



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROC. ADM:
LIVRO: 1119 - D
FOLHAS: 001
REGISTRO: 68120



I TERMO ADITIVO
PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 65645 FIRMADO ENTRE O
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, com

Aos 29 dias do mês de novembro de dois mil e dezoito, presentes de um lado o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Praça Montevideu, nº 10, em Porto Alegre/RS, inscrito no CGC/MF sob o nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde, Erno Harzheim, conforme delegação de competência estabelecida no Decreto nº 19.932/2018, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, a **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA – SSDP**, para gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde do **Hospital Independência**, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população, no âmbito do Município, neste ato representada por ato por sua Presidente, Clair Teresinha Agnes, doravante denominada **CONVENIADA**, de acordo com o artigo 116 da Lei 8.666/93, Lei 8.080/90 e Portaria 2.567/2016 do Ministério da Saúde, celebram o presente Termo Aditivo ao Convênio, conforme cláusulas e condições que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – PRAZO

É prorrogado o prazo do presente Convênio por mais 12 meses, a contar de 29/12/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA: INCLUSÃO DO PARÁGRAFO ÚNICO NA CLÁUSULA 7.2 DO CONVÊNIO

Passa a constar na cláusula 7.2 do Convênio a seguinte redação:

Parágrafo único.

Para cumprimento das metas físico-financeiras, considerar-se-á os valores mínimos de 103% da meta-física, que perfazem, neste descritivo assistencial, o total de 10.011 (dez mil e onze) procedimentos/mês e 65% da meta financeira, que perfazem, neste descritivo assistencial, o total de R\$ 713.781,29 (setecentos e treze mil, setecentos e oitenta e um reais e vinte e nove centavos).

CLÁUSULA TERCEIRA: DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1. Permanecem íntegras e em pleno vigor todas as cláusulas do referido Convênio que não foram objeto deste Termo Aditivo.

2.2. E por estarem assim justos e acordados, firma este Termo Aditivo em 03 (três) vias de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, vai assinado.

Clair T. Agnes
SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA,
Hospital Independência

Pablo de Lannoy Stürmer
Secretário Municipal da Saúde

Pablo de Lannoy Stürmer
Secretário de Saúde em Exercício
Secretaria Municipal de Saúde
SMS / PMPA

002



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PROPOSTA DE DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

Hospital Independência de Porto Alegre

PORTARIA CONSOLIDAÇÃO Nº 2 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

Este documento está sujeito à vistorias e confirmação do cumprimento das habilitações pelas áreas técnicas

4

DOCUMENTO DESCRITIVO			
TERMO INTEGRANTE DO CONTRATO, QUE CONTÉM AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONTRATADO, OS COMPROMISSOS ASSISTENCIAIS COM OS RESPECTIVOS QUANTITATIVOS, AS METAS DE QUALIDADE COM INDICADORES DE GESTÃO, ASSISTENCIAL, ENSINO E PESQUISA/ EDUCAÇÃO PERMANENTE E INDICADORES ESPECÍFICOS DAS REDES PRIORITÁRIAS, QUE SÃO OBJETOS DE PACTUAÇÃO DESTE INSTRUMENTO CONTRATUAL.			
1 IDENTIFICAÇÃO			
Razão Social: SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDENCIA		CNPJ: 87317764/0006-06	
HOSPITAL INDEPENDÊNCIA		CNES: 7092571	
Endereço: RUA ANTONIO CARVALHO, 450			
Cidade	UF:	CEP:	DDD/Telefone:
PORTO ALEGRE	RS	91430000	51 33835600
Conta Corrente:	Banco:	Agência:	Praça de Pagamento:
060628960-5	41 BANRISUL	47	Porto Alegre
Responsável Legal: CLAIR TERESINHA AGNES			CPF: 251245529-72
Diretor técnico : ANGELO GIUGLIANI CHAVES			
Diretor administrativo:		CPF:	
JOSÉ CLÓVIS SOARES		347325000-72	
Endereço: RUA ANTONIO CARVALHO, 450 - PORTO ALEGRE- RS			CEP: 91430000

