |
| | **Total** | **108** |

**d)** A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. A **CONTRATADA**, na inexistência eventual de leito vago, obriga-se a regular os usuários através do Complexo Regulador Regional Sul, para os demais serviços de saúde do SUS.

**e)** Deverão ser disponibilizados 04 (quatro) leitos para atendimento psicossocial em cumprimento as Portaria: n° 3.088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**f)** Portaria n° 148 GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 e Portaria n° 1.615 GM/MS, de 26 de julho de 2012, que definem as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção à pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

**2.8. O CENTRO CIRÚRGICO**:
É o conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o usuário, 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 do **HRR** e composto de 05 (cinco) salas cirúrgicas e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica.

**3. TRANSPORTE SANITÁRIO:**
**DEFINIÇÃO**: Assistência aos usuários internos que demandam serviços de transporte em ambulâncias de suporte básico tipo B e ambulância de suporte avançado tipo D, conforme Portaria n° 2.048 GM/MS, de 05 de novembro de 2002, para remoção inter-hospitalar a centros clínicos para a realização de exames não ofertados pelo Hospital Regional de Rondonópolis "Irmã Elza Giovanella" ou mesmo para realização de procedimentos cuja referência é outro hospital;

**a)** No caso do usuário necessitar de aeronave de transporte médico tipo E, este ficará sob a responsabilidade da **CONTRATANTE**/Central de Regulação;
**b)** Após o usuário receber alta hospitalar, seu retorno ficará sob a responsabilidade do município de origem.
**c)** As ambulâncias hoje localizadas no **HRR** serão cedidas à **CONTRATADA**, devendo esta dar toda a manutenção necessária para o seu pleno funcionamento.

**4. NOVAS ESPECIALIDADES:**
Se, no decorrer da execução contratual, de comum acordo entre as partes, houver a necessidade de realização de outros tipos de atividades diferentes daquelas acima relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de serviço de apoio de diagnostico e terapia, estas atividades após análise técnica e pactuação regional, deverão ser quantificadas separadamente bem como o seu reflexo econômico-financeiro e posteriormente acrescido ao Contrato de Gestão por meio de Termo Aditivo.

**5. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO:**

**a)** Manter atividades de aperfeiçoamento e capacitação em áreas assistenciais e de suporte técnico administrativo, devendo implementar programa de qualificação profissional aos colaboradores do **HRR** visando melhoria de acesso e qualidade da assistência;

**b)** Buscar o credenciamento da unidade hospitalar junto ao Ministério da Saúde no "Projeto Hospitais de Excelência", que em parceria com Hospital Albert Einstein, oferece via telessaúde, teleconsultoria para discussão de casos clínicos de urgência e emergência, além de equipamentos para estruturação dos serviços, com intuito de garantir apoio às práticas de saúde, oferecendo por meio das tecnologias de informação e comunicação para qualificar o cuidado e aumentar a resolutividade da atenção à saúde, conforme Resolução CIB\MT nº 21, de 05 de Fevereiro de 2015;

**c)** Disponibilizar campo de estagio no **HRR** para os cursos da área de saúde nos níveis, técnico, graduação e pós-graduação, para o desenvolvimento dessas atividades, o **HRR** deverá adequar-se às exigências do MEC para as devidas certificações;

**d)** Disponibilizar no **HRR** campo para a implantação programas de residências médicas e multiprofissionais, que é de fundamental importância nas atividades de ensino, pesquisa e extensão;

**e)** Implantar a Rede RUTE (Rede Universitária de Telemedicina), sua implantação traz 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;

**f)** Implementar no **HRR** a Comissão Interna de Integração Ensino e Serviço - CIES.

**6. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR:**

**d)** A **CONTRATADA** deverá implantar e manter o NIR, que será o responsável pela implementação do SISREG 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;

**a)** Ao realizar a interface com o Complexo Regulador Regional Sul, 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).

**b)** O serviço funcionara 24h ininterruptamente (hospitalar e urgência\emergência) emitindo notificações de vagas uma vez ao dia, de acordo com as normas exaradas pelo Complexo Regulador Regional Sul.

**7. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA – NVHE:**

**a)** A **CONTRATADA** deverá implantar o Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar - NVHE, conforme o que preconiza a Portaria nº 2.529/GM/MS, de 23 de novembro de 2004, ampliada pela Portaria nº 2.254 GM/MS, de 05 de agosto de 2010;

**b)** O NVEH deverá organizar no **HRR** as rotinas e fluxos de informações para aumentar a sensibilidade, notificação e resolução de casos de doenças de notificação compulsória (DNC);

**c)** 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;

**d)** O NVEH deverá implantar o 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 e todos da Portaria n° 1.271 GM/MS, 06 de junho de 2014.

**8. UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – UCT**

A **CONTRATADA** responsabilizar-se por todo o gerenciamento do serviço da UCT que tem por finalidade:

**a)** Preparar hemocomponentes;
**b)** Realizar a prática da Medicina Transfusional: transfusão de sangue e hemocomponentes homólogos e autólogos e hemoderivados e sangria;
**c)** Conservar hemocomponentes e hemoderivados; realizar estudos pré-transfusionais dos usuários a transfundir e fenotipagem, quando necessário;
**d)** Atender 100% dos doadores que procurarem espontaneamente o serviço
**e)** Assistir e dar suporte transfusional a estabelecimentos assistenciais de menor complexidade.
**f)** Promover a doação voluntária, altruísta e habitual de sangue e hemocomponentes;
**g)** Promover no mínimo 06 (seis) campanhas de coletas externas anualmente.

**9. OUTRAS DISPOSIÇÕES:**
**A CONTRATADA deverá:**
**a)** Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos;
**b)** Disponibilizar equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros etc.) em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Classe;
**c)** Adotar Prontuário Único do Usuário com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de arquivo de prontuários;
**d)** Manter e Implementar o Sistema Informatizado Hospitalar que contemple no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário eletrônico do paciente (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1824/2007), serviços de apoio e relatórios gerenciais que atendam aos indicadores e informações especificados, garantindo a infraestrutura necessária para sua plena operacionalização, Caberá à Proponente à disponibilização e manutenção da rede de informática do **HRR**.
**e)** Implantar e disponibilizar o Sistema de Custos Hospitalar;
**f)** Respeitar a legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;
**g)** Implementar a Política Nacional de Humanização (PNH) em consonância com a Portaria nº 177 GBSES\MT, de 21 de Agosto de 2006, devendo manter o serviço de humanização no ambiente Hospitalar do “Projeto Saúde com Alegria”, com os Doutores Palhaços;
**h)** Implantar as ações previstas na Portaria n° 529/GM/MS, de 1° de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando as seguintes ações:
**I-** Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;
**II-** Elaboração de Planos para Segurança do Paciente;
**III-** Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente.
**IV-** Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Lei Nº. 10.741 de 01/10/2003).

**10. METAS QUANTITATIVAS**
A produção das Metas Quantitativas e seu custo estão descritos no Anexo - III deste Contrato de Gestão.

**11. METAS QUALITATIVAS**
**I-** Os indicadores de qualidade serão avaliados pela **CONTRATANTE** quanto ao alcance das metas, e será feita com base nos INDICADORES DE DESEMPENHO;

**II-** Os Indicadores relacionam à qualidade da assistência ofertada aos usuários do **HRR** e medem aspectos relacionados à efetividade do gerenciamento e ao desempenho da **CONTRATADA**;

**III-** Este conjunto de Indicadores deve ser avaliado, mensalmente, e sua valoração financeira com periodicidade trimestral, sob a ótica binária do cumprimento ou não cumprimento das metas qualitativas pactuadas, podendo os mesmos serem alterados ou introduzidos novos indicadores sempre que necessário, mediante termo aditivo e após análise técnica;

**IV-** Os indicadores que subsidiarão a avaliação das metas qualitativas são as seguintes:

**a) Desempenho na qualidade da informação;**
**b) Desempenho na área do controle social - atenção ao usuário;**
**c) Desempenho na qualidade de atenção a Saúde – CCIH;**
**d) Desempenho na qualidade de atenção a Saúde – Centro Cirúrgico e Cuidados de Enfermagem;**
**e) Desempenho na qualidade de atenção a Saúde – Unidade de Coleta e Transfusão e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH**
**f) Auditoria Operacional;**
**g) Desempenho na área de humanização.**

## 12. DESCRIÇÕES E METODOLOGIA DE CÁLCULO DAS METAS QUALITATIVAS:

### a) DESEMPENHO NA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO:

**I - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH):**

- Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar (saídas);
- A meta a se atingir é apresentação da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas em cada mês de competência;
- O prazo para a entrega da informação é o **décimo quinto dia útil** do mês subsequente;
- Os dados devem ser enviados em arquivo de planilha de dados contendo exclusivamente AIH do mês de competência, independentes de crítica e de reapresentações;
- As informações encaminhadas não sofrerão alterações em sua metodologia e fluxo já estabelecidos pela **CONTRATANTE**, onde serão avaliadas por profissionais designados para essa função.

