
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2017-SES/GO

PROCESSO: 201600010008683

TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE-HURSO, localizado na Cidade de Santa Helena de Goiás-GO, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, § 1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

SESSÃO DE ABERTURA: 22/06/2017 às 10:00 horas na sede da Gerência de Licitações, Contratos e Convênios – GLCC da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, situada no edifício sede da SES/GO, Rua SC- 1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP: 74.860-270, telefone (62) 3201-3840/3800.

AVISO DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2017

O **ESTADO DE GOIÁS**, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES, nos termos do Despacho Governamental nº 56/2017, publicado no Diário Oficial do Estado de 16 de março de 2017, torna público, para conhecimento dos interessados que está disponível no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br, o instrumento de CHAMAMENTO PÚBLICO nº 002/2017, tipo melhor técnica, destinado à seleção de organização social para firmar Contrato de Gestão, objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE-HURSO, localizado na Cidade de Santa Helena de Goiás-GO, conforme especificado neste instrumento e seus anexos, estando o presente Chamamento e a consequente parceria, consoantes à Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, à Resolução Normativa nº 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e, subsidiariamente, à Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, atendendo ao seguinte cronograma proposto:

EVENTOS	DATA
Divulgação do Chamamento Público	17/05/17, 18/05/17 e 19/05/17 - Diário Oficial do Estado de Goiás 17/05/17, 18/05/17 e 19/05/17 - Diário Oficial da União 17/05/17 e 18/05/17 - Jornal de grande circulação da Capital deste Estado A partir de 19 de maio de 2017 no site da SES/GO
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	05 de junho de 2017
Divulgação da Nota de Esclarecimento	14 de junho de 2017
Entrega dos Envelopes	Às 10:00 horas do dia 22 de junho de 2017

As sessões públicas, relativas ao presente Chamamento Público, serão realizadas na Gerência de Licitações, Contrato e Convênios – GLCC da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO, situada na Rua SC- 1 nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia – Goiás.

O Contrato de Gestão a ser firmado entre o Estado de Goiás e a organização social selecionada terá vigência de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
COMISSÃO INTERNA DE CONTRATO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Telefone/Fax (62) 3201-3840 / 3800

I - OBJETO

1.1. Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE-HURSO, localizado na cidade de Santa Helena de Goiás-GO, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, para um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

II - PROCEDIMENTO

2.1. Chamamento Público que visa selecionar organização social interessada na celebração de Contrato de Gestão. O presente Instrumento está respaldado na Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, na Resolução Normativa nº 007/2011, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e subsidiariamente na Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações.

2.2. A presente seleção será conduzida por Comissão devidamente instituída pelo Secretário de Estado da Saúde, por intermédio da Portaria nº 316/2017-GAB/SES/GO, que obedecerá às etapas constantes nos incisos I, II e III do art. 6-B da Lei Estadual 15.503/2005.

2.3. Os membros da citada Comissão de Seleção não serão remunerados e não poderão ter qualquer vínculo com os proponentes participantes desta seleção.

2.4. As organizações proponentes, seus representantes ou outros interessados, deverão abster-se de entrar em contato com os membros da Comissão de Seleção, sob pena de comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento, podendo haver, no caso de comprovação do ato, a sanção da inabilitação e/ou desclassificação da proponente do presente Chamamento Público.

III - CRONOGRAMA

EVENTOS	DATA
Divulgação do Chamamento Público	17/05/17, 18/05/17 e 19/05/17 - Diário Oficial do Estado de Goiás 17/05/17, 18/05/17 e 19/05/17 - Diário Oficial da União 17/05/17 e 18/05/17 - Jornal de grande circulação da Capital deste Estado A partir de 19 de maio de 2017 no site da SES/GO
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	05 de junho de 2017
Divulgação da Nota de Esclarecimento	14 de junho de 2017
Entrega dos Envelopes	Às 10:00 horas do dia 22 de junho de 2017

IV - CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO e REPRESENTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

4.1. Podem participar, da presente seleção, organizações sociais de saúde devidamente qualificadas no âmbito do Estado de Goiás, conforme Lei Estadual nº 15.503/2005, registradas no Conselho Regional de Medicina – CRM e no Conselho Regional de Administração – CRA da sede da instituição, que obedeçam aos critérios de finalidade da legislação pertinente e que façam constar em seu estatuto atividade compatível ao desenvolvimento de projetos nas áreas da saúde, mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correspondentes e tornem viáveis a transparência, com a responsabilização dos atos praticados.

4.1.1. Na hipótese da instituição vencedora do certame não ter sua sede no Estado de Goiás, deverá providenciar, até a assinatura do Contrato de Gestão, seu registro junto ao Conselho Regional Medicina de Goiás e ao Conselho Regional de Administração de Goiás.

4.1.2. Caso a instituição vencedora do certame ainda não possua filial no Município da Unidade a ser administrada, a referida organização social terá o prazo máximo de 60

(sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão, para realizar a instalação de uma filial nesse Município, salientando-se que essa instalação não poderá ocorrer nas dependências da Unidade a ser gerenciada.

4.2. As organizações sociais interessadas, antes da elaboração de suas propostas, deverão proceder à verificação e comparação minuciosa de todos os elementos técnicos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.3. As organizações sociais deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários e à apresentação dessas.

4.4. Não poderão participar do presente certame:

- a) Instituições declaradas inidôneas pelo Poder Público.
- b) Instituições consorciadas.
- c) Instituições impedidas de contratar com a Administração Pública.
- d) Instituições que estejam, de qualquer forma, inadimplentes com o Estado de Goiás ou cumprindo sanções aplicadas pela Administração Pública.

4.5. Fica estabelecida a validade mínima da proposta por 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão de Seleção.

4.6. A organização social, na respectiva sessão pública, poderá ser representada por dirigente, mediante apresentação da cópia da ata de eleição da sua Diretoria, juntamente com os correspondentes documentos pessoais, ou por procurador, mediante instrumento, público ou particular, com firma reconhecida em cartório, conferindo-lhe amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Chamamento Público, juntamente com seus documentos pessoais.

4.6.1. Deverá ser apresentada, também, em conjunto com a documentação citada no item 4.6, **DECLARAÇÃO** do representante da organização social de saúde se comprometendo, em caso de assinatura do contrato de gestão, a observar e cumprir todas

as especificações presentes no Termo de Referência deste Edital, seus Anexos e Anexos Técnicos.

4.7. É vedada, a qualquer pessoa física ou jurídica, a representação de mais de uma organização social na presente seleção.