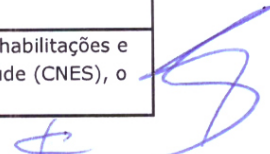
+



2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL				
Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral		<input checked="" type="checkbox"/> Especializado	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público		<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico / Hospital de ensino	<input type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos (sem UTI)	Geral 90		SUS 90	
Serviço de Urgência e Emergência	<input type="checkbox"/> Sim		<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input type="checkbox"/> Espontânea		<input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Serviço de Maternidade	<input type="checkbox"/> Sim		<input checked="" type="checkbox"/> Não:	Se sim, habilitado em GAR: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	ALTA COMPLEXIDADE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Total: 01
Número de Leitos UCI Neonatal	Leitos			
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	Adulto 10	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo III	__xx__Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual(is):	
Comissão de Infecção hospitalar:	SIM			
Comissão de Ética:	SIM			
Comissão de Prontuários Médicos	SIM			

[Handwritten signature]

2.1 ESTRUTURA FÍSICA		
I- AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS INDIFERENCIADAS	6	10
SALA CURATIVO	1	
SALA ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	1	
II - HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA CIRURGIA	4	
SALA DE RECUPERAÇÃO		16
III - HOSPITALAR - LEITOS		
ESPEC - CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	85	85
TOTAL	85	85
ESPEC - CLÍNICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA MÉDICA	5	5
TOTAL	5	5
COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
76-UTI ADULTO - TIPO II	10	10
TOTAL	10	10
IV - SERVIÇO DE APOIO		
Serviço:	Característica:	
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO	
FARMACIA	PROPRIO	
LACTÁRIO	NA	
LAVANDERIA	TERCEIRIZADA	
NECROTERIO	PROPRIO	
NUTRICA0 E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO	
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO	
SERVICO SOCIAL	PROPRIO	
fonte: CNES/DATASUS		
Os demais dados de registro do hospital, tais como instalações físicas para assistência, equipamentos, habilitações e outras informações dessa natureza estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual o hospital compromete-se a manter atualizado.		



2.2 EQUIPAMENTOS			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
TOMOGRFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
RAIO X DIGITAL	2	2	SIM
RAIO X PORTÁTIL	3	3	SIM
INTENCIFICADOR DE IMAGEM - ARCO EM C	4	4	SIM
ULTRASSONOGRRAFIA	3	3	SIM
RESSONÂNCIA MAGN ´ETICA	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
CONTROLE AMBIENTAL/AR CONDIDIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
BOMBA DE INFUSÃO	133	133	SIM
DEFIBRILADOR	7	7	SIM
MONITOR DE ECG	43	43	SIM
MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	8	8	SIM
MONITOR DE PRESSÃO NÃO INVASIVO	11	11	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBÚ	8	8	SIM
RESPIRADOR.VENTILADOR	12	12	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
ELETROCARDIOGRAFO	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
MICROCOSPIO CIRURGICO	1	1	SIM
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	2	2	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	2	2	SIM
Resíduos/Rejeitos	COMUNS <i>fonte: CNES/DATASUS</i>		
Coleta Seletiva de Rejeito			
RESIDUOS BIOLÓGICOS, RESÍDUOS QUÍMICOS E RESÍDUOS			