**II - Controle da Origem de Residência do Usuário**

- O objetivo é conhecer a localidade de residência do usuário para avaliar a adequada inserção regional do hospital, por meio da caracterização da origem da demanda;

- Esse indicador permite melhorar o planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência. A meta é identificar 100% dos usuários atendidos por município de residência e por serviço utilizado;

- Apresentar relatório mensal, contendo o quantitativo de usuários atendidos nos serviços de ambulatório, urgência/emergência, SADT e internação, discriminado por município, estado e pais de residência.

### b) DESEMPENHO NA ÁREA DO CONTROLE SOCIAL - ATENÇÃO AO USUÁRIO:

**I-** Promover meios de escuta dos usuários: Promover meios de escuta dos usuários os elogios, queixas e sugestões;

**II-** Resolução de queixas do usuário:

- 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;

- A meta a ser atingida é a resolução de no mínimo 80% das queixas recebidas e o relatório entregue até o décimo quinto dia do mês subsequente.

**III - A pesquisa de satisfação do usuário e do colaborador:**

- A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do **HRR** destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos usuários, acompanhantes e colaboradores;

- Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário e colaboradores, por meio de questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em usuários internados e acompanhantes e usuários atendidos nos ambulatórios do Hospital, abrangendo **20% do total de usuários em cada especialidade de internação e 20 % do total de usuários atendidos em primeira consulta e 10% na subsequente no ambulatório;**

- Nos colaboradores deverá ser aplicada em 15% por mês do total de colaboradores registrados no setor de gestão de pessoas. A metodologia a ser implantada devera ser previamente aprovada pela **CONTRATANTE**.

- A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo opcional a identificação do usuário, contendo identificação numérica. Os modelos dos questionários serão enviados ao **HRR** em meio eletrônico para aplicação e preenchimento. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em quatro grupos:
  **a)** O de usuários internados;
  **b)** O de acompanhantes de usuários internados;
  **c)** Os usuários em atendimento ambulatorial.
  **d)** Os colaboradores

- O envio das planilhas de consolidação dos quatro grupos deverá ser entregue até o dia 15 do mês subsequente;

- Essa pesquisa deve ser aplicada pela equipe técnica do **HRR** e validada pela Equipe de Controle e Avaliação do ERS- Rondonópolis.

**C) DESEMPENHO NA QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE – CCIH:**

Com a finalidade de acompanhar a infecção hospitalar e avaliar a qualidade da assistência serão monitorados os seguintes indicadores que incluem:

**I - Taxa de Infecção Hospitalar – TIH:** Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas no período, sendo que o número de episódios de infecção hospitalares: é o número total de infecção adquirida após 72h da admissão do usuário na Unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.

Obs. Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecção hospitalar.

**II - Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto:** 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-CS associada a Cateter Venoso Central-CVC em UTI Adulto.**Visa acompanhar a ocorrência de infecção primaria da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central, que 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 episodio 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, contar apenas uma vez.

**IV - Densidade de Incidência (DI) de Pneumonias (Pnm) associada à Ventilação Mecânica (VM) em UTI adulta:** 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 a saúde.

**V - Densidade de Incidência (DI) de Infecções no Trato Urinário (ITU) associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) em UTI adulto:** 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:** 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.

- Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control)-EUA;

- Obs.: As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepses clínicas;

- A meta a ser atingida é o envio do relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, para a UTI Adulto, que contenham o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias, até o dia 15 do mês imediatamente subsequente;

- As medidas implementadas deverão ser adotadas no sentido de aproximar os valores apresentados aos parâmetros comparativos, sendo que, quando a variação for acima do parâmetro, nos meses subsequentes esses valores deverão ser gradativamente aproximados em, pelo menos a 20% ao parâmetro, até o atingimento do mesmo.

**d) <u>DESEMPENHO NA QUALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE – CENTRO CIRÚRGICO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM:</u>**

**I - Taxa de Mortalidade Operatória TMO:** Tem a finalidade de 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).

**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 ambulatórias, 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;

A meta a ser atingida é o envio do relatório mensal, elaborado pela Comissão de verificação Óbitos e, que contenham, dentre outros, a Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por classe (de 1 a 5) da Classificação American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) e as providencias adotadas quando as taxas estiveram acima dos parâmetros de referência, conforme especificado abaixo no quadro 10.

| **QUADRO 10** | Classificação do estado físico segundo American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA), e a estimativa da taxa de mortalidade perioperatória (%). | |
|---|---|---|
| **Classe** | **Descrição** | **Mortalidade perioperatória** |
| ASA 1 | Sem distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos. | 0,06 – 0,08 |
| ASA 2 | Leve a moderado. Sem comprometimento da atividade normal. A condição pode afetar a cirurgia ou anestesia. | 0,27 – 0,40 |
| ASA 3 | Distúrbio sistêmico importante, de difícil controle com impacto sobre a anestesia e cirurgia. | 1,80 – 4,30 |
| ASA 4 | Desordem sistêmica severa, potencialmente letal, com grande impacto sobre a anestesia e cirurgia. | 7,80-23,00 |
| ASA 5 | Moribundo. A cirurgia é a única esperança para salvar a vida. | 9,40 – 51,00 |
| Fonte:Novaes, MV. 2005 | | |

**II - Taxa de ocorrência de Úlcera de Decúbito - TUD:**
TUD é a relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera de decúbito em um determinado período e o número de saídas com o tempo de permanência.

**e) <u>DESEMPENHO NA QUALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE – UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO-UCT E NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH</u>**

**I-** A **CONTRATADA** deverá promover no mínimo 02 (duas) campanhas de coletas externas no trimestre;
**II-** Apresentar relatório, mensal, com o quantitativo de entrevistas realizadas com doadores considerados não aptos e aptos, número de coletas realizadas e o número de todas as transfusões realizadas
**III-** Implantar o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar -NVEH

**f) <u>AUDITORIA OPERACIONAL</u>**
A auditoria operacional tem por objetivo realizar revisão metodológica das atividades desenvolvidas em determinados setores e serviços do HRR, através das Comissões obrigatórias, com objetivo de averiguar se as atividades como a premissa de "avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do paciente". O que propicia, inevitavelmente, a apresentação de recomendações destinadas a melhorar o desempenho e aumentar o êxito do Hospital. Resultando na revisão as atividades operacionais e sua sistematização.

Neste Sentido a **CONTRATADA** deverá implantar e ou implementar e manter em pleno funcionamento as seguintes comissões e núcleo de acordo com a legislação do SUS vigente:

**I -** Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente;
**II -** Comissão de Ética Médica;
**III -** Comissão de Ética Multiprofissional;
**IV -** Comissão de Verificação de Óbitos;
**V -** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
**VI -** Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
**VII -** Comissão Interna de Integração Ensino e Serviço – CIES.

**g) DESEMPENHO NA ÁREA DE HUMANIZAÇÃO:**

A Política de Humanização da Assistência à Saúde oferece uma diretriz que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diferentes áreas da instituição de saúde, estimulando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facultem e estimulem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade.