4.8. Para manter a ordem durante a sessão pública, será permitida somente a presença de 2 (dois) representantes/procuradores de cada organização social participante.

4.9. Ficará impedido de quaisquer manifestações a fatos relacionados com a presente seleção, o representante da organização social participante que não apresentar o instrumento de procuração ou cuja documentação não atenda às especificações supracitadas.

V - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

5.1. A DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e a PROPOSTA TÉCNICA deverão ser entregues no dia e horário estabelecidos neste instrumento, em 02 (dois) envelopes distintos, opacos, devidamente fechados e rotulados de “Envelope 01” e “Envelope 02”.

5.1.1. Todos os documentos presentes nos supracitados envelopes deverão estar encadernados, com indicação sequencial do número de páginas.

5.2. Os envelopes referidos no subitem 5.1 deverão ser rotulados externamente com os seguintes informes:

ENVELOPE 01: DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2017

(razão social e endereço da entidade)

ENVELOPE 02: PROPOSTA TÉCNICA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2017

(razão social e endereço da entidade)

5.3. ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO: deverá conter, em original ou cópia autenticada em serviço notarial, os seguintes documentos:

- a) Índice com a indicação da ordem sequencial em que se encontram cada um dos documentos das demais alíneas deste item.
- b) Ato constitutivo ou estatuto social em vigor, registrado em cartório, com certidão narrativa do cartório competente das últimas alterações, ou qualquer outro documento oficial apto a comprovar que o ato constitutivo/estatuto social apresentado é o último registrado, emitidos, no máximo, 60 (sessenta) dias antes da data de apresentação dos envelopes.
- c) Ata de eleição da atual Diretoria.
- d) Relação nominal de todos os dirigentes da Organização Social, devidamente acompanhada de cópia autenticada do CPF, RG e endereço completo dos mesmos.
- e) Prova de inscrição no CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas.
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e Seguridade Social, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, à Dívida Ativa da União e Contribuições Social, expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (www.receita.fazenda.gov.br).
- g) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) da sede da proponente e do Estado de Goiás

(www.sefaz.go.gov.br).

h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos mobiliários municipais da sede da proponente.

i) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, por meio de Certificado de Regularidade Fiscal – CRF, expedida pela Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br).

j) Cópia autenticada ou extrato de balanço patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.

j.1) O referido balanço, quando escriturado em forma não digital, deverá ser devidamente certificado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mencionando, obrigatoriamente, o número do livro diário e folha em que o mesmo se acha transcrito. Se possível, apresentar também termos de abertura e de encerramento dos livros contábeis.

j.2) O referido balanço quando escriturado em livro digital deverá vir acompanhado de “Recibo de entrega de livro digital”, apresentando, se possível, termos de abertura e de encerramento dos livros contábeis.

j.3) A comprovação da boa situação financeira da empresa proponente será efetuada com base no balanço apresentado, e deverá obrigatoriamente ser formulada, formalizada e apresentada pela proponente em papel timbrado da instituição, assinada por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, aferida mediante índices e fórmulas abaixo especificadas:

$$\text{ILG} = (\text{AC} + \text{RLP}) / (\text{PC} + \text{ELP}) \geq 1$$

$$\text{ILC} = (\text{AC}) / (\text{PC}) \geq 1$$

$$\text{ISG} = \text{AT} / (\text{PC} + \text{ELP}) \geq 1$$

Em que:

ILG = Índice de Liquidez Geral

ILC = Índice de Liquidez Corrente

ISG = Índice de Solvência Geral

AT = Ativo Total

AC = Ativo Circulante

RLP = Realizável em Longo Prazo

PC = Passivo Circulante

ELP = Exigível em Longo Prazo

j.4) As instituições que apresentarem resultado menor que 01 (um), em qualquer dos índices citados no subitem anterior, estarão inabilitadas do presente certame.

j.5) As instituições constituídas no ano em exercício deverão apresentar o Balanço de Abertura, dispensando-se o exigido na alínea “j” e subalíneas “j.3” e “j.4” acima.

k) Declaração prevista no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988.

l) Comprovante de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM e Conselho Regional de Administração – CRA do Estado sede da instituição, devendo ser observado o disposto no subitem 4.1.1.

m) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos termos da Lei Federal nº 12.440/2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho – Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

n) **Cópia do Decreto Estadual**, que qualificou a instituição como Organização Social de saúde no âmbito do Estado de Goiás.

o) Declaração de visita técnica ao Hospital de Urgências da Região Sudoeste – HURSO, conforme modelo constante no Anexo X.

p) Documento de aprovação, por parte do Conselho de Administração, da proposta do contrato de gestão, nos termos do inciso II do art. 4º da Lei Estadual nº 15.503/05.

5.3.1. Será admitida a comprovação de regularidade fiscal e trabalhista mediante a apresentação de certidão positiva com efeitos negativos, nos termos da Lei.

5.4. Envelope 02 – PROPOSTA TÉCNICA deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, observados os seguintes requisitos:

5.4.1. A Proposta Técnica, elaborada segundo o roteiro apresentado no ANEXO IV, deverá ser iniciada por índice que relacione todos os documentos e as folhas em que se encontram. Será apresentada em uma única via, **em arquivo eletrônico e impresso**, devidamente encadernada, numerada sequencialmente, da primeira à última folha, rubricada, sem emendas ou rasuras, na forma original, para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas (ANEXOS V e VI), devendo ,também, conter os elementos abaixo indicados, obedecida a seguinte ordem:

I. Proposta Técnica contendo o seu plano operacional, em arquivo eletrônico e impresso, expressando:

a) Número do Chamamento Público de seleção e o objeto do mesmo.

b) Apresentação da Proposta Técnica, conforme roteiro, previsto pela Secretaria de Estado da Saúde contendo indispensavelmente:

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

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

b.3) Especificação do orçamento para execução da Proposta Técnica, conforme

modelo definido pela Secretaria de Estado da Saúde.

5.4.2. Será DESCLASSIFICADA a proponente cuja Proposta Técnica não atenda às especificações técnicas constantes nos ANEXOS deste Instrumento.

5.5. Após a data e horário estabelecidos para a entrega dos invólucros, nenhum envelope poderá mais ser recebido.

5.6. Em nenhuma hipótese, será concedido prazo para apresentação ou substituição de documentos exigidos e não inseridos nos envelopes “01” e “02”. No entanto, a seu exclusivo critério, a Comissão de Seleção poderá solicitar informações e/ou esclarecimentos complementares que julgarem necessários.

