



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- 1.1. Lei 1.439, de 08.12.2020
- 1.2. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990; e suas alterações;
- 1.3. Portaria nº 881/SESAU/CGAN/DEPUSCE, de 01 de outubro de 2020;
- 1.4. Portaria nº 2.567, de 25 de novembro de 2016;
- 1.5. Decreto nº 31.033-E, de 01.10.2021;

2. OBJETO:

2.1. O presente Termo de Referência tem por objeto CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS ECONÔMICOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, ESTADO DE RORAIMA.

3. DAS COORDENADORIAS CONTEMPLADAS:

- 3.1. A presente aquisição contemplará as seguintes coordenações:
 - a) Coordenadora Geral da Administração-CGA.

4. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

- 4.1. Por ser um dos principais e mais complexos Estabelecimentos de Assistência à Saúde do Estado de Roraima, o HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA (HGR), localizado na Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, 1364 – Bairro Aeroporto, Boa Vista – Roraima, CEP: 69.305-455, tem como finalidade atender à demanda da Capital e suporte à demanda de todos os municípios que compõem o Estado, bem como todos os usuários do Sistema Único de Saúde que necessitam de atendimento na unidade.
- 4.2. A população beneficiada estimada segundo dados do IBGE 2021 é de 652.713 habitantes no estado de Roraima, sendo 436.591 habitantes em Boa Vista, município em que se encontra o Hospital Geral de Roraima.
- 4.3. O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA (HGR) está estruturado com perfil de atendimento de Média e Alta complexidade e que visa disponibilizar atendimentos de Urgência e Emergência 24Hrs, o que atualmente trás sobrecarga ao sistema.
- 4.4. Dentre as especialidades médicas necessárias estão: Clínica Médica, Traumatologia-ortopedia, Bucomaxilo, Infectologia, Pneumologia, Hematologia, Reumatologia, Endocrinologia, Neurologia-clínica, Nefrologia, Otorrinolaringologia, Oncologia clínica, Medicina intensiva, Oftalmologia, Urologia, Gastroenterologia, Proctologia e Cardiologia. Sendo cirurgias de baixa, média e alta complexidade na área de Neurocirurgia, Cirurgia Vasculard, Cirurgia-Geral e Torácica, Cirurgia cabeça e pescoço, Oncologia cirúrgica.
- 4.5. Disponibilizar atendimento ininterrupto 24 horas por dia para demanda espontânea e de forma referenciada através do SAMU, Resgate do Corpo de Bombeiros e pelo Núcleo Interno de Regulação.
- 4.6. A Porta Hospitalar de Urgência será implantada em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização, através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).
- 4.7. O atendimento ambulatorial de pacientes egressos do próprio hospital e referenciados pelo Núcleo Interno de Regulação.
- 4.8. Oferecendo exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes, abrangendo os seguintes serviços: Raio X, Ultrassonografias, Citopatologia, Endoscopia, Colonoscopia, Tomografia, Eletroencefalograma, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Uretrocistografia, Urografia excretora, Eletroencefalografia, Exame para malária, Angiografia, Arteriografia, Mamografia, Imunoquímica, Broncoscopia, Cateterismo Cardíaco, bem como exames laboratoriais, como: Bioquímica, Coprolgia, Hematologia, Hormônios, Imunologia, Fluidos corporais, Microbiologia, Patologia clínica, Gasometria arterial, Uroanálise, Anatomia Patológica.
- 4.9. Com capacidade operacional para internação de 311 leitos distribuídos nas enfermarias, emergência e UTI.

4.10 JUSTIFICATIVA PARA ADOÇÃO DO MODELO DE GESTÃO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

- 4.10.1. Na busca incessantemente de opções de melhoria da utilização dos recursos públicos de forma eficiente, com o objetivo de oferecer os melhores serviços à população, de forma digna e responsável.
- 4.10.2. Avaliamos questões voltadas à inflexibilidade das normas e leis que, por muitas vezes, acabam por tornar o processo de gestão da coisa pública cada vez mais moroso e tem dificultado de maneira substancial o cumprimento dos objetivos das políticas públicas. Podemos afirmar que esta problemática afeta principalmente as questões voltadas à saúde onde a burocracia pode incorrer em prejuízos tal como danos transitórios ou permanentes à saúde e bem estar do usuário do SUS.
- 4.10.3. Como forma de explicitar outras dificuldades também vivenciadas por outras Secretarias de Saúde, em outros estados ou municípios, citaremos, também, os pontos levantados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que foram publicados em 2008, quais sejam:
 - 4.10.3.1. Dificuldades de contratação, principalmente para incorporar e/ou repor recursos humanos com agilidade, considerando as especificidades da área da Saúde Pública, como, por exemplo, para serviços de urgência e emergência;
 - 4.10.3.2. Dificuldades de incorporar recursos humanos especializados de acordo com a quantidade e necessidade dos serviços e o perfil da clientela atendida;
 - 4.10.3.3. Dificuldade de reposição de estoque de insumos diversos e manutenção de equipamentos de saúde;
 - 4.10.3.4. Falta de capacidade de gerência de unidades de saúde pública que dificulta a adoção de mecanismos eficientes e resolutivos que qualifiquem o cuidado e permitam o monitoramento e avaliação dos resultados;

- 4.10.3.5. Problemas no financiamento das unidades em decorrência da forma atual de remuneração por produção dos serviços;
- 4.10.3.6. Elevado custo de manutenção de equipamentos obsoletos pela dificuldade de desfazimento de bens, de estruturas físicas das unidades, etc;
- 4.10.3.7. Falta de racionalização interna que provoca desperdícios, notadamente na área de logística de insumos;
- 4.10.3.8. Dificuldade de aplicar nas rotinas das unidades de saúde as políticas de ciência e tecnologia e de economia à saúde (avaliação de novas tecnologias, medicamentos, vacinas, etc);
- 4.10.3.9. Baixa produtividade pela sobrecarga de tarefas e ausência de uma política de gestão humana motivacional;
- 4.10.3.10. Desmotivação dos trabalhadores devido à inexistência de mecanismos de gerência na administração direta que estimulam a maior produtividade, qualidade e eficiência;
- 4.10.3.11. Limitações de investimentos em equipamentos médico-hospitalares e de informática de ponta para assegurar um atendimento alinhado às melhores tecnologias disponíveis no mercado para diagnósticos e procedimentos precisos, rápidos e humanizados;
- 4.10.3.12. Problemas com registro da produção de serviços, que em geral é inferior ao realizado, em virtude de uma cultura organizacional que não valoriza esse procedimento administrativo em unidades públicas;
- 4.10.3.13. Falta de flexibilidade administrativa, especialmente em relação à gestão orçamentária/financeira, de recursos humanos e processos de compras;
- 4.10.3.14. Dificuldade na aplicação de uma política salarial diferenciada e flexível para profissionais em diferentes áreas de especialização.
- 4.11. Como se pode observar no levantamento realizado para elaboração deste Termo de Referência, são muitas as dificuldades encontradas pelo Estado de Roraima para a efetiva gestão da Saúde Pública Estadual, que culminou na busca da implantação da terceirização de gestão.
- 4.12. O Edital para terceirização deste serviço será fundamentado nos termos das **Lei Estadual nº 1.439 de 8 de dezembro de 2020 e Decreto nº 31.033-E de 1º de outubro de 2021**, bem como nas normas federais vigentes sobre a matéria e, ainda, no regramento correspondente às Normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS.
- 4.13. Diante desse cenário, os estudos apontam para a adoção do Modelo de Gestão realizado através de Organização Social, pelos benefícios já identificados e consolidados em outras experiências, trazendo rapidez, eficiência e eficácia na gestão pública da saúde, proporcionando à população um atendimento mais célere e de qualidade.
- 4.14. A Lei Federal nº 9.637/98 foi o marco legal para a estruturação das Organizações Sociais Autônomas, definidas como “*peças jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde*”.
- 4.15. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram, de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica (Lei nº 8.080/90).
- 4.16. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Roraima, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.
- 4.17. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social em Saúde se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela SESA/RR.
- 4.18. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social em Saúde são:
- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;
 - Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
 - Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
 - Agilidade na tomada de decisões;
 - Menores gastos com recursos humanos.
- 4.18.1 Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que não atingem as atividades realizadas por uma Organização Social.
- 4.19. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social em Saúde são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento jurídico equivalente à Convênio, conforme entendimento STF, no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.
- 4.20. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo Contrato de Gestão. Odete Medauar aponta que:
- “*O administrativista contemporâneo tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em constante mudança.*”
- 4.21. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.
- 4.22. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.
- 4.23. O compartilhamento da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social em Saúde, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SESA/RR.
- 4.24. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos Contratos de Gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

4.25. Para a elaboração da proposta de trabalho, as instituições candidatas deverão observar as seguintes premissas:

- a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SESAU/RR, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
- e) Busca de certificação de qualidade em saúde;
- f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

4.26. No Modelo de Gestão por Organização Social, o Estado continua a fomentar as atividades de melhoria na Saúde Pública, onde exerce sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas por meio de:

4.26.1. Metas estabelecidas a serem atingidas;

4.26.2. Produtividade mínima tendo como parâmetro as Metas;

4.26.3. Avaliações dos resultados e medidas de Contenção.

4.27. As Organizações Sociais gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro da estrutura dos órgãos da Administração Pública. Qualificada como Organização Social, junto ao Estado do Roraima, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros, humanos e administrar bens e equipamentos do Estado, que é o caso deste projeto.

4.28. O Contrato de Gestão é o instrumento que regula as relações da Organização Social junto ao Órgão Concedente.

4.29. Através de um Contrato de Gestão, são acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e efetividade dos serviços a serem prestados pela Organização Social de saúde à população do Estado de Roraima.

4.30. Referente ao Modelo de Gestão por Organização Social, a vantagem mais evidente se dá por conta do estabelecimento de mecanismos de controle finalísticos, ao invés de meramente processuais, como ocorre na Administração Pública. A avaliação da gestão da Organização Social se dá por meio do cumprimento de metas estabelecidas no contrato de gestão, ao passo que, na Administração Pública, o que predomina é o controle dos meios engessados pela normatividade burocrática que muitas vezes impede o acompanhamento da evolução do mercado na Gestão estratégica.

4.31. É de extrema importância sinalizar que o Estado, por intermédio de sua Secretária de Saúde, não deixará de controlar a aplicação dos recursos que serão transferidos para a Organização Social, mas o fará por meio de instrumento mais eficaz: o controle por resultados e produtividade, estabelecidos no Contrato de Gestão.

4.32. Para que seja alcançado o nível de excelência na prestação de serviços de uma Unidade tão complexa como o HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR), é imprescindível que o Estado consiga selecionar uma Organização Social previamente qualificada com reconhecida competência nas áreas em que se pretende contratar, através de processo de CHAMAMENTO PÚBLICO.

5. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES.

5.1. Além das especificações contidas nos referidos anexos técnicos, a proposta deve levar em consideração os pressupostos abaixo.

5.2. Tendo em vista que a Unidade Hospitalar funcionará com o perfil descrito no Contrato de Gestão, e neste Termo de Referência a SESAU/RR irá acompanhar os indicadores de resultados definidos.

5.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

5.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias e pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, e ainda:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;

- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

5.5. DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.5.1. Seguir os Preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- a) O laboratório da unidade deve realizar o monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.
- b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.
- c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), e ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS).
- d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.
- e) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do PARCEIRO PÚBLICO e conforme diretrizes do SUS.

5.5.2. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade deve se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

5.5.3. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

5.5.4. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

5.5.5. Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

5.5.6. Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

5.5.7. Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

5.5.8. Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),

5.5.9. RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

5.5.10. RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

5.5.11. Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

5.5.12. Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

5.5.13. PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

5.5.14. PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

5.5.15. Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

5.5.16. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

5.5.17. RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

5.5.18. Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

5.5.19. DC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

5.5.20. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

5.5.21. Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

5.5.22. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

5.5.23. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

5.5.24. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

5.5.25. Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V.

5.5.26. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

5.5.27. RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

- 5.5.28. Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- 5.5.29. RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- 5.5.30. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 - DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- 5.5.31. Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- 5.5.32. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.
- 5.5.33. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- 5.5.34. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- 5.5.35. O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

5.6. DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

- 5.6.1. A Unidade deverá 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 médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).
- 5.6.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SESSAU-RR acessar via Internet e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima.
- 5.6.3. Havendo a disponibilização pelo PARCEIRO PÚBLICO de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o PARCEIRO PRIVADO aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.
- 5.6.4. A gestão da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental, Trabalhista e demais vigentes incluindo a posse de toda a documentação exigida.

6. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

6.1. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO DO PROCESSO:

- 6.1.1. Comprovação da sua condição de entidade jurídica de direito privado, sem fins econômicos devidamente QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE junto à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima;
- 6.1.2. Comprovação de experiência e bom desempenho anterior da entidade, pertinente e compatível com o objeto do contrato de gestão por meio de **Atestado(s) de Capacidade Técnica** fornecidos por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado;
- 6.1.3. Comprovação da experiência e bom desempenho anterior de seu **Responsável Técnico** para o desempenho da atividade a ser CONTRATADA, através de atestado(s) fornecidos por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado;
- 6.1.4. Registro no Conselho Regional de Medicina do Responsável Técnico da entidade;
- 6.1.4.1. Na hipótese de o Médico Responsável Técnico não ter seu registro no CRM do Estado de RORAIMA, deverá providenciar seu registro junto ao Conselho Regional de Medicina de RORAIMA – CRM-RR, em até 60 (sessenta) dias após a assinatura do Contrato.
- 6.1.5. A entidade deverá comprovar que o Responsável Técnico, detentor do atestado apresentado, pertença ao seu quadro permanente de pessoal. A comprovação referida deverá ser feita por meio de: a) cópia autenticada das anotações da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) nos termos da CLT; ou b) através da apresentação do Contrato de Trabalho ou Prestação de Serviços firmado com o profissional; ou c) Declaração de compromisso de vinculação futura assinado por ambas as partes;

6.2 VEDAÇÕES E OBRIGAÇÕES:

- 6.2.1. É vedada a qualquer pessoa física ou jurídica, a representação de mais de 01 (uma) entidade na presente seleção.
- 6.2.2. As entidades interessadas, antes da elaboração das propostas de trabalho, deverão proceder à verificação e comparação minuciosa de todos os elementos técnicos fornecidos.
- 6.2.3. As entidades deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários à organização e apresentação das propostas.
- 6.2.4. Comprovar Sede ou Filial em Roraima após no máximo 120 dias do Contrato;
- 6.2.5. No cumprimento das obrigações do Contrato de Gestão, atender exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde a título gratuito.

6.3 NÃO PODERÃO PARTICIPAR DA PRESENTE SELEÇÃO PÚBLICA:

- 6.3.1. Entidades declaradas inidôneas pelo Poder Público;
- 6.3.2. Entidades cujos dirigentes, na data do Ato Convocatório, sejam servidores da Administração do Estado de Roraima, direta ou indireta;
- 6.3.3. Entidades impedidas de contratar com a Administração Pública;
- 6.3.4. Entidades que estejam, de qualquer forma, inadimplentes com o Estado de RORAIMA ou cumprindo sanções aplicadas pela Administração Pública;
- 6.3.5. Entidades em consórcio;
- 6.3.6. Sociedades Comerciais;
- 6.3.7. Sindicatos, associações de classe ou de representação de categoria profissional;
- 6.3.8. Instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos e visões devocionais e confessionais;
- 6.3.9. Organizações partidárias se assemelhadas, inclusive fundações;
- 6.3.10. Entidades de benefício mútuo destinadas a proporcionar bens e serviços a um círculo restrito de associados ou sócios;

- 6.3.11. Entidades e empresas que comercializem planos de saúde e semelhantes;
- 6.3.12. Instituições hospitalares não gratuitas e suas mantenedoras;
- 6.3.13. Escolas privadas dedicadas ao ensino formal não gratuito e suas mantenedoras;
- 6.3.14. Cooperativas;
- 6.3.15. Que tenham participação de Sócio-proprietários de empresas terceirizadas contratadas junto ao Poder Público Estadual;
- 6.3.16. Entidades cujos dirigentes tenham parentesco com Governadores, Prefeitos, Deputados, Senadores ou demais detentores de mandatos eletivos.