Partindo dessa perspectiva, a Política de Humanização da assistência à Saúde aponta diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas:

- Acolhimento e atendimento dos usuários.
- Trabalho dos profissionais
- Lógicas de gestão e gerência

**RESUMO:**

**a) Desempenho na qualidade da informação:**

| OPERAÇÃO | PRODUTO | META | FONTE DE VERIFICAÇÃO | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-** Apresentar as Autorizações de Internações Hospitalares. | Dados enviados | 100% das AIH referentes às saídas independentes de criticas e de reapresentações | SISAIH | **10%** |
| **II-** Controle da origem de residência do usuário. | Relatório mensal | 100% dos usuários identificados por procedência de residência | Sistema de informação hospitalar | **10%** |

**b) Desempenho na área do controle social - Atenção ao Usuário:**

| OPERAÇÃO | PRODUTO | META | FONTE DE VERIFICAÇÃO | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-** Prover meios de escuta dos usuários<br>**II-** Resolução de queixas do usuário | Serviço de Atenção ao Usuário Implantado | Serviço a ser implementado a partir do 2° mês de contrato e resposta a 100% das demandas registradas | Relatório trimestral dos atendimentos realizados por tipo de demanda e encaminhamento realizado | **10%** |
| **III-** A pesquisa de satisfação do usuário: ambulatório, hospitalar e colaboradores. | Questionário a ser aplicado aos usuários, acompanhantes e colaboradores. | Apresentar o questionário a ser aplicado aos usuários<br>Aplicar o questionário aos usuários, acompanhantes e colaboradores partir do 2° mês de contrato. | Relatório dos dados resultantes da aplicação do instrumento no mês. | **10%** |

**c) Desempenho na qualidade da atenção a saúde - CCIH:**

| INDICADOR | MEMÓRIA DE CÁLCULO | META | FONTE | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-**Taxa de Infecção Hospitalar – TIH. | Relação percentual entre o número de episódios de infecções | A meta a ser atingida é o envio do relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção | Relatório da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Prontuário do Paciente. | **1%** |

| INDICADOR | MEMÓRIA DE CÁLCULO | META | FONTE | % |
|---|---|---|---|---|
| | hospitalares e o número de saídas no período. | Hospitalar e para a UTI, que contenham o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias. | | |
| **II-** Densidade de Infecção Hospitalar da UTI Adulto. | Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e na UTI no mês dividido pelo número de paciente dia na UTI no mês dividido pelo número de paciente-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000. | | | **2%** |
| **III-** Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea-CS associada a Cateter Venoso Central-CVC na UTI Adulto. | Número de episódios de infecção primária da corrente sanguínea/ Total de CVC dia X 1000 (mensal). | | | **2%** |
| **IV-** Densidade de Incidência (DI) de Pneumonias (Pnm) associada à Ventilação Mecânica (VM) em UTI adulta. | 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. | | | **2%** |
| **V-** Densidade de Incidência (DI) de Infecções no Trato Urinário (ITU) associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) em UTI adulto. | Número de episódios de ITU sintomática relacionada à cateter vesical de demora (CV) em pacientes internados na UTI adulta dividido pelo número de cateter vesical-dia, multiplicado por 1.000. | | | **2%** |
| **VI-** Taxa de revisão de prontuários pela comissão de CCIH. | Número de prontuários de pacientes com infecção revisados pela CCIH/total de prontuários de pacientes com infecção) X 100 (mensal). | A meta a ser atingida é o envio do relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.<br>100% dos prontuários revisados. | | **1%** |

**d) <u>Desempenho na qualidade de atenção a saúde – Centro Cirúrgico e Cuidados de Enfermagem:</u>**

| OPERAÇÃO | PRODUTO | META | FONTE DE VERIFICAÇÃO | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-** Taxa de Mortalidade Operatória. | Número de óbitos operatórios/ Número de cirurgias realizadas x100%. | Relatório mensal Medidas implementadas quando a taxa estiver acima dos parâmetros de acordo com a Classificação ASA. | Prontuário do Paciente e relatórios de produção do Centro Cirúrgico | 5% |
| **IV-**Taxa de ocorrência de Úlcera de Decúbito. | Número de pacientes com diagnóstico de úlcera de decúbito/ Número de saídas hospitalares com permanência superior a 05 dias. | Máximo de 5% | Prontuário do Paciente, relatórios de produção. | 6% |

**e) <u>Desempenho na qualidade de atenção a Saúde – Unidade de coleta e transfusão e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH</u>**

| OPERAÇÃO | PRODUTO | META | FONTE DE VERIFICAÇÃO | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-** Implantar o Núcleo de Hospitalar de Epidemiologia - **NVHE** | Núcleo implantado e em funcionamento | Meta inicial Núcleo constituído e implantado em até 3 meses | Portaria de constituição interna e encaminhamento dos documentos necessários para aprovação no Ministério da Saúde e registros das atas de reunião. Elaboração de 1 boletim epidemiológico hospitalar a cada trimestre. | 5% |
| **II-** Promover duas campanhas de coleta externa no trimestre | Coleta realizada | Realizar as campanhas externas (100%) | Relatórios descritivos das campanhas realizadas | 10% |
| II Relatório mensal com o quantitativo de entrevista realizada com doadores aptos e não aptos, numero de coletas realizada e o número de tosas as transfusões realizadas. | Relatório descritivo | Envio do relatório | Registro da UCT | 5% |

**f) <u>Auditoria Operacional</u>**

| OPERAÇÃO | PRODUTO | META | FONTE DE VERIFICAÇÃO | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-** Implantar a Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente; | Comissão implantada e em funcionamento | Meta Inicial: Comissão implantada em até 03 meses com a realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de rotinas e procedimentos implantado. Meta permanente: Reunião Mensal com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas. | Portaria de constituição e registro das atas | **2%** |
| **II-** Implantar a Comissão de Ética Médica; | | | | **2%** |
| **III-** Implantar a Comissão de Ética Multiprofissional; | | | | **2%** |
| **IV-** Implantar a Comissão de Verificação de Óbitos; | | | | **2%** |
| **V-** Implantar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). | | | Portaria de constituição e registro das atas | **5%** |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



## g) Desempenho na Área de Humanização:

| OPERAÇÃO | PRODUTO | META | FONTE DE VERIFICAÇÃO | % |
|---|---|---|---|---|
| **I-** Implantar e manter Grupo de Trabalho em humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS. | Grupo de Trabalho Implantado. | Realizar pelo menos 01 treinamentos em Humanização aos colaboradores, por trimestre. | Programa e cronograma do treinamento executado (lista de presença e conteúdo) no trimestre. | **6%** |

**ANEXO – II**
**SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA E EXECUÇÃO FINANCEIRA**

**1. INTRODUÇÃO:**
Este Anexo tem por finalidade estabelecer as regras e o Cronograma do Sistema de Transferência de Recursos Financeiros destinados ao **O HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS – HRR,** para fins de custeio das despesas e investimento, podendo ser alterado por meio de termos aditivos.

**2. TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FINANCEIROS:**
**2.1.** Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato de Gestão serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas da **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações, auxílios, contribuições e subvenções de outras instituições nos termos de seu Estatuto Social.

**2.2.** O valor aprovado para o presente Contrato de Gestão, para fins de custeio e investimento, no **HRR** são de:

**a)** O valor global e inicial será de **R$ XXXXXXXXXXXXXX** (_____), sendo a importância de **R$ XXXXXXXXXXXXX** (_____), destinado ao **custeio**, e o valor de **R$ XXXXXXXXXXXXX** (_____), destinado aos **investimentos** no **HRR**;

**b)** A transferência do recurso de **custeio do HRR** será efetuada no primeiro mês (de transição) no valor correspondente a 10% (dez por cento) do valor mensal de **R$ XXXXXXXX** (_____), e nos demais meses o valor mensal, será de **R$ X.XXX.XX,XX** (_____).

**c)** O valor destinado aos investimentos iniciais no **HRR** será de **R$ XXXXXXXXXXXXX** (_____), a ser desembolsado pela **CONTRATANTE** em uma única parcela, até o dia 10 (dez) do mês de _____/2017.

**2.2.1.** Em caso de necessidade justificada de uso de OPME não prevista na tabela do SUS, a **CONTRATANTE/CPCG** deverá autorizar previamente o orçamento de uso e reembolsar na competência subsequente ao mês de utilização da OPME.

**2.2.2.** Considerando que o inicio das metas dos serviços de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Ortopedia depende do investimento inicial, enquanto estes serviços não estiverem implantados o valor correspondente a eles deverá ser descontado do valor mensal de custeio a ser transferido. Tal desconto deverá ser formalizado pela **CONTRATANTE/CPCG** nos processos mensais de transferência de recurso financeiro.

**2.3.** As transferências financeiras serão realizadas mediante ordem bancária, em moeda corrente, devendo ser desembolsado pela **CONTRATANTE** até o décimo dia de cada mês.