5.7. Serão lavradas atas circunstanciadas das sessões de abertura dos envelopes contendo os Documentos de Habilitação e as Propostas Técnicas.

5.8. Não será levado em consideração nenhum outro documento anexado além daqueles indicados no Chamamento Público, e não será permitida a realização de alteração no modelo da Proposta Técnica, devendo ser preenchidos todos os seus respectivos campos, rubricadas todas as folhas e assinada ao final.

5.9. Qualquer Proposta Técnica em desacordo com as exigências deste Instrumento será desclassificada.

VI - HABILITAÇÃO, JULGAMENTO e HOMOLOGAÇÃO

6.1. No dia e horário previstos neste Ato Público Convocatório, os interessados deverão entregar à Comissão de Seleção os envelopes correspondentes à **DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO** e à **PROPOSTA TÉCNICA**.

6.1.1. Após a abertura do primeiro envelope (**ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**), não mais será admitida a participação de retardatários, e nenhum outro envelope poderá mais ser recebido.

6.2. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, inicialmente, os envelopes concernentes aos documentos de **HABILITAÇÃO**, os quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão de Seleção, serão rubricados por essa e pelos representantes presentes.

6.2.1. É facultado aos representantes das instituições presentes, bem como aos membros da Comissão de Seleção, elegerem, por unanimidade, um único interessado para assinar os referidos documentos, devendo constar em ata o procedimento de eleição.

6.3. Abertos os envelopes referentes à **HABILITAÇÃO**, a Comissão de Seleção, a seu juízo exclusivo, poderá apreciar os documentos de cada organização social e, na mesma reunião, divulgar o nome das instituições habilitadas ou das inabilitadas ou, conforme a necessidade da situação posta, suspender a sessão para realização de diligências ou consultas, bem como para análise da própria documentação de habilitação.

6.3.1. Se, eventualmente, surgirem dúvidas que não possam ser dirimidas de imediato, essas questões serão consignadas em ata e a conclusão da habilitação dar-se-á em sessão convocada previamente, ou mediante ofício.

6.4. Será **INABILITADA** a instituição que deixar de apresentar qualquer um dos documentos exigidos no **ENVELOPE 1 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO** ou apresentá-los vencidos na data de sua apresentação ou fora do prazo de validade consentido.

6.5. A fase de habilitação será encerrada pela Comissão de Seleção quando todos os interessados forem considerados habilitados ou inabilitados, ressalvado, nesse último caso, a possibilidade de a Administração valer-se do disposto no §3º, do artigo 48, da Lei Federal nº 8.666/93, a critério da Comissão de Seleção.

6.5.1. Após julgamento da habilitação, os envelopes das Propostas Técnicas das instituições inabilitadas, ainda em poder da Comissão de Seleção, ficarão lacrados à

disposição dessas instituições a partir do 3º dia útil após a homologação do Chamamento Público.

6.6. A inabilitação da instituição importa preclusão do seu direito de participar das fases subsequentes.

6.7. Ultrapassada a fase de habilitação, serão convocados os representantes das instituições habilitadas a comparecerem à sessão pública para abertura dos envelopes das Propostas Técnicas, ficando esses sob a guarda da Comissão de Seleção designada pela Portaria nº 623/2015 – GAB/SES-GO, devidamente lacrados e rubricados no fecho pelos seus membros e pelos representantes das instituições presentes, podendo esses usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.7.1. Após a fase de habilitação, não caberá desistência das propostas, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão de Seleção.

6.8. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, os envelopes concernentes às Propostas Técnicas, das quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão de Seleção, serão rubricadas por essa e pelos respectivos representantes presentes, podendo esses usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.8.1. Abertas as propostas, não caberá, por parte da Comissão de Seleção desclassificar qualquer dos concorrentes por motivo relacionado com a habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

6.9. Abertos os envelopes das **PROPOSTAS TÉCNICAS**, a Comissão de Seleção suspenderá a sessão pública e analisará as propostas em sessão reservada.

6.9.1. O Julgamento e a classificação das **PROPOSTAS TÉCNICAS** serão definidos pela maior média das propostas técnicas, observado o disposto nos ANEXOS V, VI e VII.

6.9.2. A classificação das PROPOSTAS TÉCNICAS obedecerá aos critérios de avaliações constantes nos ANEXOS V, VI e VII deste Instrumento.

6.10. Havendo empate entre duas ou mais propostas, a Comissão de Seleção valorizará, pela ordem, a maior pontuação obtida pela organização social nos critérios denominados “FA.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA” e “FA.2. QUALIDADE”, ambos previstos no ANEXO V, deste Edital.

6.11. À Comissão de Seleção, por justa razão administrativa, financeira e/ou legal, fica reservado o direito de:

a) Estabelecer prazo para definir a habilitação, a classificação final das propostas, podendo suspender em decorrência de alguma falha, omissão ou irregularidade a reunião de julgamento.

b) Promover diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução do processo de seleção.

6.12. Em caso de inabilitação de todas as entidades disputantes, **poderá** a Administração Pública, representada pelo Secretário de Estado da Saúde, fixar prazo às entidades participantes, para apresentação de novos envelopes habilitatórios, nos termos do §3º do artigo 48 da Lei Federal nº 8.666/93.

6.12.1. Nessa ocasião, os envelopes contendo a Proposta Técnica permanecerão em posse da Comissão de Seleção, devidamente lacrados e rubricados por seus membros e por representantes legais das entidades, sendo que para tal documentação não serão aceitas quaisquer modificações ou acréscimos.

6.13. É facultada à Comissão de Seleção ou ao Secretário de Estado da Saúde, em qualquer fase do processo de seleção, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente nos envelopes.

6.14. Os licitantes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo de seleção.

6.15. No julgamento da habilitação e das propostas, a Comissão de Seleção poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos,

atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

6.16. O Secretário de Estado da Saúde, após a declaração do resultado preliminar e análise e julgamento dos possíveis recursos interpostos, emitirá ato de homologação.

6.16.1. A publicação do resultado final do Chamamento Público será providenciada no site oficial da Secretaria de Estado da Saúde e no Diário Oficial do Estado de Goiás.