7. CONTRATO DE GESTÃO

- 7.1. O Contrato de Gestão é um compromisso institucional firmado entre o Estado e a Organização Social.
- 7.2. O objetivo do Contrato de Gestão é reforçar o atingimento das políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria da gestão, visando conquistar uma qualidade superior do serviço prestado ao cidadão.
- 7.3. No Contrato de Gestão para a operacionalização do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR), utilizaremos com o objetivo de manter o controle e a fiscalização, bem como de garantir a qualidade dos serviços prestados à população, os seguintes critérios:
 - 7.3.1. Metas de desempenho quantitativo e qualitativo, bem como seus respectivos indicadores;
 - 7.3.2. Obrigações e responsabilidades da Organização Social e do Estado;
 - 7.3.3. O cronograma de repasses financeiros da unidade;
 - 7.3.4. Mecanismos de avaliação;
 - 7.3.5. Penalidades.
 - 7.3.6. O Contrato de Gestão deve ser o instrumento chave para regular o relacionamento entre o Estado e a Organização Social, tendo por objetivo:
 - 7.3.7. Clarificar o foco da Unidade interna e externamente;
 - 7.3.8. Oferecer uma base para se proceder a comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado;
 - 7.3.9. Definir níveis de responsabilidade e responsabilização.

8. ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO:

- 8.1 O acompanhamento e avaliação contínua por parte da **COMISSÃO FISCALIZADORA MULTIPROFISSIONAL**, nomeada pela Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, constituída por meio de portaria que designará os componentes, para supervisão das atividades da Organização Social gestora da unidade, consiste na fase mais importante, pois é dela que depende o atingimento da plena eficácia do contrato de gestão, fazendo dele um efetivo instrumento de gestão estratégica para implementação das políticas públicas de saúde.
- 8.2. Definimos como ciclo de avaliação dos contratos de gestão do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR) as seguintes ações:
 - 8.2.1. Geração de **Relatórios Parciais de Desempenho** Mensal, Trimestral e Anuais por parte da Organização Social;
 - 8.2.2. Os Relatórios Parciais de Desempenho deverão ser acompanhados de no mínimo os documentos comprobatórios:
 - a) Relatório Consolidado, para a unidade de saúde, dos resultados dos Indicadores e respectivos relatórios de apuração;
 - b) Demonstrativos de Despesas;
 - c) Demonstrativos de Folha de Pagamento;
 - d) Cópia das notas fiscais;
 - e) Extratos bancários da conta e aplicações financeiras;
- 8.3. Avaliação institucional da Organização Social;
- 8.4. Auditorias por parte do Estado e demais órgãos de controle interno e externo;
- 8.5. Implementação da política de resposta e gestão da informação por meio de Ouvidoria para avaliação de sugestões, reclamações, elogios e recomendações de servidores e usuários;
- 8.6. Identificar ações e medidas corretivas ou de melhorias;
- 8.7. Avaliar a ampliação de serviços ou a substituição quando aplicável;
- 8.8. Demais obrigações constantes na legislação aplicável ao caso.
- 8.9. Os resultados devem ser continuamente avaliados pela comissão da contratante, de tal forma que o efetivo controle seja exercido, no sentido de possíveis redirecionamentos durante o curso das ações e não de registro ou diagnóstico posterior.
- 8.10. O acompanhamento e a fiscalização do Contrato serão realizados por comissão competente devidamente designada pela Secretaria Estadual de Saúde.
- 8.11. A Comissão competente da CONTRATANTE responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação do Contrato de Gestão emitirá **Relatórios Técnicos Próprios** sobre os resultados alcançados pela CONTRATADA quanto à execução e tomando como base os **Relatórios de Desempenhos** apresentados pela CONTRATADA;
- 8.12. Os responsáveis pela fiscalização do Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

9. RELATÓRIOS DE DESEMPENHO:

- 9.1. A função dos relatórios de desempenho, além de prestar contas, é prover, tanto o Estado quanto a Organização Social, de informações acerca do grau de atingimento de metas pactuadas, conforme os indicadores definidos e segundo a sistemática de avaliação traçada. No caso da HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR), será utilizado duas espécies de relatórios (prestação de contas):
 - 9.1.1. Mensal (a cada prestação de contas);
 - 9.1.2. Relatório trimestral (resumo do trimestre com base nos mensais);
 - 9.1.3. Anuais (relatório final de exercício).
 - 9.1.4. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial, com envio de relatório conforme modelo de formulário aprovado pela Secretaria Estadual de Saúde, até o último dia útil do mês subsequente, para que sejam efetuados os devidos ajustes de repasses de recursos;

9.2. A avaliação de indicadores referente à parte variável de 30% composto por:

9.2.1. 20% de produção;

9.2.2. 10% de qualidade;

9.3. A cada período de 03 (três) meses, a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, a ser criada pela Secretaria Estadual da Saúde, procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, condicionando o valor do pagamento da parte variável da produção (20% - vinte por cento) e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento da parte variável da qualidade (10% - dez por cento).

9.4. Os dados do relatório devem se ater a questões cruciais e devem ser apresentados de forma concisa e compreensível ao Estado a cada mês e a cada ano.

9.5. Os relatórios, além de prestar contas sobre a atuação da instituição, devem conter informações que sejam úteis para a tomada de decisões, com vistas a eliminar fatores que tenham sido identificados como constrangedores de um melhor desempenho institucional, sempre com o foco no atendimento às diretrizes do Estado e às demandas dos pacientes do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR).

9.6. O relatório deve, objetivamente, conter dados que identifiquem principalmente:

9.7. Se os compromissos acordados no contrato de gestão são passíveis de monitoração;

9.8. Se há compromissos que apresentam falhas graves de concepção e de viabilidade de execução;

9.9. Se a instituição está sendo capaz de apontar causas e consequências de atrasos na execução de objetivos e metas;

9.10. Se há necessidade de atuação da Secretaria de Saúde junto a outras instâncias governamentais, no sentido de se buscarem melhores condições de viabilidade de atingimento dos compromissos acordados.

10. AUDITORIAS:

10.1. As auditorias ficam por conta dos Órgãos de Controle Interno e Externo e Tribunal de Contas, onde deve ocorrer dentro de sua programação normal.

11. DO VALOR ESTIMADO DA CONTRATAÇÃO:

11.1. O valor a ser disponibilizado pelo Estado de RORAIMA para custeio do GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR), considerando todas as etapas em pleno funcionamento será de parcelas mensais de em **R\$ 26.967.498,96 (vinte e seis milhões, novecentos e sessenta e sete mil, quatrocentos e noventa e oito reais e noventa e seis centavos)** incluindo as despesas gerais da unidade e custos compartilhados, totalizando o valor orçado máximo de **R\$ 323.609.987,52 (trezentos e vinte e três milhões, seiscentos e nove mil, novecentos e oitenta e sete reais e cinquenta e dois centavos)**, mais o valor disponibilizado para investimentos de até **R\$ 7.752.000,00 (sete milhões setecentos e cinquenta e dois mil reais)** conforme item 11.3., **totalizando o valor global estimado de R\$ 331.361.987,52 (trezentos e trinta e um milhões, trezentos e sessenta e um mil, novecentos e oitenta e sete reais e cinquenta e dois centavos), com base nas informações trazidas pelo ETP e pelo Anexo Técnico IV (5977981);**

11.2. A composição do custeio mensal corresponde a aproximadamente 70% fixo, relativo a despesas com pessoal e aproximadamente 30% variável, referente a outras despesas. Os 70% de pessoal é calculado com base no quantitativo de profissionais necessários aos serviços a serem ofertados pelo HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, condicionados ao seu porte, perfil e capacidade instalada, cujos salários são os salários praticados no mercado.

11.3. Além das parcelas mensais referentes ao custeio, o Estado de RORAIMA disponibilizará para efetuar despesas de investimentos condicionados à apresentação de até 24 (vinte e quatro) planos de trabalhos condicionados ao valor limite de até R\$ 7.752.000,00 (sete milhões, setecentos e cinquenta e dois mil reais). Os Planos de Trabalhos específicos serão avaliados e aprovados pela área técnica específica da SESAU que atendam aos critérios de conveniência e oportunidade para o melhor atendimento do interesse público:

11.3.1. A utilização desse recurso deverá ser devidamente comprovada, mediante relatório de prestação de contas e desempenho em 30 dias contados do recebimento da obra ou do serviço. Havendo saldo, deverão ser apresentados aos mesmos órgãos, a cada 30 dias, relatórios de prestação de contas contendo os serviços executados no período.

11.4. Em relação ao custo para a parte variável, correspondente a 30%, relativo a despesas de consumo e outros serviços, estimam-se os valores em conformidade com o histórico de gastos de unidades da rede, considerando algumas variáveis/parâmetros, tais como:

11.4.1. produção de consultas, exames e cirurgias a serem ofertados para definir os valores de medicamentos, materiais hospitalares, gases medicinais, material de higienização;

11.4.2. quantitativo de recursos humanos e de pacientes para definir os valores de gêneros alimentícios;

11.4.3. porte da unidade e produção para definir os valores de material de expediente, combustível, gás liquefeito, material de lavanderia/rouparia;

11.4.4. estrutura física (m²), número e complexidade de equipamentos, produção, perfil para definir os valores de manutenção e demais despesas.

12. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO:

12.1. O serviço em tela é de caráter indivisível e contínuo, tendo sua execução integrada tecnicamente pelo conjunto, desta forma não aplica-se o parcelamento da execução em itens autônomos.

13. IMPACTOS AMBIENTAIS E MEDIDAS DE TRATAMENTO:

13.1. O modelo de gestão deverá respeitar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, preservando a missão da Secretaria Estadual da Saúde de Roraima– SESAU/RR, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência de forma a assistir abrangentemente os usuários.

13.2. Garantir a assistência aos povos originários e populações vulneráveis, primando pelo respeito aos valores e costumes, desde que não apresentem riscos à segurança dos usuários. Propondo quando possível as técnicas, tratamentos e ambientes.

13.3. Observar as medidas de logísticas reversas, diligenciando para o descarte adequado de materiais de riscos (químicos, biológicos, infecto-contagiantes, radioativos e perfuro-cortantes), visando o resguardo ao meio ambiente.

13.4. Incentivar políticas de uso consciente, sustentáveis e racionalizados.

13.5. Atender ao cumprimento das metas/obrigações fiscais ou financeiras quanto ao manejo dos impactos e riscos ambientais e prestar informações periódicas acerca do funcionamento, além de quantificar as metas alcançadas.

14. DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:

14.1. DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

14.1.1. A avaliação dos serviços está descrita no ANEXO TÉCNICO I deste Termo de Referência.

14.2. DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

14.2.1. Roteiro para elaboração da Proposta de Trabalho deverá seguir os dispostos neste Termo de Referência.

14.2.2. Entende-se que a Proposta de Trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada para caracterizar o perfil da Unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da seleção, com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos deste Instrumento.

14.2.3. O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução.

14.2.4. A Proposta deverá ser apresentada de forma sucinta e clara, evidenciando os benefícios econômicos e sociais, abrangência geográfica a ser atendida, bem como seus resultados.

14.3. TÍTULO

14.3.1. Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 01/2022.

14.4. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

14.4.1. Este item deverá caracterizar o modelo gerencial da Proposta de Trabalho no **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR**, descrevendo:

14.4.2. Critério 1: ÁREA DE ATIVIDADE

14.4.2.1. Este item contempla a adequação da Proposta de Trabalho de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade e divide-se em dois grupos.

I. Organização de Atividade: os entes interessados apresentarão suas Propostas de Trabalho para Organização da Unidade Hospitalar nos seguintes itens:

- Implantação de Fluxos: fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento; fluxos para registros de documentos de usuários e administrativos; fluxo unidirecional para materiais esterilizados; fluxo unidirecional para roupas; fluxo unidirecional de resíduos de saúde.
- Implantação da Gestão: modelo e forma de gestão adotada pela OSS; proposta para regimento interno do hospital; proposta para regimento do serviço de enfermagem; proposta para regimento do corpo clínico.
- Implantação de Processos: proposta de manual de protocolos assistenciais; proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos conforme perfil da unidade; proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio; proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos.

II. Incremento de Atividades: os entes interessados apresentarão incremento de atividades de acordo com os seguintes critérios:

- Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais.

14.4.3. Critério 2: ÁREA DE QUALIDADE

14.4.3.1. Este item 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 Hospital e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas que monitoram os serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações no Hospital.

14.4.3.2. Qualidade Objetiva: aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no Hospital. O ente interessado estabelecerá sua Proposta de Trabalho para implantação de:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle, e Protocolos.
- Comissão de Revisão de Óbitos: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Apresentar dados mensais e análise de 100% (cem por cento) dos óbitos, analisando os de causas evitáveis.
- Comissão de Ética Médica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- Comissão de Ética em Enfermagem: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- Comissão de Residência Médica (COREME): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Plano anual de prevenção de acidentes. Plano de Manutenção, Operação e Controle dos respectivos sistemas de climatização - PMOC. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPAR, e demais planos relacionados a segurança do trabalhador.
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. são desempenhados por equipe de profissionais, contratados pelas empresas, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores
- Comissão de Documentação Médica e Estatística: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. A Apresentação de dados quanto ao volume assistencial.

k) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Desenvolver atividades de pesquisa concomitante com os programas de residência, estágio ou outros. Realizar parcerias com instituições e órgãos voltados para o ensino e pesquisa.

l) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar, monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

m) Comissão de Farmácia e Terapêutica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Organização específica do Serviço de Farmácia; 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, etc.

n) Comissão de Proteção Radiológica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Garantir a segurança dos trabalhadores e permitir análise de dados.

o) Comissão de Biossegurança: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

p) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Atender as demandas das RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 e, determinar meios de garanti a de preservação do meio ambiente.

q) Comitê Transfusional: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Estabelecer Serviço de Transfusão, sobre a utilização de hemocomponentes pelas diversas especialidades do hospital.

r) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores, como por exemplo: NOTIVISA.

s) Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores, como por exemplo: NOTIVISA.

t) Comissão Interna de Qualidade: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

u) Comissão de Padronização de Produtos para Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

v) Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Conforme protocolo de segurança do paciente e definições de entidades internacionais.

w) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores.

x) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar, monitorar, comunicar as unidades referenciadas da OPO.

y) Núcleo Interno de Regulação (NIR): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

z) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

aa) Comitê de Compliance: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa, bem como evitar, detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

ab) Outras comissões: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

14.4.3.3. Qualidade Subjetiva: aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (paciente e/ou acompanhante) obtém de sua passagem pelo Hospital. O ente interessado em sua oferta explicará as medidas para promoção de relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital:

a) Acolhimento: Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco. Como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH) para gestão de leitos, acolhimento com Classificação de Risco, utilizando protocolo que tenha validação científica, dentre outros.

b) Atendimento: Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários. Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de Pesquisa De Satisfação do Usuário, estabelecendo como irá pesquisar a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas. Proposta de implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

14.4.4. Critério 3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

14.4.4.1. Este item identifica a capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas no gerenciamento de unidades hospitalares, a apresentação da estrutura da Direção, a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar, a implementação e funcionamento de outros serviços assistenciais e de apoio, apresenta atividades em ciência e tecnologia, política de recursos humanos e a metodologia de projetos.