**2.4.** A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE/CPCG**, até o quinto dia do mês, para fins de instrução do processo de transferência de recurso, os seguintes documentos:

**a)** Recibo correspondente ao mês de competência;
**b)** Extrato das contas bancárias de custeio, investimento e reserva legal;
**c)** Os balancetes referentes ao mês anterior;
**d)** As certidões de regularidade fiscal abaixo descritas, dentro do prazo de validade:
- Certificado de Regularidade do FGTS - CRF;
- Certidão Referente a Pendências Tributárias e não Tributárias controladas pela

SEFAZ/MT, Para Fins de Recebimento da Administração Pública;
- Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e a Divida Ativa da União;
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT.

**2.5.** A **CONTRATADA** deverá abrir e movimentar os recursos financeiros recebidos, para a execução do objeto deste Contrato de Gestão, em conta(s) bancária(s) específica(s) e exclusiva, vinculada(s) ao **HRR**, preferencialmente junto a agencia do Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da Contratada.

**2.6.** Os recursos financeiros destinados ao custeio, investimento e reserva legal, deverão ser movimentados em contas bancárias específicas e distintas. E, enquanto não forem empregados em sua finalidade deverão ser aplicados no mercado financeiro, e os resultados dessa aplicação devem ser revertidos exclusivamente no objeto deste Contrato de Gestão.

**2.7.** A **CONTRATADA,** mensalmente, deverá efetuar depósitos na conta específica de reserva legal, com o recurso financeiro de custeio, correspondente ao percentual mínimo de 3% (três por cento), sendo este em moeda corrente, mediante aplicação financeira, podendo ser destinado para: provisões, rescisões e reclamatórias trabalhistas, ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, mesmo após o término do contrato de gestão, bem como em situações consideradas excepcionais, devendo neste caso ser analisado e autorizado pela Secretaria de Estado de Saúde.

**2.8.** Havendo saldo de custeio este poderá ser utilizado para novos investimentos, quando necessários, desde que justificado pela **CONTRATADA** e previamente aprovado pela **CONTRATANTE/CPCG.**

**2.9.** A **CONTRATADA** poderá solicitar a **CONTRATANTE** o reajuste do custeio destinado ao **HRR** quando ocorrer à publicação anual do dissídio coletivo dos empregados. Podendo ainda, a **CONTRATANTE** conceder o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro inicial deste Contrato de Gestão, desde que justificada e comprovada à necessidade, e precedido de aprovação do Secretário de Estado de Saúde e mediante pareceres favoráveis contábil e jurídico.

**2.10.** Na hipótese de haver atraso nas transferências financeiras a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios na conta bancária de custeio, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não transferidos, devendo ser informado previamente à **CONTRATANTE/ CPCG.**

**2.11.** Além dos recursos financeiros mencionados no item 2.2, fica autorizado à **CONTRATADA** a captar recursos públicos ou privados, respeitando os objetivos do presente Contrato, a natureza da contratada, a política de planejamento do SUS, devendo ser utilizados de forma complementar no custeio das atividades desenvolvidas no **HRR**, nos investimentos destinados a ampliação e melhoria dos serviços e da estrutura física, bem como na manutenção, atualização e renovação tecnológica, devendo a **CONTRATADA** informar e prestar contas deste recurso à **CONTRATANTE**.

**3. COMPOSIÇÃO DOS VALORES A SER TRANSFERIDOS:**

**3.1.** Conforme Anexo - I Plano de Metas no qual são descritas as ações, serviços atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores pactuados entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA,** as modalidades de atividade assistenciais descritas a seguir se referem à rotina do atendimento a serem ofertados aos usuários do **HRR**.

**3.2.** Conforme o disposto neste Anexo o valor mensal de custeio é de R$ XXXXXXXXX (_____), a serem transferido à **CONTRATADA** devendo ser subdividido da seguinte forma:

**a)** **60% (sessenta por cento)** do valor mensal que corresponde ao valor de **R$ X.XXX.XXX,XX** (_____), e compõe-se de acordo com os pesos abaixo indicados, para cada modalidade de atividade assistencial, será aplicado da seguinte forma:

**I-** **Despesas de custeio e manutenção da assistência ambulatorial: X,XX%** (_____), que corresponde ao valor mensal de **R$ XXX.XXX,XX** (_____);

**II-** **Despesa de custeio e manutenção da assistência no atendimento de urgência/emergência: XX,XX%** (_____), que corresponde ao valor mensal de **R$ XXX.XXX,XX** (_____);

**III-** **Despesa de custeio e manutenção da assistência no Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**:

- **SADT Ambulatorial Interno e Externo: X,XX%** (_____), que corresponde ao valor mensal de **R$ XXX.XXX,XX** (_____).
- **SADT urgência/emergência: X,XX%** (_____) que corresponde ao valor mensal de **R$ XXX.XXX,XX** (_____).

**IV-** **Despesa de custeio e manutenção da assistência no serviço de internação (saída) hospitalar: XX,XX%** (_____), que corresponde ao valor mensal de **R$ XXX.XXX,XX** (_____);

**V-** **Despesa de custeio e manutenção da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Adulto: XX,XX%** (_____), que corresponde ao valor de **R$ XXX.XXX,XX** (_____);

**VI-** **Despesa de custeio e manutenção da Unidade de Coleta e Transfusão - UCT: X,XX%** (_____), que corresponde ao valor mensal de **R$ XX.XXX,XX** (_____);

**VII-** **Despesa de custeio e manutenção do Serviço de Transporte Sanitário: X,XX%** (_____),que corresponde ao valor mensal de **R$ XX.XXX,XX** (_____).

**b)** A avaliação das metas quantitativas que corresponde a 60% (sessenta por cento) do valor de custeio será realizada, mensalmente, contudo, ao final de cada Trimestre de execução contratual, a **CONTRATANTE** verificará e avaliará os desvios ocorridos (para maior ou para menor) em relação às quantidades pactuadas, realizando os devidos descontos em caso do não atingimento das metas, conforme Anexo - I deste Contrato de Gestão;

**c)** Dependendo da avaliação mencionada no item anterior, poderá resultar em repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, acordada entre as partes nas respectivas reuniões;

**d)** As repactuações trimestrais não anulam a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas, e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem sobre as atividades prestadas, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência prestada.

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


**3.3.** A avaliação das metas qualitativas que corresponde a 40% (quarenta por cento), do custeio mensal no valor de **R$ X.XXX.XXX,XX** (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), terá sua valoração financeira com periocidade trimestral, sob a ótica binaria do cumprimento ou não cumprimento, devendo a **CONTRATANTE** realizar os devidos descontos em caso do não atingimento das metas pactuadas, conforme Anexos – I e II deste Contrato de Gestão.

**3.4.** Os descontos financeiros previstos neste Contrato de Gestão, caso não haja o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, ou qualquer outra apuração de descontos, podem ser parcelados por acordo entre as partes, para que não haja inviabilidade da assistência prestada pelo **HRR.**

**4. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE VALORAÇÃO**

**4.1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS PACTUADAS:** A análise das atividades pactuadas constantes deste documento será efetuada conforme explicitado nos quadros abaixo.