6.17. O Secretário de Estado da Saúde **poderá**, mediante decisão fundamentada, excepcionar a exigência de realização de chamamento público, quando em procedimento de seleção regularmente instaurado, nenhuma organização social restar habilitada à apresentação de Propostas Técnicas, conforme art. 6º-F, III, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.18. Fica vedada a celebração de contrato de gestão com organização social que:

I – esteja omissa no dever de prestar contas de ajuste de parceria, seja qual for a sua natureza, anteriormente celebrado com ente da Administração de qualquer esfera da Federação;

II – tenha tido as contas rejeitadas pela Administração Pública Estadual nos últimos 5 (cinco) anos;

III – tenha tido as contas de parcerias julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

IV – tenha entre seus dirigentes, em diretoria estatutária ou não, ou como membro do Conselho de Administração e Conselho Fiscal, pessoa:

a) cujas contas relativas à aplicação de recursos públicos tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

b) julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo de provimento em comissão, enquanto durar a inabilitação;

c) considerada responsável por ato de improbidade, ainda que não transitada em julgado a decisão condenatória e, em isso havendo, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei Federal nº 8.429, de 2 de junho de 1992;

d) que tenha sido responsabilizada ou condenada pela prática de infração penal, civil ou administrativa nas situações que, descritas pela legislação eleitoral, configurem hipóteses de inelegibilidade.

6.19. Nos ajustes onerosos ou não, celebrados pelas organizações sociais com terceiros, fica vedado(a):

I – a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão;

II – o estabelecimento de avença com pessoas jurídicas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou associados.

VII - ESCLARECIMENTOS E RECURSOS

7.1. Os interessados que tiverem dúvidas na interpretação deste Instrumento deverão solicitar, por escrito, esclarecimentos à Comissão de Seleção, até às 17:00 horas do dia 05 de junho de 2017, no endereço indicado no “Aviso de Chamamento Público”.

7.2. Caso haja solicitações, a Nota de Esclarecimentos será publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás e no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br no dia 14 de junho de 2017.

7.3. No presente Chamamento Público, caberá recurso contra decisão de habilitação ou inabilitação de instituição interessada, contra julgamento das propostas ou contra qualquer outro desatendimento a este Instrumento.

7.4. Qualquer interessado poderá, no prazo de 03 (três) dias úteis após a publicação do *Informativo de Resultado Preliminar*, que ocorrerá no Diário Oficial da União, Diário Oficial do Estado de Goiás, Jornal de grande circulação nesta Capital e site da SES/GO, apresentar recurso, por escrito, junto à Gerência de Licitações, Contratos e Convênios – GLCC, ficando

as demais interessadas desde logo intimadas para apresentar, contrarrazões em igual prazo, cuja contagem terá início no primeiro dia útil subsequente ao do término do prazo de recurso.

7.4.1. Não serão conhecidos os recursos e as contrarrazões interpostos após os respectivos prazos legais, bem como os que forem enviados por fac-símile ou correio eletrônico.

7.5. O acolhimento do recurso pela Comissão de Seleção importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

7.6. A decisão em grau de recurso será definitiva, e dela dar-se-á conhecimento à(s) recorrente(s) por meio de comunicação por escrito (via fac-símile ou correio eletrônico).

7.7. Aos recursos interpostos, será atribuído o efeito suspensivo.

VIII - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. A despesa com a futura parceria correrá à conta da presente Dotação Orçamentária:

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1028	Programa Promoção, Prevenção e Proteção a Assistência Integral à Saúde
Ação	2137	Gestão Inteligente das Unidades Assistenciais de Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias

IX - DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. As normas que disciplinam este Chamamento Público serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato de gestão.

9.2. É facultada, à Comissão de Seleção, em qualquer fase da seleção, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar na Proposta Técnica.

9.3. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização da sessão pública na data marcada, ela será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local, anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicado da Comissão de Seleção em contrário.

9.4. A Comissão de Seleção poderá, em qualquer fase do processo de seleção suspender os trabalhos, devendo promover o registro da suspensão e a convocação dos participantes para a continuidade dos mesmos.

9.5. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus ANEXOS, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Secretaria de Estado da Saúde.

9.6. O desatendimento de exigências formais não essenciais, não importará no afastamento da instituição, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua Proposta Técnica.

9.6.1 Exigências formais não essenciais são aquelas cujos descumprimentos não acarretem irregularidades no procedimento, em termos processuais, bem como não importem em vantagens a uma ou mais instituições em detrimento das demais.

9.7. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.

9.8. Quaisquer documentos extraídos, via internet, poderão ter seus dados conferidos pela Comissão de Seleção no site correspondente.

9.9. A instituição participante é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados, podendo a Comissão de Seleção inabilitá-la ou desclassificá-la, conforme a hipótese, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a ocorrência de imprecisão ou falsidade das informações e/ou dos documentos apresentados.

9.10. O Secretário de Estado da Saúde poderá revogar a seleção por razões de interesse

público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

9.10.1. A anulação do procedimento de seleção por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar.

9.11. A participação da organização social no processo de seleção implica na sua aceitação integral e irretroatável dos termos, cláusulas, condições e anexos do presente Edital, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcrito fosse, com lastro nas normas referidas no preâmbulo do Instrumento, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e execução do Contrato de Gestão.

9.12. É condição indispensável para a assinatura do Contrato de Gestão, a manutenção da qualificação da instituição selecionada como Organização Social de saúde, no Estado de Goiás, assim como cumprir todos os requisitos da Lei Estadual de nº 15.503/2005 e suas alterações.

9.13. A organização social vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar de sua convocação, perderá o direito à parceria em conformidade com a Lei, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este processo de seleção. Esse prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso e desde que haja motivo justificado e aceito pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

9.14. Na ocorrência do estabelecido no subitem 9.13, poderá a Comissão de Seleção, desde que autorizada pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde, convocar as organizações sociais remanescentes, participantes do processo de Chamamento Público, na ordem de classificação, ou revogar o procedimento.

9.15. Até a assinatura do Contrato de Gestão, poderá a Comissão de Seleção desclassificar as Propostas Técnicas das organizações sociais participantes, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de

fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção, que represente infração aos Termos do Chamamento Público nº 002/2017, mediante prévia oitiva da Procuradoria-Geral do Estado.

9.16. Os casos omissos, as questões não previstas neste Instrumento e as dúvidas serão dirimidas pela Comissão de Seleção, mediante orientação formada da Advocacia Setorial da Secretaria de Estado da Saúde, observada a legislação vigente e respeitado os prazos estabelecidos neste Instrumento.

9.17. A organização social vencedora do certame deverá manter em seu corpo técnico, durante todo contrato de gestão, os membros com as capacitações técnicas especificadas neste Chamamento Público, além de elaborar seu Regimento Interno de acordo com o disposto no inciso IV, do artigo 5º, da Resolução Normativa nº 07/2011 do TCE/GO.