14.4.4.2. Experiência anterior em Gestão de Unidade de Saúde: Certificar mediante apresentação de documentos comprobatórios das experiências da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo, atestados ou certificados, expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, na execução de serviços de saúde de natureza similar ao objeto deste edital, incluindo o prazo da atividade desempenhada. A mesma unidade de saúde pontuará somente uma vez no mesmo Grupo:

- Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo que irão atuar na unidade, no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 200 leitos.
- Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo que irão atuar na unidade, no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 100 leitos.
- Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo que irão atuar na unidade, no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 leitos.
- Certificado de Acreditação – ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas, obtidos na gestão da OSS.

14.4.4.3. Para finalidade da avaliação do Item 14.4.4.1., os documentos devem conter:

- i) a identificação da pessoa jurídica emitente;
- ii) nome e o cargo do signatário;
- iii) timbre do emitente; período de vigência do contrato;

iv) objeto contratual com descrição das atividades compatível com a proposta do Edital de Chamamento Público sob responsabilidade direta da Organização Social.

14.4.4.4. Estrutura e experiência da Diretoria:

- Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.
- Apresentação da Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações.
- Descrição do organograma da Unidade até o segundo nível hierárquico.
- O ente interessado deverá apresentar currículos com documentos comprobatórios das experiências citadas e atestado fornecido por pessoa(s) jurídica(s) de Direito Público ou Privado, e comprovação do vínculo com a OSS.

14.4.4.5. 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.
- Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas urgências e unidades de terapia intensiva de adulto.
- Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias.
- Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.
- Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.
- Apresentação das rotinas de enfermagem por nível de qualificação dos profissionais, nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.
- Apresentação das rotinas de enfermagem por nível de qualificação dos profissionais, nas áreas de ambulatório, hospital dia e emergência.
- Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, incluindo serviços de enfermagem e outras áreas da saúde, assim como o tipo de vínculo com o Hospital.
- Horários de atividade de urgência e emergência, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobrevisto).
- Descrição da organização das Unidades de Internação (Enfermarias), salas de cirurgias, pronto socorro/pronto atendimento e ambulatórios.
- Compatibilização da Proposta de Trabalho com as diretrizes da SESA/RR.
- Descrição de como o proponente irá estabelecer a contra-referência com a Atenção Primária e com outros hospitais. Nesse caso apresentar um plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos, etc.

14.4.4.6. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

- Instruções para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.
- Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.
- Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.
- Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais no Hospital.
- Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.
- Apresentação de critérios para a contratação de serviço de terceiros.

14.4.4.7. Ciência e Tecnologia

- Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.
- Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.
- Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade hospitalar.

14.4.4.8. Política de Gestão do Trabalho

- Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.
- Apresentação de modelo de Avaliação de Desempenho com Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.
- Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal
- Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.
- Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.
- O ente interessado deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional.
- Neste tópico, solicita-se um quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital (dimensionamento estimado) por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional.
- Os profissionais que atuarão por meio de terceirizados, com por exemplo, lavanderia, higienização, segurança, não devem compor o quadro de dimensionamento requerido.

14.5. PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

14.5.1. A Proposta de Trabalho será analisada e pontuada conforme o quadro abaixo, sendo que a pontuação variará entre zero, não apresentou o quesito, ou apresentou o quesito errado, 50% (cinquenta por cento) da pontuação do quesito, se este atendeu parcialmente e a máxima só será obtida se atendeu a integralidade do quesito solicitado, de acordo com a especificação abaixo:

Critério	Itens de Avaliação	Pontuação Máxima
C.1 - ÁREA DE ATIVIDADE	1.1. Organização da Atividade	16 pontos
	1.2. Incremento de Atividades	04 pontos
TOTAL CRITÉRIO 1		20 pontos
C.2 - ÁREA DE QUALIDADE	2.1. Ações voltadas à Qualidade Objetiva	12 pontos
	2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva	08 pontos
TOTAL CRITÉRIO 2		20 pontos
C.3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	3.1. Experiência Anterior da OSS e/ou de seus Gestores	11 pontos
	3.2. Estrutura e experiência da Diretoria	06 pontos
	3.3. Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar	18 pontos
	3.4. Implantação de Funcionamento de Outros Serviços	12 pontos
	3.5. Política de Recursos Humanos	13 pontos
TOTAL CRITÉRIO 3		60 pontos
PONTUAÇÃO MÁXIMA TOTAL		100 pontos

14.6. MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO:

14.6.1. Para composição da matriz de avaliação para julgamento e classificação das Propostas de Trabalho deste processo de seleção deverão ser avaliados e observados o detalhamento dos ITENS DE AVALIAÇÃO com as respectivas pontuações conforme quadros a seguir:

14.6.2. Critério 1 (C.1): ÁREA DE ATIVIDADE:

14.6.2.1. No conjunto da proposta corresponde a 20 pontos positivos

14.6.2.2. Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços (16 pontos) e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Hospitalar. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial (04 pontos).

C.1 - ÁREA DE ATIVIDADE	Item	Total

Organização das Atividades	Implantação de Fluxos (A forma de apresentação será considerada, levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas	02 pontos	07 pontos
		Fluxos para registro de documentos de usuários e administrativos	01 ponto	
		Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	02 pontos	
		Fluxo unidirecional de resíduos de serviço de saúde	02 pontos	
	Implantação de Gestão	Proposta de Regimento Interno da Unidade	01 ponto	03 pontos
		Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	
		Proposta de Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	
	Implantação de Processos	Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais	02 pontos	06 pontos
		Proposta de Manual de Rotinas administrativas do Almoxarifado e Patrimônio	02 pontos	
		Proposta de Manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	02 pontos	
	Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	01 ponto	04 pontos

14.6.3. Critério 2 (C.2): ÁREA DE QUALIDADE

14.6.3.1. No conjunto da proposta corresponde a 20 pontos positivos

14.6.3.2. 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 da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva (12 pontos) a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva (08 pontos) relacionadas com a humanização das relações na Unidade, acolhimento e atendimento do usuário.

C.2 - ÁREA DE QUALIDADE	Item	Total

Qualidade Objetiva	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts

	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Ética em Enfermagem	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Verificação de Óbito	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Residência Médica (COREME)	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,25 pts	0,5 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pts	
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Serviço de Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Documentação e Estatística	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comitê de Ética em Pesquisa	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMNT)	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	

Comitê Transfusional	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão Interna de Qualidade	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Núcleo Interno de Regulação	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	
Outra Comissão	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	0,2 pts	0,4 pts
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pts	

Qualidade Subjetiva	Acolhimento	Proposta para realizar o acolhimento dos pacientes na Urgência da unidade, de demanda espontânea e referenciada pelos Serviços Móveis de Urgência	02 pontos	04 pontos
		Proposta para realizar o acolhimento dos pacientes no setor de Ambulatório e Internação	02 pontos	
	Atendimento	Proposta de como realizará o atendimento e acomodação dos acompanhantes dos usuários que tem direito à acompanhante	02 pontos	04 pontos
		Proposta de realizar a implantação da Ouvidoria na unidade e como se vinculará à SESAU/RR, bem como realizará pesquisa de satisfação com usuários e acompanhantes	02 pontos	

14.6.4. Critério 3 (C3): QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

14.6.4.1. No conjunto da proposta corresponde a 60 pontos positivos

14.6.4.2. Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas na gestão de unidades de saúde com serviços de natureza semelhante ao objeto do edital (11 pontos); apresenta a estrutura e a experiência da Diretoria (06 pontos); a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar (18 pontos); a implantação e funcionamento de outros serviços (12 pontos) e apresenta política de recursos humanos (13 pontos).

C.3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA		Item	Total
Experiência anterior em Gestão Hospitalar da proponente ou de seu corpo diretivo	Experiência da OSS ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	02 pontos	11 pontos
	Experiência da OSS ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	02 pontos	
	Experiência da OSS ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	01 ponto	
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular	03 pontos	
	Certificado de Acreditação (ONA, Joint Commission Internacional, Qmentum) da OSS	03 pontos	
Estrutura e experiência da Diretoria a ser alocada na unidade	Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo até o 4 nível hierárquico	02 pontos	06 pontos
	Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão de serviços de saúde (hospitalar) dos membros da diretoria e coordenações (0,5 pt para cada membro)	02 pontos	
	Experiência dos membros da diretoria e coordenações no gerenciamento de Unidade Hospitalar (0,5 pts para cada membro)	02 pontos	

Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar Assistencial	Apresentação de quadro de pessoal técnico assistencial (Enfermeiros e Técnico de Enfermagem) por área de atenção compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho	02 pontos	18 pontos
	Rotinas de enfermagem, por nível de qualificação dos profissionais, para os setores da Urgência/Emergência, UTI e UCO	02 pontos	
	Rotinas de enfermagem, por nível de qualificação dos profissionais, para os setores do Ambulatório, Enfermaria, CME e Bloco Cirúrgico	02 pontos	
	Rotinas operacionais médica para os setores da Urgência/Emergência, UTI e UCO	02 pontos	
	Rotinas operacionais médica para os setores do Ambulatório e Enfermaria	02 pontos	
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho	03 pontos	
	Instrução para funcionamento do Serviço Social, com definição de rotinas, área de abrangência, horário de funcionamento e dimensionamento da equipe	03 pontos	
	Instrução para funcionamento da Equipe Multidisciplinar Assistencial, com definição de rotinas, área de abrangência, horário de funcionamento e dimensionamento da equipe	03 pontos	
	Apresentação de norma para padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	03 pontos	
Implementação e Funcionamento de outros serviços	Norma para funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	12 pontos
	Norma para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais médicos e medicamentos.	02 pontos	
	Norma para realização dos procedimentos de aquisição de materiais, insumos e equipamentos	02 pontos	
	Norma para realização dos procedimentos de contratação de prestação de serviços de terceiros	02 pontos	
	Norma para funcionamento do serviço de SND, Lavanderia, SHL, Manutenção Predial e Manutenção de Equipamentos Médicos-hospitalar	04 pontos	
Política de Recursos Humanos	Quadro de Dimensionamento Geral de Colaboradores CLT, com CH/Semanal, valor de salário, gratificações, insalubridade, encargos sociais e previdenciários, adicionais legais, provisionamento, conforme planilha do Anexo	05 pontos	13 pontos
	Norma para seleção de pessoal CLT	02 pontos	
	Projeto de desenvolvimento humano, com avaliação de desempenho e pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	
	Propostas de ações para combater o absenteísmo dos profissionais e estimular a produção	03 pontos	

14.7. METODOLOGIA DE JULGAMENTO DA PROPOSTA DE TRABALHO

14.7.1. Serão desclassificadas as propostas técnicas que:

14.7.1.1. Não atingirem uma pontuação total mínima de 50 (cinquenta) pontos ou que não alcancarem 50% do total possível em cada um dos CRITÉRIOS: 1 - Atividade; 2 - Qualidade e 3 - Qualificação Técnica.

14.7.1.2. Não atenderem às exigências deste Edital.

14.7.1.3. Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio do HGR, com valores manifestamente inexequíveis, isto é, que destoem daqueles possíveis e necessários para fins de cumprimento das metas propostas no presente Termo de Referência.

14.7.1.4. Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio do **HGR**, com valores acima do teto máximo previsto no item 7 deste Termo de Referência.

14.7.2. No julgamento da Pontuação Técnica para a definição da Nota Técnica (NT) será considerado o somatório dos resultados obtidos por cada CRITÉRIO de avaliação, conforme fórmula a seguir:

$$NT = F1 + F2 + F3$$

14.7.3. 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, conforme fórmula abaixo:

$$ITP = NT / MNT$$

14.7.4. No julgamento das Propostas de Preço (ANEXO II) para a definição da Nota de Preço (NP) serão avaliados os Preços Propostos (PP) pelos participantes da seleção, dividida pelo Menor Preço proposto entre os participantes (MP), conforme fórmula abaixo:

$$NP = MP / PP$$

14.7.5. 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 = 80

PROPOSTA DE PREÇOS: PESO = 20

$$NA = ((ITP \times 80) + (NP \times 20))$$

10

Onde:

NA= Nota de Avaliação / ITP = Proposta Técnica / NP = Proposta de Preços.

14.6. Será declarada vencedora do processo de seleção a OSS, cuja avaliação técnica e de preço, venha obter a melhor NA (Nota de Avaliação) de acordo com a fórmula acima descrita.

14.7. A OSS vencedora, será convocada para encaminhar, no prazer definido neste Edital, a documentação referente à regularidade física e financeira, e caso esta não encaminhe, ou sua documentação não atenda aos requisitos deste Edital, será convocada a OSS classificada em segundo lugar, para apresentação, e assim por diante até a última colocada.

14.8. QUALQUER DOCUMENTAÇÃO QUE NÃO TIVER SUA IDONEIDADE COMPROVADA PODERÁ IMPLICAR EM DESCLASSIFICAÇÃO DA OSS, BEM COMO, EM SUA DESQUALIFICAÇÃO NO ESTADO DE RORAIMA.

15. DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA FINANCEIRA:

15.1 Apresentar Balanço Patrimonial apto a demonstrar a boa situação financeira da licitante que será avaliada pelos Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), maiores que 01 (um), resultantes da aplicação das fórmulas abaixo, com os valores extraídos de seu balanço patrimonial ou apurados mediante consulta "online" no caso de empresas inscritas no SICAF:

Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo

LG = -----

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

Ativo Total

SG = -----

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

Ativo Circulante

LC = -----

Passivo Circulante

15.1.1. *Licitantes constituídas há menos de um ano, não se concebe condicionar a comprovação da idoneidade financeira à apresentação dos demonstrativos contábeis do último exercício financeiro, sendo possível demonstrá-la por outros documentos, a exemplo da exibição do Balanço de Abertura;*

15.1.2. Ficará responsável pela análise da documentação solicitada acima o Departamento de Contabilidade do FUNDES/SESAU.

16. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

16.1. A Comissão competente da CONTRATANTE responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação do Contrato de Gestão emitirá Relatórios Técnicos Próprios sobre os resultados alcançados pela CONTRATADA quanto à execução do contrato e tomando como base os Relatórios de Desempenhos apresentados pela CONTRATADA.

16.2. Os responsáveis pela fiscalização do Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária;

16.3. Realizar Avaliação e Autorização quando solicitada pela Contratada, no que se refere a possibilidade de prorrogar o período de permanência na localidade que esteja sendo realizado os atendimentos, sempre que houver necessidades excedentes;

16.4. Realizar a designação da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização dos serviços, conforme previsto no Decreto nº. 19.213-E, de 23/07/2015.

16.5. Realizar o pagamento, em até 30 dias uteis após o recebimento da Nota fiscal;

17. RESULTADOS PRETENDIDOS:

17.1. Buscando minimizar as necessidades da população e qualificar os serviços de saúde oferecidos pelo estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, definiu como estratégia macro a implementação da gestão por Organização Social para o HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR), nos moldes estabelecidos pelo Ministério da Saúde, atendendo a toda a legislação vigente e com qualificada assistência.

17.2. O Hospital Geral de Roraima é o único hospital de Alta complexidade de Roraima, ele atende toda a população do estado, estimada segundo dados do IBGE 2021 é de 652.713 habitantes no estado de Roraima, sendo 436.591 habitantes em Boa Vista, município em que se encontra a unidade. O hospital

trabalho atendendo também a tríplex fronteira, Venezuela, Guiana inglesa e Suriname, sendo referência no atendimento à população indígena do estado e fronteiriços.

17.3. A unidade de saúde HGR é referência no Estado, portanto busca ofertar todas as especialidades médicas tanto clínicas quanto cirúrgicas, apesar da inapetência do Parque Tecnológico que por vezes compromete a plenitude da realização de exames de alta complexidade - tomografias, RNM, endoscopia, colonoscopias, possuindo ainda a UNACON responsável pela Assistência Oncológica, inserida em seu serviço.