Os desvios para maior ou para menor serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial que está detalhada no Anexo – I:

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



### 4.1.1 PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL:

| **Quadro 1** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas **dos procedimentos clínicos em consultas médicas** especializadas contratadas **no serviço de ambulatório**, segundo as faixas de variações das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| **Consulta especializada** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| **...Cardiologia:** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Cirurgia Geral** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Cirurgia Pediátrica** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **... Cirurgia Vascular** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Neurologia** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Oftalmologia** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Otorrinolaringologia** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Proctologia** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| **Quadro 1** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas **dos procedimentos clínicos em consultas médicas** especializadas contratadas **no serviço de ambulatório**, segundo as faixas de variações das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| **Consulta especializada** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| **...Ortopedia** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |
| **...Urologia** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |

| **Quadro 2** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas **dos procedimentos clínicos em consultas não médicas** especializadas contratadas, **no serviço de ambulatório** segundo as faixas de variações das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| **Consulta especializada** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| **...Tratamento odontológico buco maxilo facial** | | | | | | | |
| Primeira Consulta | | | | | | | |
| Consulta Subsequente | | | | | | | |

| **Quadro 3** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos **procedimentos cirúrgicos/aparelho da visão** contratadas, **no serviço de ambulatório** segundo as faixas de variações das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| **Procedimentos** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Cirurgia de Pterígio, calásio e outros). | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | | | |

### 4.1.2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA:

| **Quadro 04** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos **procedimentos de consulta** contratadas **no serviço de urgência e emergência**, segundo as faixas de variações das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| **Procedimentos urgência e emergência** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | Superior a 100%(R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Consulta médica especializada na urgência. | | | | | | | |
| ...Atendimento de urgência especializada com observação até 24 horas. | | | | | | | |
| ...Atendimento de urgência especializada. | | | | | | | |
| ...Atendimento ortopédico com imobilização provisória. | | | | | | | |
| ...Administração de medicamento na atenção especializada (por paciente). | | | | | | | |
| ...Consulta especializada de profissional nível superior (exceto médico). | | | | | | | |

| **Quadro 5** | Descritivo financeiro (R$) das metas quantitativas (n**) dos procedimentos cirúrgicos no serviço de emergência/emergência** (n) contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| **Urgência emergência** | META (n) | 60% do valor de custeio (R$) | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa | | | | | | | |
| ...Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço | | | | | | | |
| ...Cirurgia do aparelho da visão. | | | | | | | |
| ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | | | |

| **Quadro 5** | Descritivo financeiro (R$) das metas quantitativas (n**) dos procedimentos cirúrgicos no serviço de emergência/emergência** (n) contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Urgência emergência** | META (n) | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Cirurgia outras especialidade de media complexidade. | | | | | | | |

| **Quadro 6** | Descritivo financeiro (R$) das metas quantitativas (n**) dos procedimentos especiais em hemoterapia no serviço de urgência e emergência** (n) contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hemoterapia** | META (n) | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Procedimento para obtenção do sangue para assistência hemoterapia. | | | | | | | |

### 4.1.3. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO (SADT):

### I - Procedimento com finalidade diagnóstico ambulatorial eletivo

| **Quadro 7** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos **procedimentos com finalidade diagnostica (SADT) do serviço de ambulatório eletivo (interno e externo**) contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SADT ambulatório interno e externo** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ....Biopsia de próstata | | | | | | | |
| ....Biopsia de trato Urinário | | | | | | | |
| ....Biopsia de tireoide | | | | | | | |
| ....Outras pequenas cirurgias/biopsias | | | | | | | |
| Diagnóstico em laboratório clínico | | | | | | | |
| Exame anatomopatológico | | | | | | | |
| Diagnostico por radiologia | | | | | | | |
| ...Exame radiológico em geral | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO



| **Quadro 7** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos **procedimentos com finalidade diagnostica (SADT) do serviço de ambulatório eletivo (interno e externo**) contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. |
|---|---|

| **SADT ambulatório interno e externo** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| (agendamento) | | | | | | | |
| ...Exame radiológico em geral (retorno) | | | | | | | |
| USS Abdômem total | | | | | | | |
| USS bstétrico | | | | | | | |
| USS morfologico | | | | | | | |
| Ecocardiografia | | | | | | | |
| Ecocardiografia **tranfontanela** | | | | | | | |
| Ultrassom demais sistemas | | | | | | | |
| Tomografia sem sedação | | | | | | | |
| Tomografia com sedação | | | | | | | |
| Tomografia com contraste | | | | | | | |
| Ressonância Magnética sem sedação | | | | | | | |
| Ressonância Magnética sem sedação com contraste | | | | | | | |
| Ressonância Magnética com sedação | | | | | | | |
| Ressonância Magnética com sedação com contraste | | | | | | | |
| Esofagogastroduodenoscopia | | | | | | | |
| Colonoscopia/Retossigmoidoscopia | | | | | | | |
| Broncoscopia | | | | | | | |
| Biometria ultrassónica monocular | | | | | | | |
| Tonometria | | | | | | | |
| Esperinometria. | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


### II - Procedimento com finalidade diagnóstica do serviço de urgência/emergência

| **Quadro 8** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos **procedimentos com finalidade diagnostica (SADT) do serviço de urgência/emergência** contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SADT urgência/ emergência** | **META (n)** | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| Diagnóstico em laboratório clínico | | | | | | | |
| Diagnóstico por radiologia | | | | | | | |
| Ultrassom demais sistemas | | | | | | | |
| Diagnóstico por tomografia | | | | | | | |
| Esofagogastroduodenoscopia | | | | | | | |
| Colonoscopia | | | | | | | |
| Broncoscopia | | | | | | | |
| Métodos diagnósticos em especialidade | | | | | | | |

### 4.1.4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SAÍDA HOSPITALAR:
### I - Saída hospitalar – Cuja porta de entrada de originou no serviço de urgência/emergência:

| **Quadro 09** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos procedimentos de **saídas hospitalares** cuja porta de entrada se originou do **serviço de urgência/emergência** contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Saídas hospitalares - urgência/ Emergência** | **META** | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ..Tratamentos clínicos em especialidades | | | | | | | |
| ..Tratamento clínico decorrente de envenenamentos/causas externas | | | | | | | |
| ..Tratamentos clínicos em especialidades Clínica pediátrica | | | | | | | |
| ...Cirurgia das vias aéreas sup, da face, da cab e do pescoço. | | | | | | | |
| ...Cirurgia Oftalmológica | | | | | | | |
| ...Cirurgia Neurológica | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| **Quadro 09** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos procedimentos de **saídas hospitalares** cuja porta de entrada se originou do **serviço de urgência/emergência** contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Saídas hospitalares - urgência/ Emergência** | **META** | 60% do valor de custeio (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Cirurgia vascular | | | | | | | |
| ...Cirurgia Geral | | | | | | | |
| ...Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica) | | | | | | | |
| ...Cirurgias outras especialidades. | | | | | | | |
| ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | | | |
| ...Buco maxilo facial. | | | | | | | |
| ...Cirurgia pediátrica geral. | | | | | | | |
| ...Cirurgia pediátrica ortopédica. | | | | | | | |
| ...Cirurgia sistema nervoso central e periférico . | | | | | | | |
| ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | | | |

**Saída hospitalar:** Na modalidade de Hospital Dia

| **Quadro 11** | Descritivo financeiro (R$) das metas (n) quantitativas dos procedimentos **de saídas hospitalares** na modalidade de hospital dia contratados, segundo as faixas de variação das metas (%) realizadas. | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Saídas hospitalares ambulatório eletivo** | **META** | 60% do valor quantitativo (R$) | **Variação das metas (%) realizadas e desconto financeiro (R$)** | | | | |
| | | | Superior a 100% (R$) | Entre 90% a 100% (R$) | Entre 70% a 89,99% (-10%) (R$) | Entre 55% a 69,99% (-30%) (R$) | Menor que 55% (-45%) (R$) |
| ...Cirurgia das vias aéreas superiores (otorrino). | | | | | | | |
| ...Cirurgia oftalmológica (focoemulsificação com implante de lente rígida) | | | | | | | |
| ...Cirurgia vascular | | | | | | | |
| ...Cirurgia geral | | | | | | | |
| ...Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica). | | | | | | | |
| ...Cirurgia do aparelho digestivo (proctologia) | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 – RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO – CPA
78.050-970 – CUIABÁ-MATO GROSSO



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ...Cirurgias outras especialidades. | | | | | | | |
| ...Cirurgia do sistema osteomuscular. | | | | | | | |
| ...Cirurgia pediátrica geral. | | | | | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


**4.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS:**
Os valores e percentuais apontados na tabela inserida Anexo - II, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor a ser transferido, conforme especificado no Item 3.3 deste Anexo.

**5. APLICAÇÃO DO RECURSO DE INVESTIMENTO**
**5.1.** A aplicação do recurso financeiro em investimentos deve obedecer ao estabelecido neste Anexo e na Cláusula Décima Primeira deste Contrato de Gestão, e caso haja necessidade de alterações esta deve ser aprovada pela **CONTRATANTE/CPCG** e suas respectivas alterações devem ser formalizadas por meio de termo aditivo.