4

3. METAS QUANTITATIVAS					
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL					
Tipo de Procedimento	Qtde Anual	Valor Anual	Qtd. Mensal	Valor Mensal	Custo Médio
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	28.836	R\$ 182.875,62	2.403	R\$ 15.239,64	R\$ 6,34
..02 Diagnóstico em laboratório clínico	12.924	R\$ 42.778,37	1.077	R\$ 3.564,86	R\$ 3,31
....01 Exames bioquímicos	4.800	R\$ 9.243,52	400	R\$ 770,29	R\$ 1,93
....02 Exames hematológicos e hemostasia	6.636	R\$ 23.327,76	553	R\$ 1.943,98	R\$ 3,52
....03 Exames sorológicos e imunológicos	456	R\$ 5.268,83	38	R\$ 439,07	R\$ 11,55
....05 Exames de uroanálise	288	R\$ 1.021,20	24	R\$ 85,10	R\$ 3,55
....06 Exames hormonais	60	R\$ 656,78	5	R\$ 54,73	R\$ 10,95
....07 Exam toxicológ ou de monitoriz terapêutica	12	R\$ 52,96	1	R\$ 4,41	R\$ 4,41
....08 Exames microbiológicos	588	R\$ 3.111,42	49	R\$ 259,29	R\$ 5,29
....12 Exames imunohematológicos	84	R\$ 95,90	7	R\$ 7,99	R\$ 1,14
..03 Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	360	R\$ 8.722,80	30	R\$ 726,90	R\$ 24,23
....02 Exames anatomopatológicos	360	R\$ 8.722,80	30	R\$ 726,90	R\$ 24,23
..04 Diagnóstico por radiologia	13.464	R\$ 106.769,23	1.122	R\$ 8.897,44	R\$ 7,93
....01 Exames radiol da cabeça e pescoço	12	R\$ 8,38	1	R\$ 0,70	R\$ 0,70
....02 Exames radiol da coluna vertebral	936	R\$ 9.548,35	78	R\$ 795,70	R\$ 10,20
....03 Exames radiol do torax e mediastino	504	R\$ 4.773,71	42	R\$ 397,81	R\$ 9,47
....04 Exam radiol cintura escapular e membros sup	2.232	R\$ 15.400,15	186	R\$ 1.283,35	R\$ 6,90
....05 Exames radiol do abdomen e pelve	276	R\$ 3.014,60	23	R\$ 251,22	R\$ 10,92
....06 Exames radiol da cintura pélvica e memb inf	9.504	R\$ 74.024,04	792	R\$ 6.168,67	R\$ 7,79
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia	360	R\$ 11.627,98	30	R\$ 969,00	R\$ 32,30
....01 Ultra-sonograf sist circul(qq reg anatôm)	72	R\$ 2.790,70	6	R\$ 232,56	R\$ 38,76
....02 Ultra-sonografias dos demais sistemas	288	R\$ 8.837,28	24	R\$ 736,44	R\$ 30,69
..11 Métodos diagnósticos em especialidades	1.728	R\$ 12.977,24	144	R\$ 1.081,44	R\$ 7,51
....02 Diagn em cardiologia	1.560	R\$ 7.931,00	130	R\$ 660,92	R\$ 5,08
....05 Diagn em neurologia	168	R\$ 5.046,24	14	R\$ 420,52	R\$ 30,04
03 Procedimentos clínicos	76.224	R\$ 950.380,79	6.352	R\$ 79.198,40	R\$ 12,47
..01 Consultas / Acompanhamentos	59.376	R\$ 832.315,56	4.948	R\$ 69.359,63	R\$ 14,02
....01 Consultas médicas/outros profiss niv sup	48.924	R\$ 378.366,24	4.077	R\$ 31.530,52	R\$ 7,73
....03 Tratamento conservador de fratura	8.640	R\$ 452.810,28	720	R\$ 37.734,19	R\$ 52,41
....10 atend de enfermagem (em geral)	1.812	R\$ 1.139,04	151	R\$ 94,92	R\$ 0,63
..02 Fisioterapia	14.940	R\$ 92.926,79	1.245	R\$ 7.743,90	R\$ 6,22
....05 Assist fisiot disfunç musculoesquelod orig	13.368	R\$ 85.580,88	1.114	R\$ 7.131,74	R\$ 6,40
....06 Assist fisioterap nas alterações neurolog	1.572	R\$ 7.345,91	131	R\$ 612,16	R\$ 4,67
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	948	R\$ 21.548,04	79	R\$ 1.795,67	R\$ 22,73
....09 Trat de doenç sistosteomusc e tec conjuntiv	948	R\$ 21.548,04	79	R\$ 1.795,67	R\$ 22,73
....09 Terapias especializadas	960	R\$ 3.590,40	80	R\$ 299,20	R\$ 3,74
....05 Práticas integrativas e complementares	960	R\$ 3.590,40	80	R\$ 299,20	R\$ 3,74
04 Procedimentos cirúrgicos	12	R\$ 675,36	1	R\$ 56,28	R\$ 56,28
..01 Peq cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	12	R\$ 675,36	1	R\$ 56,28	R\$ 56,28
....01 Pequenas cirurgias	12	R\$ 675,36	1	R\$ 56,28	R\$ 56,28
Total	105.072	R\$ 1.133.931,77	8.756	R\$ 94.494,31	R\$ 10,79
ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL					
Tipo de Procedimento	Qtde Anual	Valor Anual	Qtd. Mensal	Valor Mensal	Custo Médio
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	5.742	R\$ 909.904,00	479	R\$ 75.825,33	R\$ 158,46
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia	109	R\$ 17.985,00	9	R\$ 1.498,75	R\$ 165,00
....01 Ultra-sonograf sist circul(qq reg anatôm)	109	R\$ 17.985,00	9	R\$ 1.498,75	R\$ 165,00
..06 Diagnóstico por tomografia	4.338	R\$ 548.729,14	362	R\$ 45.727,43	126,49
....01 Tomografia cabeça,pescoço e coluna vertebr	994	R\$ 94.610,34	83	R\$ 7.884,20	95,18
....02 Tomografia do torax e membros supes	84	R\$ 7.684,28	7	R\$ 640,36	91,48
....03 Tomografia abdomen, pelve e membros infer	3.260	R\$ 446.434,52	272	R\$ 37.202,88	136,94
..07 Diagnóstico por ressonância magnética	1.245	R\$ 334.593,75	104	R\$ 27.882,81	R\$ 268,75
....01 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	445	R\$ 119.593,75	37	R\$ 9.966,15	R\$ 268,75
....02 RM do torax e membros supes	103	R\$ 27.681,25	9	R\$ 2.306,77	R\$ 268,75
....03 RM do abdomen, pelve e memb inf	697	R\$ 187.318,75	58	R\$ 15.609,90	R\$ 268,75
..08 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	50	R\$ 8.596,11	4	R\$ 716,34	R\$ 171,92
....04 Aparelho geniturinário	40	R\$ 5.353,41	3	R\$ 446,12	R\$ 133,84
....05 Aparelho esquelético	10	R\$ 3.242,70	1	R\$ 270,23	R\$ 324,27
..06 Diagnóstico por tomografia (OFERTA P/CENTRAL MARCAÇÃO)	1.200	R\$ 132.000,00	100	R\$ 11.000,00	R\$ 110,00
TOTAL GERAL	6.942	R\$ 1.041.904,00	579	R\$ 86.825,33	R\$ 150,09