17.4. A SESAU está buscando adotar um modelo de gestão que atenda às necessidades da população do Estado de Roraima, melhorando o atual sistema, tornando mais céleres os processos de serviços, reduzindo a demanda reprimida e otimizando a qualidade dos serviços ofertados, assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

17.4.1. Implementação de técnicas de atendimento com foco na melhoria de resultados por meio de capacitações continuadas;

17.4.2. Garantir a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;

17.4.3. Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;

17.4.4. Recompôr o quadro de mão de obra especializada devidamente capacitada e treinada, em quantidade suficiente e adequada, captando se necessário força de trabalho junto de outras unidades da Federação, ampliando assim a oferta de especialidades;

17.4.5. Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;

17.4.6. Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde adotado no Estado de Roraima, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, em consonância com as políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda espontânea e de forma referenciada por meio do Núcleo Interno de Regulação, SAMU e Corpo de Bombeiros, preservando a missão da Secretaria Estadual de Saúde de Roraima.

18. DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE PARTICIPAÇÃO NO CERTAME:

18.1. Em razão das vedações legais, não poderá participar do procedimento de contratação:

a) O fornecedor suspenso de participar de licitação e impedido de contratar com o Governo do Estado de Roraima, durante o prazo da sanção aplicada;

b) O fornecedor impedido de licitar e contratar com a Administração Pública, durante o prazo da sanção aplicada;

c) O fornecedor declarado inidôneo para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação;

d) O fornecedor proibido de contratar com o Poder Público, em razão do disposto no art. 72, §8º, inciso V, da Lei nº 9.605/1998 (Atividades Lesivas ao Meio Ambiente).

e) O fornecedor proibido de contratar com o Poder Público, nos termos do art. 12, da Lei nº 8.429/1992 (Improbidade Administrativa);

f) Os interessados que por ventura sejam enquadrados nas vedações previstas no art. 9º da Lei nº 8.666/1993;

f.1) Entende-se por "participação indireta" nos termos do art. 9º da Lei nº 8.666/93 a participação no certame ou procedimento de contratação de empresa em que uma das pessoas listadas no citado dispositivo legal figure como sócia, pouco importando o seu conhecimento técnico acerca do objeto da licitação ou mesmo a atuação no processo licitatório.

g) O fornecedor cujo estatuto ou contrato social não seja pertinente e compatível com o objeto deste termo;

h) Sociedade estrangeira não autorizada a funcionar no País;

i) As sociedades integrantes de um mesmo grupo econômico, assim entendidas aquelas que tenham diretores, sócios ou representantes legais comuns, ou que utilizem recursos materiais, tecnológicos ou humanos em comum, exceto se demonstrado que não agem representando interesse econômico em comum;

j) Consórcio de empresa, qualquer que seja sua forma de constituição;

k) A verificação do atendimento das condições indicadas na letra "a" até a letra "e" serão realizadas de forma consolidada por meio de consulta no portal do Tribunal de Contas da União (TCU), no endereço eletrônico <https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/> ou por qualquer outro meio idôneo de consulta.

19. FISCALIZAÇÃO:

19.1. A execução das obrigações contratuais deste instrumento será fiscalizada por **COMISSÃO FISCALIZADORA MULTIPROFISSIONAL**, nomeada pela Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, constituída por meio de portaria que designará formalmente os componentes, para supervisão das atividades da Organização Social gestora da unidade, com autoridade para exercer, como representantes desta Secretaria, toda e qualquer ação de orientação geral, observando-se o exato cumprimento de todas as cláusulas e condições decorrentes deste instrumento, determinando o que for necessário à regularização das falhas observadas, conforme prevê o art. 67 da Lei nº 8.666/93, concomitantemente com o Decreto Estadual nº 19.213-E, de 23/07/2015, publicado no DOE de 24/07/2015, o qual regulamenta a fiscalização dos contratos no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Estado de Roraima.

19.2. A Comissão Fiscalizadora Multiprofissional deve ser preferencialmente, nomeados dentre servidores efetivos, observados os demais critérios estabelecidos do Decreto Estadual nº 19.213-E;

19.3. Na hipótese da impossibilidade de atendimento do dispositivo acima, a nomeação do servidor deve ser precedida da devida justificativa (§ 2º do art. 2º do Decreto Estadual nº 19.213-E);

19.4. Os membros devem ter, preferencialmente, fundado conhecimento técnico atinente ao serviço executado ou produto adquirido, especialmente nos casos que versarem sobre serviços e/ou produtos de natureza não comuns (art. 3º do Decreto Estadual nº 19.213-E);

19.5. A Comissão competente da CONTRATANTE responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação do Contrato de Gestão emitirá **Relatórios Técnicos Próprios** sobre os resultados alcançados pela CONTRATADA quanto à execução e tomando como base os **Relatórios de Desempenhos** apresentados pela CONTRATADA;

19.6. Uma vez finalizada a execução do contrato e tendo sido devidamente atestado a regular execução dos serviços, os membros da comissão deverão emitir, quando for o caso, o Atestado de Realização dos Serviços Definitivos (ANEXO II) sendo considerado, nesse ato, concluídas as atividades do fiscal frente ao respectivo contrato (art. 5º do Decreto Estadual nº 19.213-E);

19.7. Os membros da comissão que atestarem fatura, nota fiscal, ou documento com igual finalidade, declaram neste ato que o serviço ou material a que se refere foi satisfatoriamente prestado ou integralmente fornecido, nos exatos termos e exigências fixadas no termo contratual (§ 1º do art. 5º do Decreto Estadual nº 19.213-E);

19.8. O ateste equivocado quanto à qualidade e condições de entrega do produto ou prestação do serviço, bem como a emissão do Atestado de Recebimento de Material Definitivo ou o Atestado de Realização dos Serviços Definitivos, acima mencionados, constitui ato passivo de responsabilização do servidor, nos termos da legislação em vigor (§ 2º do art. 5º do Decreto Estadual nº 19.213-E);

19.9. A nomeação de servidor público para a execução das atividades de membros da Comissão de Fiscalização, nos termos do art. 109, incisos III e VI, da Lei Complementar nº 053/2001, constituem obrigação inerente à atividade do servidor público, notadamente o dever de exercer com zelo e dedicação as

atribuições legais e regulamentares essenciais ao cargo, bem como, o cumprimento de ordens superiores, não cabendo alegação de recusa à designação, exceto quando se tratar de ato manifestamente ilegal (art. 7º do Decreto Estadual nº 19.213-E);

19.10. Os **ANEXOS** citados neste item de FISCALIZAÇÃO são aqueles constantes no Decreto Estadual nº 19.213-E.

20. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS/PENALIDADES:

20.1. CONTRATADA ficará sujeita, em caso de atraso injustificado na execução do contrato, sem prejuízo da rescisão unilateral e de outras sanções previstas na Lei 8.666/93, às sanções administrativas previstas nas seguintes hipóteses:

- a) Advertência por escrito em caso de atraso injustificado na execução do contrato;
- b) 15% (quinze por cento), sobre o valor da proposta, em caso de recusa da CONTRATADA em assinar o Contrato dentro de 05 (cinco dias úteis), contado data de sua convocação;
- c) 0.3% (três décimos por cento) sobre o valor do empenho, por dia de atraso na execução do objeto contratual, limitado este atraso em até 15 dias;
- d) 5% (cinco por cento) sobre o valor do empenho, por atraso na execução do objeto contratual quando superior a 15 dias;
- e) 15% (quinze por cento) sobre o valor do empenho do Contrato não realizado, no caso de:
 - e.1 – Atraso superior a 30 (trinta) dias, na execução dos serviços;
 - e.2 – Desistência da execução dos serviços;
- f) 15% (quinze por cento) sobre o valor do empenho, caso a CONTRATADA venha a dar causa à rescisão contratual, sem prejuízo das ações cíveis ou criminais aplicáveis à espécie.
- g) A suspensão temporária do direito de participar de licitações e contratar com o CONTRATANTE por um período não superior a 02 (dois) anos;
- h) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido prazo da sanção aplicada com base no item anterior;

20.2. As penalidades estabelecidas nas alíneas “c” e “d”, do subitem 20.1, poderão ser suspensas em face de casos fortuitos, ou de força maior, desde que devidamente justificados e comprovados;

20.3. As sanções previstas na alínea “g” e “h”, itens do subitem 20.1, poderão ser aplicadas em conjunto com as demais sanções, facultada a defesa prévia do interessado no respectivo processo no prazo de 05 (cinco) dias úteis;

20.4. As sanções previstas na alínea “g” e “h”, itens do subitem 20.1, poderão também ser aplicadas à CONTRATADA quando, em razão dos compromissos assumidos:

- a) Seu (s) representante (s) legal (ais) tenha(m) sofrido condenação criminal definitiva por prática, nesta condição, de fraude, de fraude fiscal no reconhecimento de quaisquer tributos;
- b) Praticarem ilícitos, visando frustrar os objetivos da licitação, demonstrando não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública.

Parágrafo Único – os valores das multas referidas nesta Cláusula serão descontados de qualquer fatura ou crédito da CONTRATADA em favor do CONTRATANTE.

20.5. A Contratada será sancionada com o impedimento de licitar e contratar com o Governo do Estado de Roraima e será descredenciada do Sistema de Cadastramento de Fornecedores do Contratante pelo prazo de até 05 anos, sem prejuízo das multas previstas neste termo e das demais cominações legais, nos seguintes casos:

20.5.1. Apresentar documentação falsa.

20.5.2. Retardar a execução do objeto.

20.5.3. Falhar ou fraudar na execução do contrato.

20.5.4. Comportar-se de modo inidôneo tais como os descritos nos Art. 337-E ao Art. 337-P do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2848/1940);

20.5.5. Cometer fraude fiscal.

20.6. Para as condutas descritas nos itens 20.5.1, 20.5.2, 20.5.3 e 20.5.5, será aplicada multa de até 20% do valor total da contratação.

20.7. A Contratada poderá sofrer a penalidade de advertência prevista no inciso I, do art. 87, da Lei n.º 8.666/1993, nos casos de falha na execução do objeto que não acarrete prejuízo significativo ao Contratante.

20.8. Se o valor do crédito for insuficiente para cobrir o valor da multa, fica a Contratada obrigada a recolher a importância devida no prazo de 15 dias, contados da comunicação formal.

20.9. Fica assegurada o contraditório e ampla defesa quando da aplicação das penalidades definidas neste item, iniciando-se com a defesa prévia no prazo de 5 dias úteis, contados da intimação formal da Contratada.

20.10. As penalidades regularmente aplicadas serão registradas no SICAF e publicadas no Diário Oficial do Estado de Roraima.

21. VIGÊNCIA CONTRATUAL:

21.1. Depois de homologado o resultado da seleção, a entidade selecionada, quando convocada para assinatura do Contrato de Gestão;

21.2. O prazo inicial de vigência do Contrato de Gestão decorrente da presente seleção é de até 60 (sessenta) meses, a partir da última assinatura do instrumento de Contrato, em atenção às legislações pertinentes ao objeto, Lei Estadual nº 1.439 de 8 de dezembro de 2020 e Decreto nº 31.033-E de 1º de outubro de 2021.

21.3. O Contrato de Gestão deverá conter as condições de prorrogação, renovação, alteração, suspensão, rescisão, incluindo regras para a sua renegociação total e parcial e sanções previstas para os casos de inadimplemento, na forma da Lei.

22. DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL:

22.1. O contrato poderá ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do Contratante e as justificativas adequadas à situação.

23. DA RESCISÃO CONTRATUAL:

23.1. A inexecução total ou parcial da obrigação ensejará sua rescisão, com as consequências contratuais, de acordo com o disposto nos artigos 77 a 80 da lei 8.666/93 e alterações posteriores.

23.2. A rescisão contratual poderá ainda ocorrer conforme art. 79, I c/c art. 78, XII da Lei 8.666/93 e suas alterações (por razões de interesses públicos).

23.3. A rescisão do contrato poderá ser:

- a) Determinada por ato unilateral e escrito da Administração;
- b) Amigável, por acordo entre as partes, reduzidas a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração;
- c) Judicial, nos termos da legislação;

23.4. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

23.5. Ocorrendo impedimento, paralisação ou sustação do Contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente por igual tempo;

23.6. A rescisão por descumprimento das cláusulas contratuais acarretará a retenção dos créditos decorrentes da contratação, até o limite dos prejuízos causados à CONTRATANTE, além das sanções previstas neste instrumento;

24. DA SUBCONTRATAÇÃO

24.1. Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

25. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO DO ÓRGÃO) – PAM-Ep.5978125.

25.1. O Artigo 9º da Lei 1.439/2020 estabelece a observância “sempre que possível as rubricas orçamentárias”, neste sentido a necessidade da presente contratação encontra-se respaldada/contemplada no Plano Anual de Trabalho - PAT da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado para o exercício de 2022, ou, se for o caso, justificando a ausência de previsão, conforme disponibilidade orçamentária abaixo:

- PROGRAMA DE TRABALHO: 10.302.0782.434
- FONTE DE RECURSO: 107/109/188/307/388/181/381
- ELEMENTO DE DESPESA: 33.50.85 e 4450.85
- TIPO DE EMPENHO: ESTIMATIVO.

25.2. Os repasses dos valores financeiros de custeio do GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR) serão efetivados mediante a liberação de 60 (sessenta) parcelas mensais, conforme cronograma físico/financeiro pactuado no Contrato de Gestão, sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 70% (setenta por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 30% do orçamento mensal, dividida em 20% (vinte por cento) com base na produção e 10% (dez por cento) com base na avaliação de indicadores de qualidade.

25.3. As parcelas mensais de custeio serão repassadas à OSS até o 5º (quinto) dia útil do mês corrente da competência do custeio.

25.4. A 1ª parcela será repassada no ato da assinatura do contrato gestão, sendo relativa ao 1º mês de custeio a serem efetivamente executados e a 2ª parcela será repassada no mês seguinte ao efetivo funcionamento.

25.5. A data considerada como inicial para contagem do 1º mês da parceria será a data do efetivo início do GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR).

25.6. Os valores correspondentes a despesas de investimentos, constantes do **item 11.3**, serão repassadas até o 5º dia útil do mês corrente, após a devida aprovação pela equipe responsável.

26. PARÂMETROS DE JULGAMENTO E DA CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO:

26.1. Contendo pelo menos os critérios do ANEXO I e observado o Tópico 14, bem como:

- a) Delimitação de cada critério como forma de admitir critérios Objetivos;
- b) Delimitação de pontuação por cada critério;
- c) Somatório e Pontuação máxima;

27. PROPOSTA DE TRABALHO

27.1. A PROPOSTA deverá ser apresentada tendo como base as condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

- ANEXO I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVOS DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÕES E DESEMPENHO ([5977937](#));
- ANEXO II - ENSINO E PESQUISA ([5977965](#));
- ANEXO III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS ([5977972](#));
- ANEXO IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL ([5977981](#));
- ANEXO V - SISTEMA DE REPASSE, AVALIAÇÃO DE METAS E PRESTAÇÃO DE CONTAS ([5977987](#));
- ANEXO VI - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL ([5978031](#));
- ANEXO VII - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS ([5978034](#));

28. POSICIONAMENTO CONCLUSIVO SOBRE A VIABILIDADE E RAZOABILIDADE DA CONTRATAÇÃO:

28.1. Opina-se pela aprovação do estudo técnico de viabilidade da contratação por meio do qual os estudos preliminares evidenciaram que a contratação de organização social para gerenciamento do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - (HGR) mostra-se possível tecnicamente e fundamentadamente necessária.