9.18. A instituição vencedora do presente Chamamento Público deverá, quanto às compras e contratações, atender ao disposto no inciso II do artigo 5º, alíneas “a”, “b”, “c” e “d”, da Resolução Normativa nº 07/2011, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

9.19. No decurso do Contrato de Gestão firmado, poderá haver alterações na parceria firmada, tais como acréscimos de serviços, ampliação de metas, investimentos de infraestrutura, mobiliários e equipamentos. Essas alterações deverão ocorrer por meio da elaboração de termos aditivos em que se respeitará o equilíbrio econômico-financeiro da parceria, comprovado mediante estudos de custos.

9.20. Integram o presente Instrumento os seguintes ANEXOS:

ANEXO I – INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE- HURSO

ANEXO II – METAS DE PRODUÇÃO

ANEXO III – INDICADORES DE QUALIDADE

ANEXO IV – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

ANEXO V – PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

ANEXO VI – MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO

ANEXO VII – JULGAMENTO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS



ANEXO VIII – MODELO DE PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO

ANEXO X – MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS

ANEXO XI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA

ANEXO XII – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E ANEXOS

Goiânia-GO, 15 de maio de 2017.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Versam os presentes autos sobre a elaboração do Termo de Referência do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE- HURSO** cujo objeto é a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social de Saúde, visando a celebração de contrato de gestão para gerenciar, operacionalizar e executar ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita à população no referido Hospital, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos.

2. JUSTIFICATIVA

O modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa, regulamentado pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria, Lei Estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e a Lei 17.399, de 19/08/2011, foi adotado pela Gestão Estadual para o gerenciamento de serviços públicos de saúde e envolve os seguintes aspectos:

1. Transferência dos serviços para setor estatal não público com separação entre órgão financiador e definidor das políticas públicas de saúde (Poder Público) e entidades executoras das ações e atividades de saúde (Organizações sociais).
2. Estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde.
3. Incremento da força de trabalho da administração pública e ampliação quantitativa da oferta de serviços de saúde.

A implantação do novo modelo de gestão compartilhada de serviços de saúde é a estratégia atualmente adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a administração pública e consolidar a modernização e obter melhor eficiência, qualidade e adaptabilidade ao ambiente socioeconômico dinâmico da sociedade, em um modelo que fortaleceu a separação das funções de financiamento e gestão compartilhada de serviços de saúde, daquelas relacionadas à prestação dos serviços assistenciais.

Essa inovação exige um processo de ajuste organizacional da administração pública. Assim, desde o início do projeto e de maneira continuada, devem ser desenvolvidas atividades de adequação dos procedimentos e rotinas de trabalho institucionais, alinhadas às características do novo modelo de gestão com as entidades

parceiras, em apoio à consolidação do Modelo de Atenção à Saúde.

Nesse processo, a Secretaria de Estado da Saúde deve buscar estruturar, ainda, modificações essenciais relacionadas ao modelo de prestação de contas relativa aos contratos públicos, modelo de pagamento, modelo de contrato de gestão, a incorporação dos provedores ao processo de contratação de serviços e, finalmente, a avaliação do processo em seu conjunto.

Diferentes aspectos conceituais, operacionais e de controle do modelo de gestão, em parceria com organizações sociais, precisam ser estruturados, com foco no incremento de qualidade e eficiência permanentes, sendo eles:

1) Relativos à Atuação do Poder Público:

- a) Padronização do processo de seleção das entidades sem finalidade lucrativa, qualificadas como OS, para contratar com a administração pública.
- b) Definição do modelo de instrumento de contratação desses serviços de gerenciamento das unidades e prestação das ações de saúde e seus critérios para a formalização dos contratos.
- c) Mecanismos de controle e fiscalização da execução contratual e atendimento dos resultados esperados.

2) Relativos à Atuação das Entidades Parceiras:

- a) Resultados assistenciais quantitativos e qualitativos alcançados na execução dos contratos de gestão.
- b) Desempenho econômico-financeiro relativo à execução das ações e serviços de saúde contratados.
- c) Qualidade das informações relativas às prestações de contas das entidades contratadas.
- d) Processos de gerenciamento das unidades de saúde e prestação dos serviços em relação aos demais equipamentos da rede assistencial.
- e) Relação com as demais instâncias de gestão do SUS local.

f) Relação com as demais instâncias ou espaços formais de controle social e fiscalização da prestação dos serviços públicos de saúde.

Entre esses aprimoramentos, instituídos ou planejados pela gestão estadual, podemos destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas; 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.

Portanto, no conjunto de decisões tomadas, com o objetivo estratégico de fortalecer o modelo para melhorar resultados obtidos, por meio das parcerias com as entidades contratadas, e de aprimorar continuamente as funções do Poder Público na questão do controle, avaliação e fiscalização, ressaltam-se algumas prioridades de trabalho nesse âmbito, quais sejam:

- a) Estruturação e desenvolvimento do modelo de parceria com as Organizações Sociais, por meio de planejamento de resultados e consequentes ajustes dos contratos de gestão.
- b) Modificação e aprimoramento contínuo do processo de controle, acompanhamento e avaliação desses serviços de saúde contratualizados.
- c) Informatização do processo de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde no âmbito dos contratos de gestão.

A organização e funcionamento das instâncias administrativas e de controle dos órgãos públicos estaduais têm sido aprimorados nos últimos anos, entretanto, o setor saúde convive com duas realidades distintas: por um lado, a necessidade de cumprir os procedimentos e trâmites burocráticos instituídos pela legislação vigente e, por outro, responder as necessidades de saúde da população do Estado, por meio da oferta de ações e serviços de saúde de urgência e emergência e de média e alta complexidade nas unidades de saúde do Estado de Goiás.

Com o objetivo de ampliar a capacidade de atendimento nessas unidades, e cumprindo programa do atual governo, adotou-se o modelo de gerenciamento das unidades da SES por organizações sociais, no sentido de proporcionar, à administração local, maior autono-

mia gerencial, liberando-a dos controles dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

A SES deve ter capacidade para cumprir sua missão de “Coordenar a formulação da Política Estadual de Saúde, promover a sua implementação e permanente avaliação, em sintonia com as demandas dos municípios cooperando com esses no fortalecimento das ações locais de saúde, de modo a garantir o desenvolvimento de ações e serviços que respeitem os princípios do SUS, com a participação dos usuários, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população no Estado de Goiás”. Da mesma forma, a sua participação na execução direta de ações e serviços deve-se dar, apenas, em caráter de exceção ou em áreas estratégicas.