4



Metas Quantitativas
MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

Tipo de Procedimento	Qtde Anual	Valor Anual	Qtd. Mensal	Valor Mensal	Custo Médio
03 Procedimentos clínicos	744	R\$ 1.560.803,67	62	130.066,97	2.097,85
..01 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	72	R\$ 26.259,73	6	2.188,31	364,72
....06 Consulta/Atendimento urgências (em geral)	72	R\$ 26.259,73	6	2.188,31	364,72
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	336	R\$ 1.313.516,49	26	109.459,71	3.909,28
..05 Tratamento em nefrologia	12	R\$ 89.446,62	1	7.453,89	7.453,89
....02 Tratamento em nefrologia em geral	12	R\$ 89.446,62	1	7.453,89	7.453,89
..08 Trat lesões enven e outr decorr causas extern	324	R\$ 131.580,83	27	10.965,07	406,11
04 Procedimentos cirúrgicos	3.504	R\$ 7.358.074,45	292	613.172,87	2.099,91
..01 Peq cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	36	R\$ 34.994,33	3	2.916,19	972,06
..03 Cirurgia sistema nervoso central e periférico	492	R\$ 293.817,37	41	24.484,78	597,19
..04 Cirurg vias aéreas superiores cabeça pescoço	24	R\$ 627.522,36	2	52.293,53	26.146,77
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	2.772	R\$ 5.906.308,26	231	492.192,36	2.130,70
..09 Cirurgia do aparelho geniturinário	12	R\$ 19.262,53	1	1.605,21	1.605,21
..13 Cirurgia reparadora	12	R\$ 2.708,64	1	225,72	225,72
..15 Outras cirurgias	156	R\$ 473.460,96	13	39.455,08	3.035,01
Total	4.248	R\$ 8.918.878,12	354	743.239,84	2.099,55

ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

Tipo de Procedimento	Qtde Anual	Valor Anual	Qtd. Mensal	Valor Mensal	Custo Médio
03.09.01 Terapia Nutricional (Prt 1947/2018)		185.385,00		15.448,75	
04 Procedimentos cirúrgicos	360	1.897.401,36	30	158.116,78	5.270,56
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	336	1.865.256,96	28	155.438,08	5.551,36
....04 Cintura pélvica					
....05 memb inf					
....06 Gerais					
..12 Cirurgia torácica	24	32.144,40	2	2.678,70	1.339,35
....01 Traqueia e brônquios					
TOTAL	360	2.082.786,36	30	173.565,53	R\$ 5.785,52



OFERTA PARA A CENTRAL DE MARCAÇÃO

CONSULTAS	2018 - OFERTA MENSAL
LINHA DE CUIDADO - TRAUMA	60
ORTOPEDIA COLUNA ADULTO	124
ORTOPEDIA DE MÃO ADULTO	37
ORTOPEDIA JOELHO	190
ORTOPEDIA OMBRO	40
ORTOPEDIA PÉ	107
ORTOPEDIA GERAL - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA	720
ORTOPEDIA QUADRIL	42
TOTAL	1.320

EXAMES	2018 - OFERTA MENSAL
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA (RX)*	250
TOMOGRAFIAS**	100
TOTAL	350

* F.O. - 01 – Exames radiológicos da cabeça e pescoço, F.O. - 02 – Exames radiológicos da coluna vertebral, F.O. - 04 – Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores, F.O. - 05 – Exames radiológicos do abdômen e pelve

** 02.06.01.001-0 – Tomografia computadorizada de coluna cervical c/ou s/ contraste; 02.06.01.002-8 Tomografia Computadorizada de coluna lombo-sacra c/ ou s/contraste; 02.06.01.003-6 – Tomografia Computadorizada de coluna torácica c/ ou s/ contraste; 02.06.01.004-4 - Tomografia Computadorizada de face/seios da face/ articulações têmporo-mandibulares; 02.06.01.005-2 – Tomografia Computadorizada do pescoço; 02.06.01.007-9 – Tomografia Computadorizada do crânio; 02.06.02.002-3 – Tomografia Computadorizada de segmento apendiculares – (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé); 02.06.03.001-0 – Tomografia Computadorizada de abdômen superior; 02.06.03.003-7 – Tomografia Computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior

INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE										
Código	Descrição	Método de Cálculo	Fonte	Unidade	Frequência	Tendência	Valor de pagamento de acordo com Tabela de Referência de Preços			
							Variação de até 10%	Variação entre 10% a 25%	Variação maior 25%	
	Tempo Médio de Permanência em Leitos Clínicos	Portaria de consolidação 02/2017	TMP leitos clínicos = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com saídas no mesmo período	SI Hospital	10 dias	dias	↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Tempo Médio de Permanência em Leitos Cirúrgicos		TMP leitos cirúrgicos = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com saídas no mesmo período	SI Hospital	7 dias	dias	↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Tempo Médio de Permanência em Leitos de UTI adulto		TMP leitos UTI = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com saídas no mesmo período	SI Hospital	8	dias	↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
			Número de casos novos de infecção da corrente sanguínea no período / N° de CVCs dia no período	SI Hospital		infecções / 1000 pacientes-dia com CVC		R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Taxa de Ocupação Geral dos Leitos		TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos dia (operacionais) no mesmo período	SI Hospital	85%	%	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Taxa de Ocupação de Leitos de CUI Adulto		TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos dia (operacionais) no mesmo período	SI Hospital	85%	%	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Taxa de Mortalidade Institucional (anexar escorre de gravidade utilizado na instituição)		Quantidade de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação em determinado período x 100/ N° de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período	SI Hospital	5%	%	↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Satisfação do Usuário (taxa de satisfação do paciente internado - conceitos ótimos e muito bom)		Avaliação documental	SI Hospital	85%	%	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Taxa de Infecção em Cirurgia Limpa		TxICL = Quantidade de infecções por Cirurgia Limpa X 100 / Total de Cirurgias Limpas realizadas (mesmo período)	SCIH	4	%	↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Taxa de Cancelamento de Cirurgias por Causas Hospitalares		TxSC = Número de cirurgias suspensas em um determinado período x 100 / Total de cirurgias realizadas no mesmo período	SI Hospital	10%	%	↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Qualidade do Paciente Implantado e em Funcionamento		Avaliação Documental	SI Hospital	Atas Mensais de Reunões		↓	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Taxa de Rotatividade Ambulatorial		Quantidade de altas realizadas para pacientes em seguimento ambulatorial/ N° de pacientes atendidos no período	SI Hospital	15,00%	%	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Número de Primeiras Consultas Ambulatoriais Oferecidas à Central por mês	Ambulatorio	Número de consultas disponibilizadas mês	SI Hospital	1320	Consulta por mês	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Cirurgias Realizadas		Número de cirurgias realizadas por mês	SI Hospital	292	cirurgias/mês	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
	Vagas de Internação disponibilizadas à regulação	Acesso	Número de Vagas recebidas no período	SI SMS	250	internações/mês	↑	R\$ 29.283,33	R\$ 24.890,83	R\$ 20.498,33
								R\$ 439.320,01	R\$ 368.109,50	R\$ 299.149,99

O valor referente ao eventual não atingimento das metas pactuadas será descontado em quatro parcelas mensais, nos meses subsequentes à apuração do resultado do quadrimestre anterior. As metas serão avaliadas pelo resultado obtido no acumulado do quadrimestre.

A fonte de dados para apuração fica definida como a utilizada pelo HI, passível de auditoria caso necessário.

6 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
TOTAL SEM INCENTIVOS	R\$ 2.927.792,60	R\$ 35.133.511,21
INCENTIVO UTI MS - Port. 2.869/2014 - (Vínculo 4590)	R\$ 116.448,53	R\$ 1.397.382,36
INCENTIVO UTI SES - Port. 524/2015	R\$ 78.353,33	R\$ 940.239,96
INCENTIVO 100% SUS - Port. 1.641/2015 - (Vínculo 4590)	R\$ 224.159,19	R\$ 2.689.910,28
IAC - Portaria 2925/2017- (Vínculo 4590)	R\$ 9.277,35	R\$ 111.328,20
Incentivo Estadual Portaria CIB 492/2011	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
TOTAL INCENTIVOS	R\$ 678.238,40	R\$ 8.138.860,80
TOTAL PRÉ-FIXADO	R\$ 3.606.031,00	R\$ 43.272.372,01

O componente **pré-fixado** importa em **R\$ 1.098.125,05 (um milhão, noventa e oito mil, cento e vinte e cinco reais e cinco centavos) mensais**. O presente contrato segue o modelo de orçamentação global (art. 20 da port. MS 3410/2013)

A. Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 439.250,02 (quatrocentos e trinta e nove mil, duzentos e cinquenta reais e dois centavos)** serão repassados mensalmente, do Fundo Municipal/Estadual ao Hospital vinculados ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminados neste Documento Descritivo (DD).

B. Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 658.875,78 (seiscentos e quarenta e nove mil, seicentos e cinco centavos com setenta e oito reais)** serão repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas no DD.

C. A métrica 40% e 60% esta calculada com base no valor de produção de **R\$ 1.098.125,05 (um milhão, noventa e oito mil, cento e vinte e cinco reais e cinco centavos)** conforme resumo financeiro.