28.2. Diante do exposto, declara-se ser VIÁVEL a contratação pretendida do ponto de vista técnico e gerencial do contrato, sendo necessária análise de viabilidade econômico-financeira e jurídica pelas autoridades competentes para que possam tomar ciência dos atos e as providências cabíveis

29. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

29.1. Os casos omissos serão resolvidos pela autoridade administrativa responsável e de acordo com o que dispuserem as normas em vigor;

29.2. As partes elegem o Foro da Circunscrição Judiciária de Boa Vista capital do Estado de Roraima, para dirimir quaisquer questões oriundas do Contrato, preterindo outros;

29.3. Considerando que a Coordenação foi informada para esclarecimentos, conforme Análise (EP. [5945722](#)) onde foi respondidos através dos Ep's: [5962905](#), consideramos as informações constantes no ETP (EP. [5962905](#)), esta é de responsabilidade da referida Coordenação, para a correta instruções dos autos;

29.4. Ressaltamos que o presente Termo de Referência foi elaborado com base nas informações técnicas extraídas do PAM's (EP. [5978125](#)), ETP (EP. [5962905](#)), cuja as informações nele contida são de inteira responsabilidade dos seus elaboradores e Gestor do Processo (CGA), sendo de responsabilidade deste Núcleo de Processo acrescentar as informações mínimas necessárias conforme o Art. 6º da Lei 8.666/93.

Elaborador(a):

(Assinatura eletrônica)
JOELMA DA C. CAVALCANTE SILVA
NP/GERTRPB/SESAU

Revisado e Aprovado:**NOTA:**

O presente Termo de Referência e seus anexos devem ser revisados pelo Gestor do Processo no intuito de verificar se atende aos pré-requisitos para aquisição do objeto, podendo apresentar as considerações que julgar necessárias em despacho próprio para que este Núcleo de Processos proceda com as correções.

(Assinatura Eletrônica)
GABRIELLE ARAÚJO FRANCELINO
Diretora de Departamento de Administração

(Assinatura Eletrônica)
DIEGHO GOMES CABRAL DE MACEDO
Coordenação Geral de Administração – CGA/SESAU

(Assinatura Eletrônica)
PATRÍCIA RENOVATO DE OLIVEIRA FREITAS
Diretora do Hospital Geral de Roraima

Autorizado:

(Assinado Eletronicamente)
CECÍLIA SMITH LORENZON BASSO
Secretária de Estado da Saúde SESAU/RR

ANEXO TÉCNICO I**ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO****1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:**

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

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos colaboradores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Roraima" com seu respectivo logotipo, bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.5.1. É vedado às OSS o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão do Hospital.

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, 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 na Unidade observando as Resoluções vigentes do Conselho Federal de Medicina.

1.7. Será de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo, garantido a ampla defesa e o contraditório;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar online à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da OSS ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência do Contrato de Gestão, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso.

1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

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

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

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

e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosamente e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima.

m) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.

- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima;

1.19. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.24. Alcançar os índices de desempenho e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos do Contrato de Gestão.

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Central de Regulação Estadual para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR13534 e NBR 15943.

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBRISO 17025.

1.34. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes, através dos seguintes indicadores:

- Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.
- Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRTMS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 - DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

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

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

1.39. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.39.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às 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.

1.39.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.39.3. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.39.4. O PARCEIRO PRIVADO adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com backup e transferidos on line para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SESAU/RR.

1.39.5. O PARCEIRO PRIVADO compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.39.6. O PARCEIRO PRIVADO compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SESAU/RR. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de link, pois ficarão hospedadas na SESAU/RR, ao que será informado previamente.

1.40. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e conforme as diretrizes do SUS.

1.41. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.41.1. Manter a Agência Transfusional (AT) em pleno funcionamento;

1.41.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.41.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

1.41.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SESAU/RR.

1.41.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SESAU/RR e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.41.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

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

1.41.8. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SESAU/RR com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada - PPI/SESAU-RR em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SESAU/RR.

1.41.9. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro e/ou pela SESAU-RR. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.41.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.41.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SESAU/RR, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.41.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro, de forma a atender a legislação vigente.

1.41.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SESAU/RR, de forma atender a 100% das necessidades.

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

1.41.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SESAU/RR, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.41.16. Caso necessário e definido pela SESAU/RR, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo HEMOCENTRO e/ou pela SESAU/RR, utilizá-los quando necessário aos pacientes, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SESAU/RR e/ou HEMOCENTRO.

1.41.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo, etc...). O Sistema de informática deverá permitir interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SESAU/RR. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.41.18. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SESAU/RR e sob sua responsabilidade.

1.41.19. Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.41.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.41.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais a técnicos operacionais e técnicos compatíveis.

1.41.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.41.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais eventualmente distribua hemocomponentes mediante autorização da SESAU/RR.

1.41.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.41.25. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SESAU/RR no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.41.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.41.27. A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas seguintes Comissões/Comitês:

- Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
- Comitê da Qualidade.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos.
- Núcleo de Segurança do Paciente.

1.41.28. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.
- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.
- Programa de Treinamento e Educação Permanente.

1.41.29. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários e registros dos pacientes, relacionados aos procedimentos hemoterápicos e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.41.30. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.41.31. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.41.32. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.41.33. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SESAU/RR, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.41.34. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SESAU/RR, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.41.35. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SESAU/RR.

1.41.36. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SESAU/RR.

1.41.37. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SESAU/RR.

1.41.38. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, necessários só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional.

1.41.39. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Roraima, sempre que

necessário e autorizado.

1.41.40. Deverá manter programa e/ou ações permanentes para captação de doadores de sangue, direcionando-os ao HEOCENTRO;

1.41.41. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

1.41.42. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SESAU/RR. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

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

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SESAU/RR.

2.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

2.4. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados no município de Boa Vista/RR, por meio do Central de Regulação.

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

2.6. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter o NIR, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.7. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SESAU/RR, para avaliação da assistência prestada.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

- **Nome:** Hospital Geral de Roraima – Rubens de Sousa – HGR
- **CNES:** XXXXXXXXXXXXX
- **Endereço:** Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1364 – Bairro Aeroporto, Boa Vista – Roraima, CEP: 69.305-455.
- **Tipo de Unidade:** Hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Roraima.
- **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente, Porta de Entrada (aberta), Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

3.1.2 O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR-Hospital Geral de Roraima é o único hospital de Alta complexidade do Estado de Roraima, ele atende toda a população do Estado, estimada segundo dados do IBGE 2021 é de 652.713 habitantes no estado de Roraima, sendo 436.591 habitantes em Boa Vista, capital do Estado e município em que se encontra a unidade. O hospital trabalho atendendo também Em razão do Estado de Roraima esta localizo numa região do Brasil a trípliceno qual faz fronteira, com os países sul-americanos, Venezuela, Guiana inglesa e Suriname, acaba por atender imigrantes ilegais e refugiados vindo desses países, sendo ainda, referência no atendimento a população indígena do estado e fronteiriços.

3.1.3 O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR está estruturado com perfil de atendimento de média e alta complexidade, funcionará com atendimentos de urgência e emergência 24h (clínica e cirúrgica), cirurgias eletivas, atendimento clínico ambulatorial, SADT e internação (cirúrgica e clínica).A unidade de saúde é referência em todas as especialidades médicas tanto clínicas quanto cirúrgicas e para realização de exames de alta complexidade - tomografias, RNM, endoscopia, colonoscopias, possuindo ainda a UNACON inserida em seu serviço.

3.1.4. A SESAU/RR está buscando adotar um modelo de gestão que atenda às necessidades da população do Estado de Roraima, melhorando o atual sistema, tornando mais céleres os processos de serviços, reduzindo a demanda reprimida e otimizando a qualidade dos serviços ofertados, assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

- Garantir a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde adotado no Estado de Roraima, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, em consonância com as políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda espontânea e de forma referenciada por meio da o Núcleo Interno de Regulação Estadual, SAMU e Corpo de Bombeiros, preservando a missão da Secretaria Estadual de Saúde SESAU/RR de Roraima.

3.2 PERFIL DA UNIDADE

3.2.1. O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Buco maxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião do Município de Boa Vista/RR.

3.3 LINHAS DE SERVIÇO

3.3.1 Para o funcionamento do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

1) Internação:

- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Cirúrgicas;
- Saídas Cirúrgicas Programadas;
- Saídas Leito Dia (Cirurgias ambulatoriais): intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar;
- Internações em leitos de UTI.

2) Atendimento Ambulatorial – Consultas Médicas e Multiprofissionais:

- Consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

3) Atendimento Ambulatorial – SADT Externo:

- Corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

3.3.2 Os atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

3.4. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

3.4.1 A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

3.4.1.1 Será de inteira responsabilidade pelo PARCEIRO PRIVADO o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

3.4.1.2 Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do PARCEIRO PRIVADO ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do PARCEIRO PRIVADO os valores correspondentes.

3.4.1.3 Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao PARCEIRO PRIVADO.

3.4.1.4 Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

3.4.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

3.4.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

3.4.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000);
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

3.4.5. Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

3.4.6. O **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR** possui Agência Transfusional (AT), que por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SESAU/RR.

3.4.6.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Roraima.

3.4.6.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SESAU/RR.

3.4.6.3. O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SESAU/RR, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

3.4.7. As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de presta/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;
- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SESAU/RR (unidade de comando e direção da política estadual);
- Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SESAU/RR e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente;
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garanti a do seu pleno funcionamento;
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;
- Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SESAU/RR com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SESAU/RR em Hemoterapia e outros que envolvam a prestação presta hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SESAU/RR;
- Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SESAU/RR. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins;
- Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente);
- Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SESAU/RR, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica;
- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente;
- Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SESAU/RR, de forma atender a 100% das necessidades;
- Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde;
- A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SESAU/RR, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário;
- Caso necessário e definido pela SESAU/RR, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SESAU/RR, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SESAU/RR;
- Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SESAU/RR. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados;
- Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SESAU/RR e sob sua responsabilidade;
- Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS;
- Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis;
- Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional;
- Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes;
- Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente;
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SESAU/RR no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica;
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar;
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões/Comitês;
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação;

- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional;
- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos;
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente;
- Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SESA/RR, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes;
- Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SESA/RR, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais;
- Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SESA/RR;
- Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SESA/RR;
- Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SESA/RR.

3.5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (CLÍNICA E CIRÚRGICA)

3.5.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências, clínico e cirúrgico, referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual, durante 24h.

3.5.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea ou por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco.

3.5.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Roraima.

3.5.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.5.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

3.5.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

3.5.7. Deve ser ofertado atendimento de urgência e emergência nas especialidades médicas de Clínica Médica, Clínica Geral, Psiquiatria, Traumatologia, Ortopedia, Bucomaxilo, Infectologia, Pneumologia, Hematologia, Endocrinologia, Neurologia-clínica, Nefrologia, Otorrinolaringologia, Oncologia Clínica, Medicina intensiva, Oftalmologia, Urologia, Gastroenterologia, Proctologia e Cardiologia.

3.5.8. Deverá ainda ser ofertado em caráter de urgência e emergência cirúrgica nas especialidades de Traumatologia-ortopedia, Bucomaxilo, Cardiologia, Oftalmologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia-Geral, Cirurgia Torácica, Anestesiologia e Cirurgia cabeça e pescoço.

3.5.9. A Porta Hospitalar de Urgência deverá estar implantada em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização, com implantação do serviço através de Acolhimento e com Classificação de Risco (ACCR).

3.6. AMBULATÓRIO

3.6.1. O atendimento ambulatorial será de pacientes egressos do próprio hospital e referenciados pelo Núcleo Interno de Regulação Central de Regulação do Estado. Funcionará, no mínimo, das 07h00 horas às 19h00, de segunda-feira a terça à sexta-feira, nas seguintes especialidades médicas: Cardiologia, e Ortopedia, Anestesiologia, Oncologia e Cirurgia Plástica;

3.6.2. Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada:

3.6.2.1. O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

3.6.2.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

1. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
2. Interconsulta;
3. Consultas subsequentes (retornos).

3.6.2.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

3.6.2.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

3.6.2.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

3.6.2.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

3.6.2.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

3.6.2.8. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Roraima.

3.6.2.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

3.6.2.10. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que o PARCEIRO PRIVADO responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas.

3.6.2.11. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

Quadro Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR**

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HGR	
Cardiologia – exames pré-operatórios (risco cirúrgico)	
Cirurgia Plástica (ambulatório de pré e pós-cirúrgico)	
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós-cirúrgico)	
Cirurgia Oncológica (ambulatório de pré e pós-cirúrgico)	
Anestesiologia (risco cirúrgico)	

3.7. CIRURGIA ELETIVA

3.7.1. Deverá ser disponibilizado cirurgias eletivas nas especialidades de Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia-Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia cabeça e pescoço, Cardiologia, Ortopedia, Oncologia e Cirurgia Plástica, com apoio de equipe médica da especialidade de Angiologista.

3.7.2. Os pacientes eletivos cirúrgicos serão egressos do atendimento ambulatorial da própria unidade, bem como, do ambulatório de atendimento especializados no Hospital Coronel Mota e outros, a serem regulados para unidade pela Central de Regulação do Estado.

3.8. SADT – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (INTERNO)

3.8.1. Deverá ser ofertado exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes, abrangendo os seguintes serviços: Raio X, Ultrassonografias, Citopatologia, Endoscopia, Colonoscopia, Tomografia, Eletroencefalograma, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Uretrocistografia, Urografia excretora, Eletroneuromiografia, Broncoscopia, Angiografia, Arteriografia, Mamografia, Imunoistoquímica, Broncoscopia, Cateterismo Cardíaco, bem como exames laboratoriais, como: Bioquímica, Coprologia, Hematologia, Hormônios, Imunologia, Fluidos corporais, Microbiologia, Patologia clínica, Gasometria arterial, Uroanálise e Anatomia Patológica.

3.9. SADT EXTERNO

3.9.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a solicitação para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

3.10. INTERNAÇÃO

3.10.1. Funcionará com capacidade operacional para internação de 351 leitos distribuídos nas enfermarias, emergência e UTI, conforme quadro demonstrativo abaixo:

BLOCO A	
ESPECIALIDADES	NÚMERO DE LEITOS
CARDIOLOGIA	20
GASTROENTEROLOGIA	08
NEUROLOGIA CLÍNICA	10
ONCOLOGIA	20
ISOLAMENTO	02
TOTAL	60
BLOCO B	
ESPECIALIDADES	NÚMERO DE LEITOS
CLÍNICA MÉDICA	18
INFECTOLOGIA	24
PNEUMOLOGIA	06
ISOLAMENTO	02
TOTAL	50
BLOCO E	
ESPECIALIDADES	NÚMERO DE LEITOS
ONCOLOGIA CIRÚRGICA	28
ORTOPEdia CIRÚRGICA	30
ISOLAMENTO	02
TOTAL	60
BLOCO F	
ESPECIALIDADES	NÚMERO DE LEITOS
CIRURGIA GERAL	30
NEUROCIrURGIA	20
UROLOGIA	08
ISOLAMENTO	02
TOTAL	60
UNIDADE CORONARIANAUTI I	
ESPECIALIDADES	NÚMERO DE LEITOS
UTI I	20
UTI II	20
UNIDADE CORONARIANA	11
TOTAL	51
EMERGÊNCIA	
ESPECIALIDADES	NÚMERO DE LEITOS

ÁREA VERMELHA	14
ÁREA AMARELA	15
ÁREA verde	12
POSTO I	6
POSTO II (RPA)	11
SALA DE DECISÃO	12 * (Poltronas)
TOTAL	70
TOTAL DE LEITOS	351

3.10.2. A internação do paciente dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento e caso ocorra inexistência eventual de leitos vagos, a direção do hospital obrigará-se a regular os pacientes através do Núcleo Interno de Regulação, para os demais serviços de saúde SUS. Os leitos do hospital deverão estar todos disponibilizados para o Núcleo Interno de Regulação.