**5.2.** O recurso de investimento previsto no Item 2 deste Anexo, deverá ser movimentado em conta bancária específica para essa finalidade, devendo ser aplicado na aquisição dos produtos abaixo relacionados:

| PRODUTOS | Quantidade | Valor (R$) unitário | Valor (R$) Total |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Total - Investimento** | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


## ANEXO – III
## PLANILHA ESTIMADA DE CUSTO

| Clínica de Internação | Especialidades de internação | TOO | Nº Leitos | TMP Dia | Usuário Dia | Nº Saídas Mês | Nº Saídas/ Ano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tratamento Clínico** | Tratamento clínico em outras especialidades | | | | | | |
| | Doenças Crônicas | | | | | | |
| | Pneumologia sanitária | | | | | | |
| | Psiquiatria | | | | | | |
| Tratamento em Neurologia | Tratamento clínico em neurologia | | | | | | |
| Tratamento em Neurologia | Cirurgia do Sistema Nervoso | | | | | | |
| **Tratamento em Cirurgia** | Clínica Cirúrgica Geral | | | | | | |
| Cirúrgico Pediátrico | Clínica Cirúrgica Geral Pediatria | | | | | | |
| Cirúrgico Ortopédico/Traumatologia | Clínica Cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial | | | | | | |
| Cirúrgico | Hospital Dia | | | | | | |
| **Sub-Total** | | | | | | | |
| UTI adulto | | | | | | | |
| **Sub-Total** | | | | | | | |
| Emergência | | | | | | | |
| **Sub-Total** | | | | | | | |

**Legenda:** TOO – Taxa de Ocupação Operacional
TMP – Tempo Médio de Permanência

| Clínica de Internação | Internação Especialidade | PD (R$)* usuário dia | Usuário dia | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| **Tratamento Clínico** | Tratamento clínico em especialidades | | | |
| | Doenças Crônicas | | | |
| | Pneumologia sanitária | | | |
| | Psiquiatria | | | |
| Tratamento em Neurologia | Tratamento clínico em neurologia | | | |
| Tratamento em Neurologia | Cirurgia do Sistema Nervoso | | | |
| **Tratamento em Cirurgia** | Clínica Cirúrgica Geral | | | |
| Cirúrgico Pediátrico | Clínica Cirúrgica Geral Pediatria | | | |
| Cirúrgico Ortopédico | Clínica Cirúrgica do sistema osteomuscular e buco maxilo facial | | | |

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| Clínica de Internação | Hospital dia | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| Clínica Cirurgica | Cirurgia das vias aéreas superiores (otorrino). | | | |
| | Cirurgia oftalmológica (focoemulsificação com implante de lente rígida) | | | |
| | Cirurgia vascular | | | |
| | Cirurgia geral | | | |
| | Demais cirurgias do aparelho geniturinário (urológica) | | | |
| | Cirurgia do aparelho digestivo (proctologia) | | | |
| | Cirurgias outras especialidades | | | |
| | Cirurgia do sistema osteomuscular | | | |
| | Cirurgia pediátrica geral | | | |
| | **Sub-Total** | | | |

**Legenda:** UP – Unidade por Procedimento.

| | UTI Adulto | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| UTI | Diária | | | |
| | **Sub-Total** | | | |

| | Ambulatório | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Consulta ambulatorial (TODAS AS CONSULTAS) | | | |
| | Consulta de neurologia | | | |
| | Consulta neurocirurgia | | | |
| | **Custo ambulatório/mês** | | | |

| | Urgência/Emergência Procedimentos clínicos | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Consulta médica especializada na urgência | | | |
| | Atendimento de urgência especializada com observação até 24 horas | | | |
| | Atendimento de urgência especializada | | | |
| | Atendimento ortopédico com imobilização provisória | | | |
| | Administração de medicamento na atenção especializada (por usuário). | | | |
| | Consulta especializada de profissional nível superior (exceto médico) | | | |
| | **Custo Urgência/Emergência/mês (I)** | | | |

| | Urgência/Emergência Procedimentos Cirúrgicos | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa | | | |
| | Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço. | | | |
| | Cirurgia do aparelho da visão | | | |
| | Cirurgia do sistema osteomuscular | | | |
| | Cirurgia outras especialidade de media complexidade | | | |
| | **Custo Urgência/Emergência/mês (II)** | | | |

| | SADT AMBULATORIO ELETIVO | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Coleta material punção/biópsia do trato urinário | | | |
| | Coleta material punção/biópsia tireoide | | | |
| | Coleta material punção/biópsia próstata | | | |
| | Outras pequenas cirurgias /biopsias | | | |
| | Diagnóstico e laboratório clínico | | | |
| | Diagnóstico por radiologia geral agendamento | | | |
| | Diagnóstico por radiologia de controle retorno | | | |
| | USS de abdômen total | | | |
| | USS demais sistemas | | | |
| | USS obstétrico | | | |
| | Ecocardiografia | | | |
| | Tomografia sem sedação | | | |
| | Tomografia com sedação | | | |
| | Tomografia com contraste e sedação | | | |
| | Ressonância Magnética SEM sedação | | | |
| | Ressonância Magnética SEM sedação COM contraste | | | |
| | Ressonância Magnética COM sedação | | | |
| | Ressonância Magnética COM sedação COM contraste | | | |
| | Esofagogastroduodenoscopia | | | |
| | Colonoscopia/Retossigmoidoscopia | | | |
| | Broncoscopia | | | |
| | Biometria ultrassônica monocular | | | |
| | Tonometria | | | |
| | Espirometria | | | |
| | **Custo SADT Eletivo/mês** | | | |
| | | | | |
| | **OPME** | | | |

| | UCT (Unidade de Coleta e Transfusão) | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|
| | Procedimento para obtenção do sangue para assistência hemoterapia | | | |
| | **Custo UCT mês** | | | |
| | | | | |
| | **Transporte Sanitário** | | | |

| | SADT urgência/emergência | Custo UP | Nº | Custo por serviço |
|---|---|---|---|---|

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Diagnóstico e laboratório clinico | | | |
| | Diagnóstico por radiologia geral | | | |
| | Ultrassom demais sistemas | | | |
| | Tomografia | | | |
| | Endoscopia Gastroduodenoscopia | | | |
| | Colonoscopia | | | |
| | Broncoscopia | | | |
| | Métodos diagnósticos em especialidade | | | |
| | **Custo SADT urgência/emergência** | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Custo Total/mês** | | | |
| | **Custo Total/ano** | | | |

## ANEXO – VI
## TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

**Termo de Permissão de Uso de bens móveis que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde e a(o) _____, Organização Social qualificada no Estado de Mato Grosso, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis localizados no HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS, para os fins que se destina.**

O **ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT**, inscrita no CNPJ n. 04.441.389/0001-61, com sede no Centro Político e Administrativo – CPA, Bloco 05, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade RG nº 019771 SSP/MT e CPF nº 138.731.301-06, residente e domiciliado na Rua Rui Barbosa, 134, Apto. 1001, Bairro Goiabeiras no Município de Cuiabá no Estado de Mato Grosso, doravante denominada **PERMITENTE**, e de outro lado a (o) _____entidade filantrópica, inscrita no CNPJ nº XX.XXX.XXX/XXX-XX, com sede na _____, CEP XXXXX-XXX, no Município de _____, Estado de _____, neste ato representada _____, brasileira(o), estado civil, portadora da cédula de identidade RG nº XXXXXXXXX SSP/XX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO, RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

**1.** O presente instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso, gratuito dos bens móveis, localizados no Hospital Regional de Rondonópolis, conforme inventário de bens anexo a este Instrumento.

**1.1.** Este Termo de Permissão de Uso de bens móveis é parte integrante do Contrato de Gestão n. XX/2017.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

**2.** O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a Utilizar os bens cedidos, exclusivamente, para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde, devendo:

**a)** Guardar/manter os bens no **HRR**, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização da **PERMITENTE;**

**b)** Em nenhuma hipótese, emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, alienar de qualquer forma, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanente, 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**.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DA OBRIGAÇÃO DAS PARTES

**3.** A **PERMITENTE** se compromete a:

**a)** Por força do presente instrumento cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste instrumento;

**b)** Fazer o acompanhamento de todos os bens objeto deste instrumento, a fim de que tenha o controle de sua localização e forma de utilização;
**c)** Ao final do Contrato de Gestão a **PERMITENTE** deverá conferir e receber todos os bens permitidos em uso, adotando todos os procedimentos necessários para que se cumpra o presente instrumento.