A decisão para estabelecimento de parceria, com Organização Social de Saúde, leva em consideração metodologias já existentes no mercado, fomentadas por modelos de organizações que atuam na área, apresentando significativos resultados de êxito, no tocante aos princípios da **economicidade, efetividade, vantajosidade**, qualidade dos serviços e aplicação dos dividendos excedentes na evolução da instituição trazendo a confiabilidade no sistema.

Com maior flexibilidade administrativa e competência gerencial, a gestão compartilhada reúne as condições necessárias para propiciar uma melhoria significativa do serviço público, pois a autonomia administrativa e financeira para gerir recursos humanos dá ampla vantagem a essas entidades, tanto no plano estadual como no municipal. O modelo da administração direta, fundamentado no paradigma burocrático, não mais propicia o alcance de resultados esperados por uma sociedade cada vez mais exigente e conhecedora de seus direitos e deveres no exercício pleno da cidadania.

Para demonstrar a vantajosidade econômica para o Estado, na adoção desse modelo de administração, ou seja, a parceria com Organizações Sociais de Saúde, é necessário analisar ao menos dois aspectos principais: um relaciona-se à prestação a ser executada por parte da Administração Pública e o outro se vincula à prestação a cargo do particular.

Para Justen Filho (2012 p 60); “A maior vantagem apresenta-se quando a Administração assumir o dever de realizar a prestação menos onerosa e o particular se obrigar a realizar a melhor e mais completa prestação”. Portanto, a maior vantagem

corresponde à situação de menor custo e maior benefício para a Administração Pública. Ademais, a vantajosidade pode ser analisada por diferentes aspectos, além da dimensão econômica, como, por exemplo, o melhor e mais eficaz atendimento ao cidadão.

A busca pela eficiência, efetividade e vantajosidade dos serviços de assistência médica, prestadas à população do Estado de Goiás, sempre foi pautada em obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, garantindo atendimento prioritário de 100% da demanda por meio de metas pré-fixadas estabelecidas em contrato de gestão, melhorando o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada e garantindo a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A garantia da oferta de ações e serviços de saúde pelas unidades, sob gerenciamento de organização social de saúde, será estabelecido no contrato de gestão, instrumento no qual serão detalhadas as metas de produção a serem alcançados, os indicadores de avaliação de desempenho e o processo de acompanhamento rotineiro, procurando garantir que a unidade apresente os resultados planejados.

É importante salientar que a implantação desse modelo introduz aprimoramentos aos mecanismos de avaliação e controle de resultados, assim como estabelece as metas de produção quantitativas e qualitativas, como também os indicadores de qualidade assistencial. O contrato de gestão proposto estabelece ainda uma metodologia de penalização financeira por não cumprimento de metas operacionais. Outro fator importante é a avaliação da parte variável, que será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores. Em regime semestral, se procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela Unidade verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no contrato de gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta. Da referida análise poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada por meio de novo termo aditivo, acordadas entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do referido contrato.

Mostra-se vantajosa para a Administração Pública a contratação de uma organização social de saúde, considerando que a organização social a ser contratada executará o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde com eficiência, cumprindo com suas obrigações, sempre aprimorando a qualidade dos serviços prestados, contribuindo de forma efetiva para a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos cidadãos que demandam os serviços dessas unidades assistenciais,

Esse modelo de gestão reúne as condições necessárias para propiciar uma melhoria significativa do serviço público, pois a autonomia administrativa e financeira, concedida às organizações sociais, permite que, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de Recursos Humanos dentro dos limites orçamentários previstos, sejam feitos todos os arranjos necessários para se prestar uma boa assistência, garantindo o melhor uso possível dos recursos a ele destinados. A autonomia financeira e administrativa para provisão de bens e serviços, a melhor administração do RH, a capacidade que a OS tem de decidir sobre a organização da infraestrutura dos serviços e estruturá-los segundo critérios de eficiência e eficácia de forma desburocratizada, permite à OS um melhor gerenciamento do tempo e uma atenção maior a uma agenda de prioridades, levando as unidades sob o modelo de OS a ter um ganho de eficiência.

A parceria, desenvolvida com Organizações Sociais e o Estado de Goiás, veio aperfeiçoar os instrumentos já utilizados na Administração Pública, de modo que se possa prever com a máxima exatidão os serviços e atividades que estão sendo contratados, por meio de Indicadores de Desempenho e Metas de Produção estabelecidas no contrato de gestão. A Organização Social utiliza controles de empresa privada, principalmente em relação às áreas contábil, financeira, suprimentos e RH e isso traz melhorias para o desempenho geral da organização. O formato de Organização Social propicia a flexibilidade de gestão necessária a uma melhor atuação devido à possibilidade de incorporar as práticas de gestão o que facilita a obtenção de ganhos de produtividade nos serviços e maior satisfação na prestação dos serviços públicos. Antigamente, antes das Organizações Sociais, os hospitais só precisavam funcionar, independentemente do seu desempenho, não se preocupando com a qualidade ou quantidade do serviço que prestavam. Atualmente, após as Organizações Sociais, faz-se necessário atingir resultados e prestar contas deles, demonstrando eficiência.

Em nenhum momento, a política pública de saúde deixa de ser responsabilidade do poder público (governo estadual). Mesmo administrado e prestado por uma entidade privada sem fins lucrativos, caso haja problema no atendimento e insatisfação dos usuários em relação ao serviço, a organização social é notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

O Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência no Brasil

Emergência é uma propriedade que uma dada situação assume quando um conjunto de circunstâncias a modifica. Tomados de forma isolada, seus elementos não justificariam uma medida imediata, mas o conjunto e a interação entre seus constituintes sim. A assistência, em situações de emergência e urgência, se caracteriza pela necessidade de um paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo. A emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato para não agravar o estado do paciente e poder salvar a vida. Casos de emergências são: parada cardiorrespiratória, perda de consciência sem recuperação, dificuldade respiratória, queda de alturas entre outras. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas.

As situações não urgentes podem ser referenciadas para o pronto-atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as descritas anteriormente.

O contexto histórico do atendimento de emergência no Brasil tem como base a descrição de um evento, a criação do Socorro Médico de Urgência.

O início das atividades de organização desse serviço aconteceu no Rio de Janeiro, com iniciativa tanto do poder público quanto das instituições privadas preocupadas com os acidentes nas ruas. A primeira lei vetada data de 1893 pelo prefeito Pereira Passos do então Distrito Federal e aprovada pelo Senado somente em 1902, iniciando as atividades finalmente em 1904 (Guerra, 2001).