3.11. SERVIÇOS DE APOIO

3.11.1. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

3.11.2. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: Deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

3.11.3. Serviço de Hotelaria e Lavanderia - SHL: O SHL é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

3.11.4. Central de Material e Esterilização – CME: A CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

3.11.5. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar, tais como Arquivo de Prontuários de Pacientes, Estatística, Nutrição, Engenharia Clínica, Serviço Social, Terapia Ocupacional e de Psicologia.

3.11.6. Deverá contar ainda com Manutenção Geral, Vigilância e Segurança Patrimonial, Informatização, Serviço de Higienização, Gases Medicinais, Gerência de Risco e de Resíduos Sólidos, Núcleo de Epidemiologia e Setor de Controle de Infecção Hospitalar, além dos demais setores administrativos.

3.12 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

3.12.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no **HGR** está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos.

3.12.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Roraima subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Roraima, da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima – SESA/RR.

3.12.3. A avaliação da OPO será realizada pela GERTRAN e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do **HGR** e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela referida Gerência.

3.13. RECURSOS HUMANOS

3.13.1. A Contratada deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência em saúde e Resoluções dos Conselhos Profissionais.

3.13.2. Implantar a Política de Gestão de Pessoas apresentada, em atendimento às normas estabelecidas na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

3.13.3. Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR 32/2005 do MTE. Será garantido o aproveitamento máximo dos servidores estaduais atualmente lotados no **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR** e cedidos para execução do Contrato de Gestão com ônus para o Estado, sendo à devolução ao RH Estadual exceção e de forma motivada ou por solicitação do próprio servidor.

3.14. ESTRUTURA FÍSICA

3.14.1. **Área total construída: 31.626,67 m²**

a) 23.126,67m² de área construída;

b) 8.500m² de área externa.

4. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

4.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes, o PARCEIRO PRIVADO e/ou a SESA/RR, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

4.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

5. PROPOSTA DE MELHORIAS

5.1. O PARCEIRO PRIVADO poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SESA/RR.

5.2. Para todo e qualquer projeto, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SESAU/RR, para validação e autorização quanto à execução pelo PARCEIRO PRIVADO.

5.3. Após aprovação do projeto pela SESAU/RR, serão repassados para o PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

5.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pomenorizada a necessidade, emiti do parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

5.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Contrato de Gestão, o PARCEIRO PÚBLICO revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo PARCEIRO PRIVADO.

6. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

- a) Relatórios financeiros, em regime mensal;
- b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal;
- c) Relatório de Custos, em regime trimestral;
- d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

6.2. PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

6.3. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

I - METAS DE PRODUÇÃO

7. REGRA GERAL

7.1. São apresentadas as metas de produção contratualizados com o **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**, para o período de 12 meses, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade as metas podem ser alterados sempre que necessário, conforme avaliação de demanda.

7.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar mensalmente a Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR**.

7.3. A produção realizada deve ser encaminhada até último dia útil do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU/RR). Todavia, nada obsta que o PARCEIRO PÚBLICO solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

7.4. O não cumprimento das metas estipuladas pelo motivo de falta de demanda, não serão glosados quaisquer valor de repasse, devendo após 12 (doze) meses perdurando a situação, ser revistos as metas não atendidas, com o devido equilíbrio financeiro.

7.5. São considerados como Metas de Produção, determinantes do repasse da parte assistencial, os seguintes critérios:

- a) atendimentos de Urgência e Emergência
- b) Consulta Médica em Urgência/Emergência;
- c) Classificação de Risco.

7.5.1 Internações Hospitalares

- a) Saídas Clínicas
- b) Saídas Cirúrgicas
- c) Saídas Cirúrgicas programadas

7.5.2. Atendimentos Ambulatoriais:

- a) Consulta médica na atenção especializada

7.5.3. SADT EXTERNO

Quadro síntese de metas do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**.

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Atendimento de Urgência/Emergência	Consulta Médica em Urgência/Emergência	6.000	72.000
	Classificação de Risco	6.000	72.000
Internação	Clínica Cirúrgica	360	4.320
	Clínica Médica	650	7.800
Cirurgia	Cirurgia Programada (Eletivas)	180	2.160
Atendimento Ambulatorial	Consulta Médica em Atenção Especializada	950	11.400
SADT Externo	Endoscopia	150	1.800
	Broncoscopia	50	600
	Colonoscopia	150	1.800

8. METAS ESPECÍFICAS

8.1. ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente atendimento em Urgência e Emergência, com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde.

8.1.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos os usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

8.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

8.1.4. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

8.1.5. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SESA/RR para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

8.1.6. Quadro de metas de Atendimento em UE do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**.

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Atendimento em Urgência/Emergência	Consulta Médica em Urgência/Emergência	6.000	72.000
	Classificação de Risco	6.000	72.000

8.2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

8.2.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares em clínica cirúrgica e clínica médica, com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde.

8.2.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

8.2.2.1. As saídas clínicas contemplam também as saídas neurológicas (TMP de 6 dias), especialidades (TMP de 5 dias) e carcerário (TMP de 3 dias).

8.2.2.2. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas (eletivas) e de urgência/emergência.

8.2.2.3. As saídas cirúrgicas contemplam também as saídas ortopédicas de urgência (TMP de 6 dias), saídas ortopédicas programadas (TMP de 3 dias), especialidades de urgência (TMP de 5 dias) e especialidades programadas (TMP de 2,5 dias).

8.2.2.4. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Quadro de metas de **INTERNAÇÃO HOSPITALAR** do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Internação	Clínica Cirúrgica	360	4.320
	Clínica Médica	650	7.800

8.3. CIRÚRGIA PROGRAMADA

8.3.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente cirurgias programadas, com variação de $\pm 10\%$.

8.3.2. As cirurgias programadas estão contempladas nas saídas cirúrgicas.

Quadro de metas de **CIRURGIA PROGRAMADA** do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Cirurgia Programada (Eletivas)	Cirurgia Ortopédica	120	1.440
	Cirurgia Especialidades	60	720

8.4. AMBULATÓRIO

8.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de atendimento ambulatorial em Consultas Médicas mensais de 950 consultas, com variação de até 10%.

8.4.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e demanda regulada do Complexo Regulador Estadual.

8.4.3. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

8.4.4. As consultas realizadas pela Enfermagem poderão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, estabelecendo as etapas da consulta: análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro), resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico; plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e registro, que é a legitimação das ações do profissional.

8.4.5. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

8.4.6. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

Quadro de metas **AMBULATORIAL** do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Atendimento Ambulatorial	Consulta Médica em Atenção Especializada	950	11.400

8.5. SADT EXTERNO

8.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames de Endoscopia, Broncoscopia e Colonoscopia, para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro de metas do **SADT EXTERNO** do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR**

Dimensão	Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
SADT Externo	Endoscopia	150	1.800
	Broncoscopia	50	600
	Colonoscopia	150	1.800

II – INDICADORES DE DESEMPENHO

9. INDICADORES DE DESEMPENHO (QUALIDADE)

9.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

9.2. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SESAU/RR, até o último dia útil do mês subsequente.

9.3. Os quadros a seguir apresentam os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão em UTI (48h)	≤5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

9.4. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

9.4.1. **Conceituação:** Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

9.4.2. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar:

- inadequação do número de leitos à região;
- baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso;
- falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência);
- insatisfação da clientela.

9.4.3. **Fórmula:** [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

9.5. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIA)

9.5.1. **Conceituação:** Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

9.5.2. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

9.5.3. **Fórmula:** [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

9.6. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (HORAS)

9.6.1. **Conceituação:** Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

9.6.2. **Fórmula:** [(100 - Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

9.7. TAXA DE READMISSÃO EM UTI EM ATÉ 48 HORAS (READMISSÃO PRECOCE EM UTI)

9.7.1. **Conceituação:** Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão.

9.7.2. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI. O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

9.7.3. **Fórmula:** [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

9.8. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (EM ATÉ 29 DIAS)

9.8.1. **Conceituação:** O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão.

9.8.2. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissã o potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.

9.8.3. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetria são excluí das, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

9.8.4. O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

9.8.5. **Fórmula:** [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

9.9. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIH

9.9.1. **Conceituação:** Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

9.9.2. **Fórmula:** [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

9.10. PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS POR CONDIÇÕES OPERACIONAIS (CAUSAS RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE)

9.10.1. **Conceituação:** Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

9.10.2. **Fórmula:** [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

9.11. PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS POR CONDIÇÕES OPERACIONAIS (CAUSAS RELACIONADAS AO PACIENTE)

9.11.1. **Conceituação:** Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

9.11.2. **Fórmula:** [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

9.12. PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DA GRAVIDADE DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (FARMACOVIGILÂNCIA)

9.12.1. **Conceituação:** monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico.

9.12.2. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

9.12.3. **Fórmula:** [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

9.13. RAZÃO DO QUANTITATIVO DE CONSULTAS OFERTADAS

9.13.1. **Conceituação:** Nº de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

9.13.2. **Fórmula:** Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

9.14. PERCENTUAL DE EXAMES EXTERNOS DE IMAGEM COM RESULTADO DISPONIBILIZADO EM ATÉ 10 DIAS.

9.14.1. **Conceituação:** Proporção de exames de imagem de pacientes externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

9.14.2. **Fórmula:** [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

9.15. PERCENTUAL DE MANIFESTAÇÕES QUEIXOSAS RECEBIDAS NO SISTEMA DE OUVIDORIA DO SUS

9.15.1. **Conceituação:** Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

9.15.2. **Fórmula:** [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

ANEXO TÉCNICO II ENSINO E PESQUISA

1. ENSINO E PESQUISA

1.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

1.2. Tem por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Roraima, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

1.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

1.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Roraima, o PARCEIRO PRIVADO deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

1.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo PARCEIRO PRIVADO, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

1.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Roraima poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Roraima – SESA/RR.

1.7. O PARCEIRO PRIVADO desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SESA/RR, e/ou pela própria OSS.

1.8. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

1.9. O PARCEIRO PRIVADO será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESA/RR.

- 1.10. O PARCEIRO PÚBLICO realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESAU/RR, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.
- 1.11. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o PARCEIRO PRIVADO.
- 1.12. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.
- 1.13. O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.
- 1.14. O PARCEIRO PRIVADO deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.
- 1.15. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.
- 1.16. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

2. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

- 2.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, PARCEIROS PRIVADOS, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.
- 2.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o PARCEIRO PRIVADO e o Governo do Estado de RORAIMA também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.
- 2.3. Cabe à SESAU/RR formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da unidade em parceria com a Organização Social em Saúde.
- 2.4. O PARCEIRO PRIVADO desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.
- 2.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.
- 2.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.
- 2.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o PARCEIRO PÚBLICO e o PARCEIRO PRIVADO, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.
- 2.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.
- 2.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado da SESAU/RR e acompanhado pela OSS por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública a ser definida pela SESAU/RR.
- 2.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo.
- 2.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 2.10, em razão da equidade.
- 2.12. As bolsas de Residência Médica do HGR são financiadas pelo MS e SESAU/RR. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do HRG tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).
- 2.13. O PARCEIRO PRIVADO deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU.

3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

- 3.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por PARCEIRO PRIVADO deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.
- 3.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- 3.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia na gestão das atividades acadêmicas.
- 3.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.
- 3.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).
- 3.6. Quando cabível, competirá ao PARCEIRO PRIVADO, por meio da COREME, buscar a substituição das bolsas atualmente pagas pela SESAU/RR por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.
- 3.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI), ao setor técnico da SESAU/RR para acompanhamento e monitoramento dos dados.

3.8. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrms>

3.9. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESAU/RR até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

3.10. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

3.11. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESAU/RR, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

4.1. A unidade hospitalar sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SESAU/RR.

4.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

4.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SESAU/RR e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SESAU/RR).

4.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

4.5. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o seu funcionamento administrativo.

4.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um colaborador administrativo.

4.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

4.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

4.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SESAU/RR deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes;

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

4.10. Preceptor é o profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à unidade hospitalar executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

4.10.1.. Preceptor Colaborador é colaborador vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar no desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESAU/RR, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

4.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da unidade hospitalar executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESAU/RR para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS.

4.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESAU/RR.

4.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESAU/RR para ciência e validação.

4.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na unidade hospitalar.

4.15. Nos PRAPS/SESAU/RR a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucamaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

4.16. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores, conforme legislação vigente.

4.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do art. 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

4.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

4.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

4.19. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

4.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI), ao setor técnico da SESAU/RR para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESAU/RR até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

5. DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESAU/RR.

5.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

5.3. Ocorrendo a situação descrita no item 5.2, caberá à SESAU/RR informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

5.4. No âmbito das Residências Médicas da SESAU/RR, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SESAU/RR.

5.4.1. O valor das bolsas será baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SESAU/RR é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

5.4.2. Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

5.4.3. As despesas de custeio diverso para o residente e para os PRAPS e PRM são para aspectos relacionados exclusivamente aos Programas de Residências, tais como: aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, assinatura de periódico, eventos científicos, impressora, computadores, Tablets, Datashow, material de uso individual para o residente não disponibilizados pela unidade hospitalar (exemplo: estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa (exemplo: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, manequins para aulas práticas) entre outros.

5.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SESAU/RR é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

5.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SESAU/RR e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada.

5.7. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, inclusive no custeio mensal da unidade hospitalar.

5.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio a SESAU/RR poderá proceder com o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

6. ESTÁGIOS CURRICULARES

6.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

6.2. Os estágios no âmbito da SESAU/RR são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, ou outras que venham substituí-las.

6.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SESAU/RR e/ou com a OSS, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

6.4. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela OSS (PARCEIRO PRIVADO).

7. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

7.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

7.2. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará o PAC à SESAU/RR, via protocolo no SEI, até 180 (cento e oitenta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESAU/RR.

7.3. A SESAU/RR por meio de setor competente, monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, semestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos.

ANEXO TÉCNICO III

GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS

Este anexo constitui parte integrante ao Contrato de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR. Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes:

- I. Especificações Técnicas, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços; e
- II. Quadro de Servidores cedidos.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Obedecer às 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.

1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo

SUS.

- 1.3. Disponibilizar equipe médica 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.2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.
- 1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a ser emprestados. Deverá obedecer às 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.
- 1.5. Constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.
- 1.6. Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.
- 1.7. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.
- 1.8. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado de Roraima disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.
- 1.9. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo PARCEIRO PÚBLICO.
- 1.10. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade.
- 1.11. Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do PARCEIRO PRIVADO o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SESA/RR.
- 1.12. Poderá o PARCEIRO PÚBLICO deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao PARCEIRO PRIVADO os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Roraima por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Roraima, ressalvados os casos de gozo de férias.
- 1.13. Para efeito de compensação financeira, o PARCEIRO PÚBLICO somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO.
- 1.14. A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo PARCEIRO PRIVADO no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido.
- 1.15. O PARCEIRO PÚBLICO disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.
- 1.16. O PARCEIRO PRIVADO deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.
- 1.17. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.
- 1.18. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO.
- 1.19. O PARCEIRO PRIVADO deverá comprovar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.
- 1.20. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.
- 1.21. O PARCEIRO PRIVADO poderá devolver ao PARCEIRO PÚBLICO servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo PARCEIRO PÚBLICO.
- 1.22. O PARCEIRO PRIVADO em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.
- 1.23. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo PARCEIRO PRIVADO têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo PARCEIRO PRIVADO, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.
- 1.24. Cabe ao PARCEIRO PÚBLICO o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo PARCEIRO PRIVADO, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.
- 1.25. O PARCEIRO PRIVADO deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.
- 1.26. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo PARCEIRO PRIVADO, ressalvados os casos em que previsão legal e houver compatibilidade de horários, assim entendida, a comprovação da viabilidade do efetivo e integral cumprimento da carga horária, tanto no cargo público quanto no emprego privado.
- 1.27. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado, todos do Estado de Roraima, bem como de Diretores, estatutários ou não, do PARCEIRO PRIVADO, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.
- 1.28. O PARCEIRO PRIVADO não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.
- 1.29. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo PARCEIRO PÚBLICO, deverá o PARCEIRO PRIVADO comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

1.30. Assegurar ao PARCEIRO PÚBLICO, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUZA BENTO		
Tipo de Gestão	() Dupla Estadual (X) Municipal ()	
Esfera Administrativa	(X) Estadual Municipal ()	
SAMU	(X) Sim Não ()	
CUSTO DIRETO		
RECURSOS HUMANOS (CGTES)		
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	MÉDIA DOS ÚLTIMOS 6 MESES (R\$)
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL SUPERIOR	426	6.270.547,48
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO	804	2.925.777,81
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL FUNDAMENTAL	172	380.620,38
TOTAL EFETIVOS	1.402	9.576.945,67
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL SUPERIOR	529	5.915.185,18
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO	576	1.469.902,25
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL FUNDAMENTAL	70	91.044,52
TOTAL SELETIVADOS	1.175	7.476.131,95
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL SUPERIOR	39	124.300,96
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO	4	4.431,60
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL FUNDAMENTAL	11	12.030,38
TOTAL COMISSIONADOS	54	140.762,94
SUBTOTAL (1)	2.631	17.193.840,56

Fonte: Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - CGTES

ANEXO TÉCNICO IV ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL

1.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR, o qual será objeto de seleção de organização sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS) no Estado de Roraima e, posterior, celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, 7 dias por semana.