D. O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas neste DD deverá ser avaliado/atestado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato.

E. As avaliações serão realizadas quadrimestralmente e os eventuais descontos serão efetuados nos pagamentos dos meses do período subsequente, de acordo com o percentual de cumprimento das metas.

F. As metas pactuadas nas Redes Temáticas de Atenção a Saúde deverão ter o cumprimento mensal de no mínimo de 90% pelo hospital.

G. Se o cumprimento das metas quantitativas for abaixo de 80% e acima de 100% por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, será necessário rever o plano operativo e os valores contratuais, exceto das Redes Temáticas. E se o cumprimento das metas qualitativas for abaixo de 50% será necessário rever o DD e os valores contratuais.

H. Os valores previstos neste DD poderão ser alterados, de comum acordo entre o gestor e o Hospital, mediante celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado sendo que no caso de necessidade de recursos adicionais, estas serão provenientes da área denominada Teto da Média e Alta Complexidade do Município/Estado e de acordo com disponibilidade orçamentária.

I. O pagamento dos incentivos Estaduais estão sujeitos ao repasse dos valores para o Fundo Municipal de Saúde.

✱



HOSPITAL INDEPENDÊNCIA				
6.1 RESUMO ORÇAMENTÁRIO				
			Mensal	Anual
SIA	Média complexidade	Físico	8.756	105.072
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 94.494,31	R\$ 1.133.931,77
	Alta complexidade	Físico	579	6.942
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 86.825,33	R\$ 1.041.904,00
SIH	Média complexidade	Físico	354	4.248
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 743.239,84	R\$ 8.918.878,12
	Alta complexidade	Físico	30	360
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 173.565,53	R\$ 2.082.786,36
TOTAL			R\$ 1.098.125,02	R\$ 13.177.500,25

			Mensal	Anual
FÍSICO MAC	SIA		9.335	112.014
	SIH		384	4.608
FINANCEIRO MAC	SIA - Repasse MAC		R\$ 181.319,65	R\$ 2.175.835,77
	SIH - Repasse MAC		R\$ 916.805,37	R\$ 11.001.664,48
	SIA + SIH - (Vínculo 4590)		R\$ 1.098.125,02	R\$ 13.177.500,25
	CUSTEIO MUNICIPAL (ORÇAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR) - (Vínculo 40)		R\$ 984.551,29	R\$ 11.814.615,48
	CUSTEIO MS (ORÇAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR) - (Vínculo 4590)		R\$ 845.116,29	R\$ 10.141.395,48
TOTAL			R\$ 2.927.792,60	R\$ 35.133.511,21

INCENTIVOS	MENSAL	ANUAL
INCENTIVO UTI MS - Port. 2.869/2014 - (Vínculo 4590)	R\$ 116.448,53	R\$ 1.397.382,36
INCENTIVO UTI SES - Port. 524/2015 - (Vínculo 4230)	R\$ 78.353,33	R\$ 940.239,96
INCENTIVO 100% SUS - Port. 1.641/2015 - (Vínculo 4590)	R\$ 224.159,19	R\$ 2.689.910,28
IAC - Portaria 2925/2017- (Vínculo 4590)	R\$ 9.277,35	R\$ 111.328,20
CUSTEIO SES - Res. CIB/RS 492/2011 - (Vínculo 4230)	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
TOTAL DE INCENTIVOS	R\$ 678.238,40	R\$ 8.138.860,80
TOTAL MAC+INCENTIVOS	R\$ 3.606.031,00	R\$ 43.272.372,01

* O repasse mensal de R\$ 845.116,29 complementa a produção MAC(portarias MS 1947/2018, MS 2.926/2011 e CIB/RS 492/2011). O presente contrato segue o modelo de orçamentação global (art. 20 da port. MS 3410/2013).

**7 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO PERMANENTE DE
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO**

TRIMESTRE	PREVISÃO DA DATA DA REUNIÃO
1º Quadrimestre	
2º Quadrimestre	
3º Quadrimestre	