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

**I)** Vistoriar os bens ora cedidos, juntamente com a **PERMITENTE,** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato de Gestão, devendo:
**a)** Emitindo laudo de vistoria atestando o bom estado de funcionamento dos bens;
**b)** Formalizar a devolução dos bens que não estiverem em condições de uso, bem como, aqueles que não serão utilizados por algum motivo.
**II)** Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste instrumento;
**III)** O **PERMISSIONÁRIO** fica responsável por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como, pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado;
**IV)** Efetuar o pagamento do seguro obrigatório e licença dos veículos sob sua responsabilidade;
**V)** Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens ora cedidos, sem a prévia e expressa anuência da **PERMITENTE;**
**VI)** Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;
**VII)** Responsabiliza-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento à **PERMITENTE;**
**VIII)** Informar imediatamente à **PERMITENTE** caso os bens objeto desta permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros;
**IX)** Comunicar à **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste instrumento;
**X)** Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal nomear à **PERMITENTE** à autoria;
**XI)** Apresentar Boletim de Ocorrência à **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso;
**XII)** Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá ser imediatamente comunicado à **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada dos fatos e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso;
**XIII)** Apresentar, anualmente, ou quando solicitado pela PERMITENTE Inventário físico /Financeiro dos bens moveis por unidade de localização dos itens constantes no anexo desse instrumento;
**XIV)** Formalizar para a PERMITENTE a devolução de bens ociosos ou inservíveis, apresentando sempre o laudo de desinfecção hospitalar quando for o caso.

## CLÁUSULA QUARTA – DA DOAÇÃO E PATRIMONIAMENTO

**4.** O **PERMISSIONÁRIO** deverá comunicar à **PERMITENTE** após as aquisições e doações de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência.

**4.1.** Mensalmente, o **PERMISSIONÁRIO** formalizará a doação dos bens adquiridos a **PERMITENTE.**

**4.2.** Concluído o processo de doação dos bens adquiridos a **PERMITENTE** deverá incorporá-los no sistema SIGPAT e proceder a seus respectivos tombamentos.

**4.3.** Trimestralmente a **PERMITENTE** deverá atualizar, por meio de termo aditivo, a relação de

bens anexa a este Termo de Permissão de Uso.

## CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA, PUBLICAÇÃO E ALTERAÇÕES

**5.** O presente instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. 0XX/2017;

**5.1.** A **PERMITENTE** publicará o extrato deste instrumento, no D.O.E, no prazo de 20 (vinte) dias, a contar de sua assinatura, juntamente com o Contrato de Gestão.

**5.2.** Esse instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta Permissão.

## CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIAS

**6.** As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas nos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário;

**6.1.** A **PERMITENTE** acompanhará os bens ora cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação**.**

## CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO, PERMUTA E SUBSTITUIÇÃO

**7.** Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e, sendo desaconselhável economicamente o seu conserto ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:
**a)** Ressarcir a **PERMITENTE** no valor de marcado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato;
**b)** Adquirir outro bem, de igual valor e forma para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

**7.1.** 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.**

**7.2.** A **PERMITENTE** poderá solicitar do **PERMISSIONÁRIO** a substituição de qualquer produto, material, recursos ou equipamentos, cujo uso considere inadequado e/ou prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades.

## CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUÍÇÃO E DEVOLUÇÃO

**8.** O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir a **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste instrumento.

**8.1.** O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento do objeto do Contrato de Gestão.

## CLÁUSULA NONA – DO FUNDAMENTO LEGAL E OMISSÕES

**9.** O presente instrumento tem fundamento, nos termos do artigo 13 da Lei Complementar n. 11.107 de 06/04/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas no Contrato de Gestão n. XXX/2017.

**9.1.** Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas nesse Termo de Permissão, em decorrência de sua execução, serão dirimidos mediante acordo entre as partes, bem como, pelas regras e princípios do direito público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

## CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

**10.** 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 30 (trinta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

**10.1.** Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

**11.** As partes elegem o foro de Cuiabá como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Cuiabá, XX de _____ de 2017.

_____
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

_____
Organização Social

**TESTEMUNHAS:**

Nome:
RG n.
CPF n.

Nome:
RG n.
CPF n.

+55 65 3613-5310 - RUA D, QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO 05
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO - CPA
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO


## ANEXO – VII
## TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

**Termo de Permissão de Uso de bem imóvel que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde e a(o) _____, Organização Social qualificada no Estado de Mato Grosso, que visa autorizar o uso do imóvel denominado, HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS, para os fins que se destina.**

O **ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT**, inscrita no CNPJ n. 04.441.389/0001-61, com sede no Centro Político e Administrativo – CPA, Bloco 05, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade RG nº 019771 SSP/MT e CPF nº 138.731.301-06, residente e domiciliado na Rua Rui Barbosa, 134, Apto. 1001, Bairro Goiabeiras no Município de Cuiabá no Estado de Mato Grosso, doravante denominada **PERMITENTE**, e de outro lado a (o) _____entidade filantrópica, inscrita no CNPJ nº XX.XXX.XXX/XXX-XX, com sede na _____, CEP XXXXX-XXX, no Município de _____, Estado de _____, neste ato representada _____, brasileira(o), estado civil, portadora da cédula de identidade RG nº XXXXXXXXXX SSP/XX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO, RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

**1.** O presente instrumento é parte integrante do Contrato de Gestão n. 0XX/2017, e tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, pertence ao Estado de Mato Grosso, localizado na XXXX, Estado de Mato Grosso, onde atualmente funciona o **HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS**, com área total medindo XXXX m²; que envolve todo complexo hospitalar.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

**2.** O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde, não podendo dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **Unidade Hospitalar** (conforme Contrato de Gestão n. 0XX/2017), sob pena de responder por perdas e danos.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

**3.** A **PERMITENTE** se compromete, por força do presente instrumento, permitir o uso pelo **PERMISSIONÁRIO**, a título gratuito, do imóvel descrito na Cláusula Primeira deste instrumento.

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

**a)** Vistoriar o imóvel, juntamente com a **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato de Gestão, emitindo termo de vistoria atestando o estado de conservação do imóvel;

**b)** Zelar pelo perfeito estado do imóvel, mantendo-o em perfeitas condições de higiene e conservação, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na Cláusula Segunda;

**c)** Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias;

**d)** Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente instrumento estiver vigente;

**e)** No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n. XX/2017, restituir a área cedida nas mesmas condições em que recebeu, respeitada a depreciação natural do imóvel e o termo de vistoria;

**f)** Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE;**

**g)** Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste instrumento, ao imóvel ora cedido.

**h)** É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da **PERMITENTE.**

## CLÁUSULA QUARTA– DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

**4.** O presente instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. XXX/2017;

**4.1.** A **PERMITENTE** publicará o extrato deste instrumento, no D.O.E, no prazo de 20 (vinte) dias, a contar de sua assinatura, juntamente com o Contrato de Gestão.

**4.2.** Esse instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões de obrigações, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta Permissão.

## CLÁUSULA QUINTA– DA BENFEITORIA

**5.** As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

**5.1.** A **PERMITENTE** deverá monitorar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação**.**

## CLÁUSULA SEXTA– DO FUNDAMENTO LEGAL E OMISSÕES

**6.** O presente instrumento tem fundamento, no §3º do artigo 4º da Lei Complementar n. 11.107 de 06/04/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste termo e no Contrato de Gestão n. XXX/2017.

**6.1.** Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas nesse Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidos mediante acordo entre as partes, bem como, pelas regras e princípios do direito público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

**7.** As partes poderão rescindir o presente instrumento 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 30 (trinta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

**7.1.** Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

**CLÁUSULA OITAVA – DO FORO**

**8.1**. As partes elegem o foro de Cuiabá como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Cuiabá, XX de _____ de 2017.

_____
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

_____
Organização Social

**TESTEMUNHAS:**

Nome:
RG n.
CPF n.

Nome:
RG n.
CPF n.