1.2. Para o cálculo estimado do custo operacional, foram considerados todos os custos operacionais atuais do HGR, cujos valores foram extraídos dos levantamentos contábeis da SESAU/RR, referente a esta unidade.

1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela UNIDADE HOSPITALAR.

1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.6. A produção realizada deve ser encaminhada até o último dia útil do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU/RR). Todavia, nada obsta que o PARCEIRO PÚBLICO solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR, foi segmentada conforme possíveis linhas de contratação. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado.

2.2. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

- Capacidade física instalada e operacional da Instituição;
- Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH) de outras unidades;
- Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;
- Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.3. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das Internações Hospitalares, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1 METODOLOGIA

3.1.1. Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento foi consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade;

b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial;

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3. Para o cálculo, foi utilizado percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH), com referência de 2019 e de 2020

3.1.4. Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do benchmark de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67% e de janeiro a dezembro de 2021, no valor de 5,69%. A base de dados utilizada de comparação de custeio não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020 e 2021, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.5. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 e 2021 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que os anos de 2020 e 2021 foram cercados de atipicidade, sendo inteiramente marcados por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

3.1.6. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 e 2021 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.7. Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.8. Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

3.1.9. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.2. PERCENTIS (25, 50 E 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

3.2.2. O percentil adotado foi o P50, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidade possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convencionou-se a utilização do P50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil da aquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo benchmark nacional com os a realidade dos próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

3.3. MEMÓRIA DE CÁLCULO

3.3.1. O critério usado para o custeio das "Internações Hospitalares" é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTI's. O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária. Média de permanência de 7 dias UTI.

3.3.2. O custeio do "Hospital dia" foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos pelo custo unitário praticado pela própria unidade, exclui-se o custeio dos "Procedimentos ambulatoriais", já precificados nos atendimentos emergenciais e ambulatoriais.

3.3.3. O custeio das cirurgias foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica.

3.3.4. O custeio das "Consultas Ambulatoriais" foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em consultas médicas e consultas multiprofissionais. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa.

3.3.5. O critério para o "Atendimento de Urgência na Atenção Especializada" envolve o número de atendimentos, e seu custeio foi estimado multiplicando-se a meta estabelecida (a qual pondera pela série histórica e pela demanda), pelo respectivo custo unitário, dados obtidos de base KPIH.

3.3.6. O custeio do "Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)" externo foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, sendo estes dados obtidos de bases externas.

3.4 ATUALIZAÇÃO DE VALORES

3.4.1. Foi aplicado índice FIPE - Saúde (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67% e janeiro a dezembro de 2021, em 5,69%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o benchmark de 2020/2021, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao benchmark externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um benchmark com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

3.4.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020/2021.

3.4.3. A utilização do benchmark de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no benchmark de 2020/2021 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

3.4.4. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao necessário para o cumprimento das metas pactuadas.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o custeio mensal estimado para a operacionalização do **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA – HGR**, é de R\$26.967.498,96 (vinte e seis milhões, novecentos e sessenta e sete mil, quatrocentos e noventa e oito reais e noventa e seis centavos), no percentil P50.

4.2. O montante global a ser repassado é de R\$1.618.049.937,60 (um bilhão, seiscentos e dezoito milhões, quarenta e nove mil, novecentos e trinta e sete reais e sessenta centavos), para os 60 (sessenta meses) de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

4.3. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

DESPESAS OPERACIONAIS	MENSAL P50	%
1. Pessoal	R\$ 17.193.840,56	63,76%
Gastos Pessoal	R\$ 17.193.840,56	63,76%
2. Insumos Assistenciais	R\$ 4.593.433,79	17,03%
2.1. Materiais Descartáveis/Materiais de Penso (Material médico / hospitalar)	R\$ 1.213.057,74	4,50%
2.2. Medicamentos	R\$ 1.201.519,19	4,46%
2.3. Dietas Industrializadas (enterais/parenterais)	R\$ 1.100.000,00	4,08%
2.4. Gases Medicinais	R\$ 273.144,30	1,01%
2.5. OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)	R\$ 680.000,00	2,52%
2.6. Outras Despesas com Insumos Assistenciais	R\$ 120.000,00	0,44%
2.7 Material de Higienização e Limpeza para equipamentos e instrumentais	R\$ 5.712,56	0,02%
3. Materiais/Consumos Diversos	R\$ 853.234,78	3,16%
3.1. Material de Higienização e Limpeza	R\$ 599.187,15	2,22%
3.2. Material diversos	R\$ 1.430,74	0,01%
3.3. Material Expediente	R\$ 5.150,65	0,02%
3.4. Combustível	R\$ 94.586,24	0,35%
3.5. GLP	R\$ 148.000,00	0,55%
3.6. Material de Manutenção	R\$ 2.000,00	0,01%
3.7. Tecidos e Fardamentos	R\$ 2.880,00	0,01%
3.8. Outras Despesas	R\$ 0,00	0,00%
4. Seguros/Tributos/Despesas Bancárias	R\$ 0,00	0,00%
4.1. Seguros (Imóvel e veículos)	R\$ 0,00	0,00%
4.2. Tributos (Impostos e Taxas)	R\$ 0,00	0,00%
4.3. Despesas Bancárias (Juros/Tarifas)	R\$ 0,00	0,00%
5. Gerais	R\$ 408.820,10	1,52%
5.1. Telefonia/Internet	R\$ 2.693,60	0,01%
5.2. Água	R\$ 119.905,53	0,44%
5.3. Energia Elétrica	R\$ 179.878,97	0,67%
5.4. Aluguéis/Locação de geradores	R\$ 72.500,00	0,27%
5.5. Serviços de videomonitoramento	R\$ 33.842,00	0,13%
6. Serviços Terceirizados/Contratos de Prestação de Serviços	R\$ 3.300.581,62	12,24%
6.1 Serviços de manutenção de radioimagem	R\$ 38.450,16	0,14%
6.2 Locação de software	R\$ 0,00	0,00%
6.3 Consultoria/assessoria e treinamentos	R\$ 0,00	0,00%
6.4 Rede complementar de saúde (exames clínicos, etc)	R\$ 503.445,20	1,87%
6.5 Serviços de hemodiálise Beira Leito	R\$ 683.267,41	2,53%
6.6 Serviços Laboratoriais de análises clínicas	R\$ 362.890,00	1,35%
6.7 Serviços de calibragem de bomba de infusão	R\$ 53.843,00	0,20%
6.8 Serviços de locação de impressoras com fornecimento de papel	R\$ 29.360,00	0,11%
6.9 Serviços de controle de acesso	R\$ 29.166,67	0,11%
6.10 Serviços de fornecimento de refeição	R\$ 593.333,33	2,20%
6.11 Serviços de manutenção de equipamentos laboratoriais e médico-hospitalares	R\$ 43.200,00	0,16%
6.12 Serviços laboratoriais de gasometria	R\$ 498.625,85	1,85%
6.13 Serviços de diagnóstico	R\$ 465.000,00	1,72%
7. Manutenção Geral	R\$ 567.588,11	2,10%
7.1 Lavanderia	R\$ 105.303,87	0,39%
7.2 Coleta de lixo hospitalar	R\$ 89.530,44	0,33%
7.3 Engenharia Clínica	R\$ 0,00	0,00%
7.4 Limpeza e desinfecção hospitalar	R\$ 99.864,52	0,37%
7.5 Serviços de Manutenção de veículos	R\$ 27.823,02	0,10%
7.6 Serviços de vigilância desarmada	R\$ 4.371,67	0,02%
7.7 Locação de veículo	R\$ 531,67	0,00%
7.8 Serviços de dedetização, desratização e descolombofolia	R\$ 15.732,58	0,06%

7.9 Serviços de manutenção das centrais de ar	R\$ 11.321,40	0,04%
7.10 Serviços de limpeza de caixas de água e cisternas	R\$ 6.486,14	0,02%
7.11 Serviços de limpeza de fossas sépticas e sistema esgoto	R\$ 1.322,80	0,00%
7.12 Serviços de Manutenção de Equipamentos Médico Hospitalares	R\$ 205.300,00	0,76%
8. INVESTIMENTO EM ENSINO E PESQUISA	R\$ 50.000,00	0,19%
TOTAL DESPESAS MENSAL	R\$ 26.967.498,96	100,00%

Referência Bibliográfica: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO TÉCNICO V
SISTEMA DE REPASSE, AVALIAÇÃO DE METAS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

I – SISTEMA DE REPASSE

- Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do sistema de pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos.
- Para efeito de repasses, a atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 02 modalidades; Indicador 1 (IN 1 – METAS DE PRODUÇÃO) 10% e Indicador 2 (IN 2 – INDICADORES DE DESEMPENHO) 10%:

Modalidade	
IN 1	METAS DE PRODUÇÃO
IN 2	INDICADORES DE DESEMPENHO

- As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob cogestão do PARCEIRO PRIVADO.
- Além das atividades de rotina, a OSS poderá realizar outras atividades de assistência em saúde, submetidas à prévia análise e autorização da SESAU/RR, conforme especificado neste Termo de Referência, respeitadas as limitações previstas em lei.
- O PARCEIRO PRIVADO poderá, por interesse da SESAU/RR e mediante Termo Aditivo, implementar novos serviços dentro da unidade.
- Os recursos financeiros para a execução do objeto do Contrato de Gestão serão repassados à OSS mediante transferências oriundas da SESAU/RR, sendo permitido ao PARCEIRO PRIVADO o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos seus ativos financeiros e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob sua administração.
- Para a execução do objeto deste Instrumento, a SESAU/RR repassará à OSS, no prazo e condições constantes neste instrumento e seus anexos, para um período de 60 (sessenta) meses.
- O montante do orçamento econômico-financeiro anual para a execução do objeto deste instrumento, a SESAU/RR repassará ao PARCEIRO PRIVADO, no prazo e condições constantes deste instrumento e seus anexos, o valor anual estimado em R\$ 323.609.987,60 (trezentos e vinte e três milhões, seiscentos e nove mil, novecentos e oitenta e sete reais e sessenta centavos), referente a 12 parcelas mensais de R\$ R\$26.967.498,96 (vinte e seis milhões, novecentos e sessenta e sete mil, quatrocentos e noventa e oito reais e noventa e seis centavos).
- O repasse será efetivado mediante a liberação de parcelas mensais, sendo o valor da parcela composto de uma parte fixa correspondente à 80% (oitenta por cento) do montante mensal, e duas partes variável correspondente à 20% (vinte por cento) do repasse mensal total, sendo 10% (dez por cento por cento) referente ao IN 1 – METAS DE PRODUÇÃO e o outros 10% (dez por cento por cento) referente ao IN 2 – INDICADORES DE DESEMPENHO.
- O valor corresponde a primeira parcela, e será repassada até 05 (cinco) dias após a assinatura do Contrato de Gestão.
- O valor correspondente à segunda parcela até a sexagésima parcela, correspondente a parte fixa de 80% e os 20% da parte variável de acordo com a produção e o desempenho, serão repassados juntamente com a parcel fixa.
- O valor correspondente à décima terceira até a sexagésima parcela serão estimados em orçamento, conforme previsão apresentada em projeto, e repassadas nas mesmas condições acima.
- Não poderá ser glosado valor superior ao da parcela variável.
- Os repasses ao PARCEIRO PRIVADO dar-se-ão na seguinte conformidade:
 - 80% (Oitenta por cento) do valor anual pactuado em Contrato de Gestão, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, sendo até o quinto dia de cada mês, dentro do mês corrente da parcela.
 - 10% (dez por cento) do valor anual pactuado será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, a ser repassadas juntamente com as parcelas fixas. O repasse integral da parcela variável está vinculado à avaliação periódica dos indicadores (IN 1 – METAS DE PRODUÇÃO) conforme estabelecido neste Termo de Referência;
 - 10% (dez por cento) do valor anual pactuado será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, a ser repassadas juntamente com as parcelas fixas. O repasse integral da parcela variável está vinculado à avaliação periódica dos indicadores (IN 2 – INDICADORES DE DESEMPENHO) conforme estabelecido neste Termo de Referência;
 - As parcelas de valores variáveis serão repassadas junto com as parcelas fixas do Contrato de Gestão. Os ajustes financeiros decorrentes da variação do alcance das metas da parte variável, serão realizados trimestralmente mediante à consolidação dos relatórios de avaliação mensal, e após análise dos indicadores realizados pela comissão de fiscalização a ser instituída pela SESAU/RR para esse fim.
 - Os repasses a serem realizados conforme mencionado neste Termo de Referência serão condicionados à apresentação e a devida protocolização de toda a documentação necessária e exigida.
 - A primeira parcela será repassada em até cinco dias após a assinatura do Contrato de Gestão e as demais até o 5º (quinto) dia do mês, no mês de referência da parcela.
 - As metas contratuais serão avaliadas mensal e trimestralmente, e, em caso de NÃO cumprimento, será efetuado o desconto de até 20% (vinte por cento), conforme cálculo do ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE, AVALIAÇÃO DE METAS E PRESTAÇÃO DE CONTAS (III -

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES).

12.1. A primeira avaliação já ocorrerá no segundo mês relativo ao primeiro mês de execução, a título de acompanhamento e monitoramento, porém somente ocasionará as relativas terceiro trimestre em diante.

13. Em função da demanda espontânea e não prevista para este tipo de serviço de saúde no município de Boa Vista, e na hipótese de impossibilidade, por parte do PARCEIRO PRIVADO, de cumprimento das metas estipuladas no presente TERMO DE REFERÊNCIA e seus anexos, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda suficiente para atingir os parâmetros contratualmente fixados, não haverá descontos nos pagamentos devidos, desde que os dados e informações que atestarem a não ocorrência de demanda sejam examinados, aprovados e validados pela SESAU/RR.

14. Os instrumentos validados pela SESAU/RR, deverão conter os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas no HGR e estabelecerão a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

15. A SESAU/RR, por meio da Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão procederá a análise mensal dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO no qual gerará o relatório de avaliação mensal.

16. A cada período de 03 (três) meses, a SESAU/RR procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionarão o valor do repasses correspondente aos quantitativos variáveis estabelecidos neste Termo de Referência.