Com a criação do Socorro Médico de Urgência foi atribuído à Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, o socorro a “feridos, acidentados na rua e afogados”. O plano elaborado naquele momento, que incluía atendimento com ambulâncias não pôde ser implantado por falta de verbas, sendo instaurado apenas em 1904. Segundo Wehbe (2000) três anos depois, em 1907, foi instaurado um posto localizado na Praça da República, um prédio da limpeza urbana com três andares equipados com o que havia de mais moderno e que se tornou padrão de excelência, sendo indicado na exposição internacional de Higiene no Rio de Janeiro em 1909 e na Exposição Internacional de Higiene Social em Roma, em 1912.

Os primeiros postos de pronto socorro e assistência médica foram dirigidos por comissários e subcomissários de higiene e assistência pública. No Brasil, a partir da década de 80, foi dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência.

Warner (1980), em 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma. O atendimento inicial do paciente traumatizado acontece em três etapas sucessivas: na cena do acidente, durante o transporte e no centro hospitalar. As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de *equipe especializado e podem ser divididas em pronto atendimento, pronto socorro e emergência (GOMES, 1994, p. 80)*.

O Ministério da Saúde (2008) define:

- Pronto Atendimento como a “unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato”.
- Pronto Socorro é o “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação”.

- As unidades de Urgência e Emergência são serviços de saúde destinados à prestação de atendimento imediato e prioritário a pessoas com afecções agudas e críticas, além de conferir suprema importância dentro do Sistema de Saúde do Brasil (BRASIL, 1985).

O setor de emergência surgiu com o objetivo de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, entretanto, houve uma crescente demanda e uma procura pelo atendimento nesses serviços, ocasionando um fluxo desordenado de usuários nas portas dos pronto-socorros (AZEVEDO et al, 2010; BRASIL, 2006). Atualmente é visível o aumento no fluxo de pessoas circulantes pela unidade de urgência e emergência.

Os desafios da Política Nacional de Saúde para melhorar as condições do Setor de Urgência e Emergência no Brasil são: melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento primário, implantar hospitais de referência regionais, adequar as equipes de saúde dos pronto-socorros às necessidades da demanda, especialmente os médicos, com remuneração digna e sem excesso de carga horária, adequar a estrutura física dos pronto-socorros às necessidades de atendimento da demanda, estruturar fisicamente os hospitais, colocar médicos especialistas na retaguarda, implantar o Acolhimento com Classificação de Risco, em que o paciente é atendido pela gravidade do quadro clínico que apresenta, e não por ordem de chegada, fazer campanhas de prevenção para a epidemia do trauma, abertura imediata de novos leitos de UTI ou de Unidade Intermediária que permita a alta precoce de pacientes, assim possibilitando o acesso à UTI dos pacientes que hoje encontram-se intubados e nos respiradores dos pronto-socorros, onde terão o atendimento adequado às suas necessidades, proporcionando-lhes a chance real de sobrevivência, que na situação atual é inexistente.

O Componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, é constituído por:

1. Portas hospitalares de urgência e emergência
2. Enfermaria de retaguarda clínica

3. Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados
4. Leitos de terapia intensiva
5. Organização das linhas de cuidado prioritárias: LC do infarto agudo do miocárdio (IAM), LC do acidente vascular cerebral (AVC) e LC da traumatologia

São objetivos da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

I – organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II – garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva para a Rede de Atenção às Urgências;

III – garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde e considerando o crescimento da demanda por serviços nessa área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população, existe a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves e a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência, tendo por objetivo estimular e apoiar, em cada estado, a organização e conformação de Sistemas

de Referência Hospitalar no atendimento às urgências e às emergências. Tais sistemas englobam a assistência pré-hospitalar (APH), centrais de regulação, hospitais de referência, treinamento e capacitação das equipes de atendimento.

Atualmente, o Sistema de Saúde de Urgência e Emergência está estruturado baseado em grandes hospitais de referência em Urgência e Emergência, que se localizam nas capitais ou grandes cidades do País. Idealmente seria necessário que existissem hospitais estruturados em Urgência e Emergência em diversas regiões dos estados brasileiros, que serviriam de referência para a macrorregião onde se localizassem, resolvendo os problemas de saúde daquela região, assim evitando o encaminhamento em massa dos pacientes das cidades do interior para os hospitais de referência nas grandes cidades brasileiras, o que leva a superlotação e ao completo esgotamento dessas unidades de bem atender a população.

O número crescente de vítimas de violências e acidentes demonstra o impacto desses agravos como problema de relevância em Saúde Pública. Estimativas da Organização Mundial da Saúde –OMS, para o período de 2002-2020, indicam aumento na mortalidade por causas externas, especificamente em decorrência de acidentes de trânsito e violências. No mundo, os acidentes de trânsito provocam, por ano, cerca de 1,3 milhões de óbitos e 20 a 30 milhões de pessoas vivem com sequelas decorrentes desse tipo de agravo.

As principais causas de mortalidade na população das regiões metropolitanas, na faixa etária entre 15 e 49 anos, são **acidentes, envenenamentos e violências**. Essas causas, mesmo consideradas em conjunto, superam as doenças cardiovasculares e neoplasias. São também as mais importantes causas de incapacitação física, permanente ou temporária nessa população, levando a perdas econômicas, previdenciárias e grandes dispêndios em tratamentos de complicações na saúde dos pacientes. Isso pode ser evitado, uma vez que boa parte das complicações ocorre em função de atendimentos realizados de forma inapropriada durante a fase aguda.