## ANEXO – VII
## TERMO DE CESSÃO DE SERVIDORES

**Termo de Cessão de Servidores que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde e a(o) _____, Organização Social qualificada no Estado de Mato Grosso, com o objetivo de formalizar a cedência dos servidores do Estado lotados no HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS, para os fins que se destina.**

O **ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT**, inscrita no CNPJ n. 04.441.389/0001-61, com sede no Centro Político e Administrativo – CPA, Bloco 05, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES**, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade RG nº 019771 SSP/MT e CPF nº 138.731.301-06, residente e domiciliado na Rua Rui Barbosa, 134, Apto. 1001, Bairro Goiabeiras no Município de Cuiabá no Estado de Mato Grosso, doravante denominada **CEDENTE**, e de outro lado a (o) _____entidade filantrópica, inscrita no CNPJ nº XX.XXX.XXX/XXX-XX, com sede na _____, CEP XXXXX-XXX, no Município de _____, Estado de _____, neste ato representada _____, brasileira(o), estado civil, portadora da cédula de identidade RG nº XXXXXXXXX SSP/XX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, neste ato denominado **CESSIONÁRIO, RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE CESSÃO DE SERVIDORES**, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

**1.** O presente instrumento tem por objeto a cessão de servidores efetivos, exclusivamente, do Quadro de Pessoal da SES/MT, lotados no **Hospital Regional de Rondonópolis** para _____, com a finalidade de atuação no desenvolvimento/execução das atividades pactuadas no Contrato de Gestão n. XX/2017, em consonância com os respectivos perfis profissionais, e conforme relação anexa a este termo.

**1.2.** As cedências de que trata este instrumento serão realizadas com ônus para o órgão de origem, conforme Art. 73 da Lei Complementar n. 441/2011 e §3º do Art.31 da Lei Complementar n. 583/2017, devendo ser garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

**2.** A **CEDENTE** se compromete a:
**I-** Ceder e colocar os servidores relacionados no anexo deste termo à inteira disposição do **CESSIONÁRIO**;
**II-** Efetuar regularmente o pagamento dos subsídios e respectivos encargos sociais dos servidores cedidos, mencionados no presente Termo, observado o enquadramento funcional na carreira a qual esteja vinculado;
**III-** Garantir aos servidores cedidos todos os direitos e vantagens assegurados por Lei, comunicando o **CESSIONÁRIO** quaisquer alterações;
**IV-** Manter atualizado os registros funcionais dos servidores ora cedidos;
**V-** Na hipótese de falta funcional grave ou de falta disciplinar praticada pelos servidores cedidos, e depois de documentado e relatado pelo **CESSIONÁRIO,** a **CEDENTE** intervirá com processo administrativo para apuração dos fatos, e se for o caso, aplicar as sanções cabíveis;

**VI-** Promover a aplicação da Avaliação de Desempenho dos aludidos servidores, conforme normas específicas;
**VII-** As licenças e afastamentos previstos em lei serão concedidos pela **CEDENTE,** após manifestação do **CESSIONÁRIO**;
**VIII-** Responsabilizar-se, através da Superintendência de Gestão de Pessoas – SGP, pelo acompanhamento e controle da vida funcional e pelo recebimento das solicitações referentes a férias, licenças, afastamentos, avaliação de desempenho dos servidores cedidos;

**2.1.** O **CESSIONÁRIO** se compromete a:
**I-** Colaborar nas ações implementadas e acompanhar as ações e os resultados das atividades desenvolvidas pelos servidores cedidos;
**II-** Encaminhar à **CEDENTE** relatório mensal de frequência dos servidores cedidos, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês subsequente ao período trabalhado;
**III-** Administrar o registro de frequência, controle da pontualidade, concessão de férias anuais e se manifestar nas licenças e afastamentos que o caso requeira;
**IV-** Encaminhar a **CEDENTE** a escala de férias dos servidores de que trata o presente Termo, até o dia 01 de dezembro de cada ano, referente ao exercício seguinte;
**V-** Disponibilizar aos servidores cedidos os meios efetivos e necessários à sua capacitação, aprimoramento e atualização profissional, objetivando o bom desempenho de seu *mister*, durante a vigência do presente termo;
**VI-** Orientar os servidores cedidos quanto ao aspecto de conduta funcional e demais normas procedimentais do **CESSIONÁRIO**;
**VII-** Zelar pelo bem estar profissional e pessoal dos servidores cedidos;
**VIII-** Direcionar as ações dos profissionais da área de saúde, ora cedidos, para o atendimento exclusivo às atividades do Sistema Único de Saúde - SUS/MT;
**IX-** Enviar a **CEDENTE** todos os documentos pertinentes aos servidores cedidos;
**X-** Não ceder a qualquer instituição pública ou privada os servidores de que trata este instrumento, sem a prévia e expressa autorização da **CEDENTE**;
**XI-** Comunicar à **CEDENTE** quando da ocorrência de advertência, falta funcional grave, falta disciplinar ou outras, praticadas pelos servidores cedidos;
**XII-** Encaminhar à **CEDENTE** quaisquer eventos relativos à vida funcional dos servidores cedidos.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DA LICENÇA E APOSENTADORIA

**3.** Compete à Coordenadoria de Perícia Médica do Estado realizar inspeção para a concessão de licença para tratamento de saúde e aposentadoria por invalidez dos servidores cedidos, devendo os respectivos laudos serem encaminhados à **CEDENTE.**

**3.1.** Computar o tempo de serviço prestado para todos os efeitos legais, inclusive promoção por antiguidade e aposentadoria, vinculada, quando for o caso, ao desconto previdenciário próprio dos servidores públicos do Estado.

## CLÁUSULA QUARTA – DOS SERVIDORES CEDIDOS

**4.** A designação dos servidores para fins de cedência será prerrogativa discricionária da **CEDENTE**, podendo ser revogada, por interesse público, a qualquer momento.

**4.1.** A relação e dados funcionais dos servidores designados para cedência constarão no anexo que integra o presente instrumento.

## CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA E ALTERAÇÕES

**5.** O presente instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. 0XX/2017.

**5.1**. O presente Termo de Cessão de Servidores poderá ser alterado, inclusive para acréscimo e supressão nas obrigações das partes, desde que haja comum acordo dos pactuantes, mediante celebração de Termo Aditivo, observando-se obrigatoriamente a legislação vigente.

## CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

**6.** Os recursos financeiros, correspondentes à execução do presente Termo, ficarão restritos à garantia do pagamento da remuneração dos servidores cedidos e respectivos encargos sociais, observando-se a dotação prevista no orçamento anual pela **CEDENTE**.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DO FUNDAMENTO LEGAL E OMISSÕES

**7.** O presente instrumento tem fundamento, nos termos do artigo 13 da Lei Complementar n. 11.107 de 06/04/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas no Contrato de Gestão n. XXX/2017.

**7.1.** Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas nesse Termo de Permissão, em decorrência de sua execução, serão dirimidos mediante acordo entre as partes, bem como, pelas regras e princípios do direito público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

## CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

**8.** Os interessados poderão rescindir o presente instrumento 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 30 (trinta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

**8.1.** Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

## CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**9.** Fica assegurado a todo servidor cedido os direitos, garantias e vantagens decorrentes do respectivo cargo, inclusive os reajustes gerais concedidos pelo Poder Executivo, bem como aqueles previstos na Lei de Carreira dos Profissionais do SUS/SES e no Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado de Mato Grosso, incluindo a opção de carga horária.

**9.1.** Durante o período da cedência o servidor público deverá observar as normas internas da Organização Social de Saúde, cujas diretrizes serão consignadas em regulamento próprio devidamente publicado.

**9.2.** É garantido ao servidor cedido o direito de manifestar não ter interesse em continuar prestar serviços sob a gestão do CESSIONÁRIO, caso em que deverá requerer formalmente à Secretaria de Estado de Saúde.

**9.3.** Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente pela Organização Social de Saúde a servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia e assessoria.

**9.4.** Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela Organização Social de Saúde.

**9.5.** A **CESSIONÁRIA,** em nenhuma hipótese, poderá colocar à disposição, ceder ou transferir a qualquer instituição pública ou privada os empregados contratados e remunerados com recursos deste Contrato de Gestão, bem como os servidores efetivos que estiverem à sua disposição por meio de cedência.

**9.6.** A **CEDENTE** e a **CESSIONÁRIA,** semestralmente, deverá verificar se houve impacto financeiro, decorrente da movimentação dos servidores cedidos, a fim de manter o equilíbrio financeiro do Contrato de Gestão.

## CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

**10.** As partes elegem o foro de Cuiabá como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente **TERMO DE CESSÃO DE SERVIDORES**, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Cuiabá, XX de _____ de 2017.

_____
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

_____
Organização Social

**TESTEMUNHAS:**

Nome:
RG n.
CPF n.

Nome:
RG n.
CPF n.