17. Os percentuais das partes variável da parcela será apurado pela Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão, em regime trimestral, após a análise do cumprimento das metas e indicadores, conforme disposto neste anexo.

18. A referida análise poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

19. A análise deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do HGR, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

20. As informações mensais relativas as Metas de Produção, Indicadores de Desempenho e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas conforme previsão neste ANEXO TÉCNICO V.

21. Nas informações mensais relativas as Metas de Produção, Indicadores de Desempenho e movimentação de recursos econômicos e financeiros deverão conter os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas.

22. A SESAU/RR procederá a análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos.

II - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE DESEMPENHO

1. Para efeito de repasses, a atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 02 modalidades, Indicador 1 (IN 1 – METAS DE PRODUÇÃO) 10% e Indicador 2 (IN 2 – INDICADORES DE DESEMPENHO) 10%:

Modalidade	
IN 1	METAS DE PRODUÇÃO
IN 2	INDICADORES DE DESEMPENHO

2. A avaliação e análise mensais e trimestrais referidas neste Anexo Técnico serão efetuadas conforme explicitado na tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial pactuada e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada neste Termo de Referência.

3. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses do trimestre subsequente ao período trimestral avaliado.

4. A avaliação e análise das atividades pactuadas constante neste Termo de Referência, serão efetuados conforme explicitado na Tabela – Tabela de Memória de Cálculo.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA RUBENS DE SOUSA - HGR							
METAS CONTRATUAIS			PACTUADO	REALIZADO	%	NOTA	
IN 1	Atendimento de Urgência/Emergência	Consulta Médica em Urgência/Emergência	6.000				
		Classificação de Risco	6.000				
	Internação	Clínica Cirúrgica	360				
		Clínica Médica	650				
	Cirurgia	Cirurgia Programada (Eletivas)	180				
	Atendimento Ambulatorial	Consulta Médica em Atenção Especializada	950				
		SADT Externo	Endoscopia	150			
			Broncoscopia	50			
		Colonoscopia	150				
	NOTA DO INDICADOR						
CONCEITO DO INDICADOR							
IN 2	Taxa de Ocupação Hospitalar		≥85 %				
	Média de Permanência Hospitalar		≤ 7 dias				
	Índice de Intervalo de Substituição (horas)		≤ 30				
	Taxa de Readmissão em UTI (48h)		≤5%				
	Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)		≤20%				
	Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS		≤ 1%				
	Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à Unidade)		≤ 3%				
	Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)		≤ 5%				
	Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)		≥ 95%				
	Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas		1				
	Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias		≥ 70%				
	Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS		< 5%				
NOTA DO INDICADOR							
CONCEITO DO INDICADOR							

Tabela - Memória de Cálculo

5. Para cada uma das metas que compõem os indicadores será atribuída uma nota variando de 0 a 10, em função do grau de consecução da meta acordada. Para tanto será observada a escala constante da Tabela – Memória de Rateio.

6. Quando o número de usuários/pacientes por demanda espontânea ou encaminhados pela Central de Regulação Estadual for inferior ao número de procedimentos ofertados pelo PARCEIRO PRIVADO, em razão do custo fixo de manutenção da oferta de serviço será atribuída a nota 10 ao indicador.

MEMÓRIA PARA RATEIO	
RESULTADO OBTIDO DA META	NOTA ATRIBUÍDA A META
>90% até 100%	10
> 80% até 89%	9
> 70% até 79%	8
> 60% até 69%	7
> 50% até 59%	6
> 40% até 49%	5
> 30% até 39%	4
> 20% até 29%	3
> 10% até 19%	2
> 5% até 9%	1
< 5%	ZERO

Tabela – Memória de Rateio

7. Os valores percentuais apontados na Tabela – Pontuação Global, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor a ser repassado.

PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO	VALOR A RECEBER DO VARIÁVEL
9,0 a 10,0 pontos	A – MUITO BOM	100%
7,1 a 8,9 pontos	B – BOM	80%
6,1 a 7,0 pontos	C – REGULAR	60%
5,0 a 6,0 pontos	D – RUIM	30%
< 5,0	E- INSUFICIENTE	ZERO

Tabela – Pontuação Global

III. PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. A prestação de contas da execução das ações objetivadas por meio do contrato de gestão dar-se-á por meio de análise de uma série de fatores e documentos conforme a ser detalhado neste anexo técnico.

2. A periodicidade da prestação de contas será sempre mensal, havendo a cada 03 (três) meses uma trimestral, e sempre que houver necessidade por parte da SESA/RR, no qual solicitará ao PARCEIRO PRIVADO e dar-se-á o prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

3. A SESA/RR, responsável pelo acompanhamento e avaliação do serviço prestado, exercerá essa responsabilidade por meio da Comissão de Fiscalização, Avaliação e Acompanhamento, a qual será constituída por meio de portaria específica da SESA/RR.

4. A Comissão de Avaliação deverá reunir-se ordinariamente 01 (uma) vez ao mês, e extraordinariamente sempre que convocada pelo seu Presidente, emitindo mensalmente relatórios prévios e a cada trimestre parecer conclusivo acerca do serviço prestado com base no quadro de avaliação e valoração, devendo apresentar o relatório a Secretaria Municipal de Saúde.

5. A Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicará imediatamente o Secretário Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, para as providências cabíveis.

6. PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

6.1. Deverá ser encaminhado mensalmente pelo PARCEIRO PRIVADO, até o dia o último dia útil do mês subsequente a competência à Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão, a prestação de contas mensal, em formato digital PDF, no qual deverá ser instruída com os seguintes documentos:

- I) Relatório de controle de metas mensal realizadas (Tabelas – Memória de Cálculo / Memória de Rateio / Pontuação Global);
- II) Censo hospitalar de origem dos pacientes atendidos;
- III) Pesquisa de satisfação de pacientes atendidos;
- IV) Relatório de despesas realizadas;
- V) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
- VI) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função;
- VII) Taxa de absenteísmo dos colaboradores do PARCEIRO PÚBLICO e do PARCEIRO PRIVADO;
- VIII) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;
- IX) Fluxo de Caixa;
- X) Cópia das Notas Fiscais com comprovantes de pagamentos;
- XI) Extratos Bancários com Notas de Esclarecimento;
- XII) As despesas administrativas mensais.

As despesas administrativas, conforme previsão no Contrato de Gestão deverão ser detalhadas discriminadamente em planilha específica.

7. PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL

7.1 Deverá ser encaminhado trimestralmente pelo PARCEIRO PRIVADO, até o último dia útil do mês subsequente ao do final do trimestre à Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão prestação de contas trimestral, em formato digital PDF, no qual deverá ser instruída dos seguintes documentos:

- I) Relação de todo os contratos com nome do PARCEIRO PRIVADO relativos ao objeto do Contrato de Gestão, o tipo de serviço, tipo de medição e o valor mensal;
- II) Relação de novas aquisições e movimentações de patrimônio do HGR;
- III) Relatório de treinamento e eventos e ações realizados na unidade no período;
- IV) Relatório de débitos e créditos vencidos;
- V) Cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços da UNIDADE;
- VI) Relatório de Atividades dos Serviços de Atendimento ao Usuário.

7.2. Não havendo o encaminhamento da prestação de conta mensal ou trimestral pelo PARCEIRO PRIVADO no prazo ou nos moldes estabelecido neste anexo, a Comissão de Fiscalização e Avaliação notificará a OSS por descumprimento de Cláusula Contratual.

7.3. No caso de nova notificação do não envio da prestação de conta mensal ou trimestral pelo PARCEIRO PRIVADO no prazo ou nos moldes estabelecido neste anexo, a Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão solicitará a SESA/AL a rescisão contratual por descumprimento de Cláusula Contratual, cabendo contraditório e ampla defesa, bem como, abertura de processo administrativo para apuração de dolo ou culpa.

8. AVALIAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

8.1. O PARCEIRO PÚBLICO, por meio da Comissão de Fiscalização e Avaliação procederá com o processo de avaliação dos documentos encaminhados nas prestações de contas pelo PARCEIRO PRIVADO, emitindo parecer a respeito da aprovação da prestação de contas mensal e/ou do trimestre, garantido ao PARCEIRO PRIVADO, ampla defesa e contraditório.

8.1.1. Durante a avaliação das documentações elencadas nos itens 3 (PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL) e 4 (PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL) deste ANEXO TÉCNICO, a Comissão de Fiscalização e Avaliação poderá abrir diligências junto ao PARCEIRO PRIVADO, com intuito de sanar possíveis dúvidas.

8.1.2. No processo de avaliação dos documentos das prestações de contas o PARCEIRO PRIVADO, com ou sem motivação, pode solicitar o saneamento de documento apresentados, ou juntar documentações complementares necessárias para sanear dúvidas da Comissão de Fiscalização e Avaliação.

8.2. A Comissão de Fiscalização e Avaliação deverá avaliar os documentos relativos às prestações de contas mensais e trimestrais, até o último dia útil do segundo mês do trimestre subsequente ao período em que esta avaliando, emitindo parecer de aprovação total, com ressalvas ou reprovação das prestações de contas do trimestre.

8.2.1. Do parecer da Comissão de Fiscalização e Avaliação o PARCEIRO PRIVADO, poderá recorrer em até 10 dias corridos, da notificação do parecer pela Comissão de Fiscalização e Avaliação, ao Secretário de Estado da Saúde, no qual terá o mesmo prazo para decidir sobre.

8.2.2. Não havendo manifestação da Comissão de Fiscalização e Avaliação sobre as prestações de contas do trimestre no prazo esculpido item 5.2., esta será considerada aprovada sem ressalvas

8.2.3. O prazo esculpido no item 5.2. tem condão em virtude dos reflexos financeiros, por ventura existentes do não cumprimento de metas, a incidir nos repasses mensais do trimestre subsequente ao trimestre avaliado.

8.3. Será aprovada com ressalva as prestações de contas com conceito geral REGULAR ou RUIM e/ou possuam gastos não aprovados (gastos estranhos ao processo) superior a 1% (um por cento) do valor do repasse mensal.

8.3.1. A conta aprovada com ressalvas ensejará as glosas devidas conforme este ANEXO TÉCNICO, bem como, dos valores não aprovados.

8.3.2. O PARCEIRO PRIVADO será notificado pela SESA/RR da aprovação com ressalvas de sua prestação de contas, e caso tal situação ocorra por 3 (três) vezes subsequentes, será procedido com o encerramento antecipado do Contrato de Gestão.

8.4. Será reprovada as prestações de contas com conceito geral INSUFICIENTE e/ou possuam gastos não aprovados (gastos estranhos ao processo) superior a 5% (cinco por cento) do valor do repasse mensal.

8.4.1. A conta reprovada ensejará as glosas devidas conforme este ANEXO TÉCNICO, bem como, dos valores não aprovados.

8.4.2. O PARCEIRO PRIVADO será notificado pela SESA/RR da reprovação de sua prestação de contas, e caso tal situação ocorra por 2 (duas) vezes subsequentes, será procedido com o encerramento antecipado do Contrato de Gestão.

ANEXO II - A QUADRO ORÇAMENTÁRIO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		
	DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL
A	RECURSOS HUMANOS	R\$
A.1	Composição da Remuneração	
A.2	Benefícios	
A.3	Encargos Sociais Incidentes sobre a Remuneração	
A.4	Provisionamento	
B	MATERIAL DE CONSUMO	R\$
B.1	Medicamentos de uso interno	
B.2	Material de Imagens (Material de Radiologia)	
B.3	Material médico-hospitalar de consumo (penso/insumos)	
B.4	Material de Manutenção predial	
B.5	Material de limpeza e descartáveis	
B.6	Material de expediente (Material de escritório)	
B.7	Enxoval e Uniforme	
B.8	Combustíveis e Lubrificantes	
B.9	Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)	
B.10	Gases Medicinais	
C	SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$
C.1	Manutenção corretiva e preventiva de equipamentos médico-hospitalares / administrativos	
C.2	Locação de equipamentos biomédicos / administrativos	

C.3	Locação de veículos (ambulância)	
C.4	Serviços de Tecnologia da informação (Equipamentos, software, rede, sistema e etc)	
C.5	Serviços de vigilância / Segurança Patrimonial	
C.6	Fornecimento de água e saneamento	
C.7	Fornecimento de energia elétrica	
C.8	Telefonia e internet	
C.9	Recolhimento e tratamento (gerenciamento) de resíduos	
C.10	Serviços de conservação e manutenção predial	
C.11	Serviço de rouparia / lavanderia	
C.12	Serviço de telemedicina para ECG	
C.13	Serviço de alimentação e nutrição	
C.14	Serviços gráficos / publicação	
C.15	Serviço de guarda / digitalização de prontuários	
C.16	Serviço de laboratório de análises clínicas	
C.17	Serviços de Apoio à Gestão (ADM/FIN/FATURA/DP/RH/QUALIDADE/SAU)	
C.18	Locação de Equipamentos Médicos Hospitalar	
D	OUTRAS DESPESAS	R\$
D.1	Rateio da Sede (COMPRAS / COMPLIANCE / PESSOAL SEDE)	
TOTAL MENSAL		R\$
TOTAL ANUAL		R\$

ANEXO III - A
QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Qtd	Categoria Profissional	C/H SEM	Salário base	Insalubridade	Adicional Noturno	Gratificações Normativas	Remuneração Bruta (A.1)	Benefícios (A.2)	ENC. SOC TRAB. (A.3)	Provisionamento (A.4)	Outras despesas (A.5)	TOTAL REM. UNIT	TOTAL GERAL

PERCENTUAL DE ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		
TOTAL DE VENCIMENTOS PROFISSIONAIS		
A	ENCARGOS SOCIAIS	XX%
A.1	INSS	
A.2	FGTS	
A.3	SESI/SESC	
A.4	SENAI/SENAC	
A.5	INCRA	
A.6	SEBRAE	
A.7	Salário Educação	
A.8	Riscos Ambientais do Trabalho – RAT x FAP	
A.9	Pis	
B	PROVISIONAMENTO	XX%
B.1	13º Salário	
B.2	Férias (Incluindo 1/3 constitucional)	
B.3	Aviso Prévio Trabalhado	
B.4	Auxílio-Doença	
B.5	Acidente de Trabalho	
B.6	Faltas Legais	
B.7	Férias sobre Licença Maternidade	
B.8	Licença Paternidade	
C	PROVISIONAMENTO	XX%
C.1	Aviso Prévio Indenizado	
C.2	Indenização Adicional	
C.3	Indenização (rescisão sem justa causa – multa de 40% do FGTS)	
D	PROVISIONAMENTO	XX%
D.1	Incidência dos encargos do grupo A sobre o grupo B	
E	PROVISIONAMENTO	XX%
E.1	Incidência do FGTS exclusivamente sobre o aviso prévio indenizado	
E.2	Incidência do FGTS exclusivamente sobre o período médio de afastamento superior a 15 dias motivado por acidente do trabalho	
F	PROVISIONAMENTO	XX%
F.1	Incidência dos encargos do Grupo A sobre os valores constantes da base de cálculo referente ao salário maternidade	
G	PROVISIONAMENTO	XX%
G.1	Indenizações de ações trabalhistas	
TOTAL ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		XX%



Documento assinado eletronicamente por **Diegho Gomes Cabral de Macedo, Coordenador Geral de Administração**, em 22/08/2022, às 22:29, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Gabrielle Araújo Francelino, Diretora do Departamento de Administração**, em 23/08/2022, às 10:09, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Renovato de Oliveira Freitas, Diretor Geral do Hospital Geral de Roraima**, em 23/08/2022, às 21:58, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Joelma da Costa Cavalcante, Gerente de Núcleo de Área Hospitalar de Grande Porte**, em 24/08/2022, às 08:19, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Cecília Smith Lorenzon Basso, Secretária de Estado da Saúde**, em 24/08/2022, às 10:39, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **5978700** e o código CRC **5CD83AFB**.