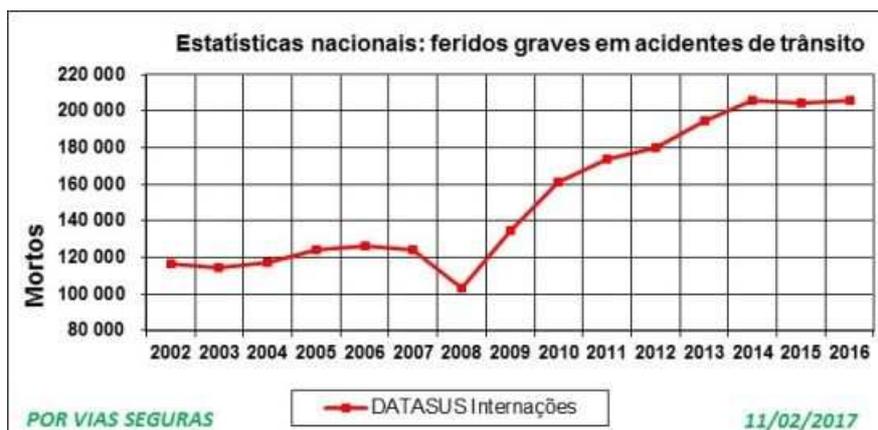
1) ACIDENTES

Dados sobre acidentes e vítimas fatais no Brasil

As estatísticas do Ministério da Saúde fornecem dados sobre os **óbitos** por causas externas. Esses óbitos são os que resultam de acidentes (inclusive os acidentes de transporte), agressões, suicídios etc. A última avaliação anual disponível do número de vítimas fatais de acidentes de transporte terrestre é de 37.306 acidentes *em 2015*.

Dados sobre os feridos

As estatísticas do Ministério fornecem, também, dados sobre as **internações** por causas externas. O gráfico abaixo mostra a evolução do número de vítimas de acidentes de trânsito hospitalizadas.



De acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

➤ Dimensão dos acidentes e violências na saúde pública
969.850 internações e 145.093 mortes em 2011 por causas externas (toda causa não natural, como queimadura, quedas, acidentes de trânsito, afogamento, envenenamento)

➤ Mortes no trânsito: 42.425 em 2011

38,8% das mortes no trânsito são de homens entre 20 e 39 anos

18,3% dos óbitos de homens entre 20 a 39 anos ocorreram no trânsito

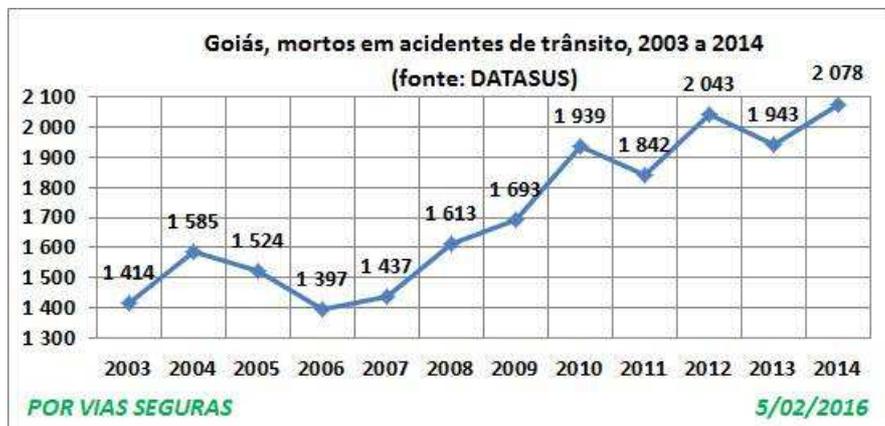
Mortes por homicídio: 51.330 em 2011 **Estatísticas de acidentes no Estado de Goiás**

➤ Avaliação do número de mortos no trânsito:

Detran, ano 2007: 304 mortos em Goiânia

Ministério da Saúde (DATASUS): óbitos ocorridos no Estado: 2.043 em 2012, 1.943 em 2013, 2.078 em 2014.

DPRF, mortos nas rodovias federais do Estado: 516 em 2010, 502 em 2011, 517 em 2012.



Internações por acidente de trânsito, Goiás, 2008 a 2012
Estatísticas do Ministério da Saúde

Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por local de internação - Goiás

Internações por Grupo de Causas

Grande Grup Causas: V01-V99 Acidentes de transporte

Período	2008	2009	2010	2011	2012
Grupo de Causas					
V01-V99 Acidentes de transporte	4.834	6.827	7.014	6.877	8.419
V01-V09 Pedestre traumatizado acid transporte	256	428	444	568	502
V10-V19 Ciclista traumatizado acid transporte	293	326	319	297	298
V20-V29 Motociclista traumatizado acid transp	1.963	4.157	4.770	4.462	5.182
V30-V39 Ocup triciclo motor traumatiz acid transp	4	2	9	8	12
V40-V49 Ocup a automóvel traumatiz acid transporte	156	311	326	426	530
V50-V59 Ocup caminhonete traumat acid transporte	3	9	10	6	9
V60-V69 Ocup veíc transp pesado traumat acid trans	-	7	8	1	3
V70-V79 Ocup ônibus traumatizado acid transporte	1	2	2	3	3
V80-V89 Outros acid transporte terrestre	77	132	153	185	175
V90-V94 Acidentes de transporte por água	1	3	6	17	1
V95-V97 Acidentes de transporte aéreo e espacial	3	3	1	2	3
V98-V99 Outros acid transporte e os não especific	2.077	1.447	966	902	1.701
Total	4.834	6.827	7.014	6.877	8.419

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

Extrato da base de dados Datasus em 25/03/2013

Politraumatismo

O politraumatismo constitui um problema de saúde pública com importante impacto

social. A sua incidência tem aumentado nos países em desenvolvimento mantendo-se como a principal causa de morbimortalidade entre adultos jovens.

Na faixa etária dos 5 aos 39 anos, as causas externas são as mais frequentes como acidentes de trânsito, violência interpessoal e quedas, as quais ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Dentre esses, os acidentes de trânsito e os homicídios, juntos, são responsáveis por mais da metade do número de óbitos.

Os acidentes de trânsito provocam, no mundo, a morte de aproximadamente 1,3 milhões de pessoas e lesionam de 20 a 50 milhões de outras a cada ano. Desse total de mortes, quase a metade (46%) são pedestres, ciclistas ou motociclistas, considerados mais vulneráveis no trânsito. O Brasil está entre os dez países do mundo com maior número de mortes causadas pelo trânsito.

O traumatizado deve ser considerado como um paciente prioritário, pela potencialidade de sua gravidade, pois pode ter suas funções vitais deterioradas em curto período de tempo, uma vez que o trauma grave, frequentemente, produz lesões em vários órgãos dependendo do mecanismo de acidente e da região anatômica do organismo que foi atingida.

2) ENVENENAMENTOS

A toxicologia, além da ciência do veneno, é, cada vez mais, a ciência da segurança e do risco da substância química. O conhecimento da probabilidade da substância causar um efeito adverso no ser humano e no ambiente (risco) ou não (segurança), é fundamental para o estabelecimento de uma política racional de proteção da sociedade (Schwartzman, 2001).

A intoxicação caracteriza-se por um conjunto de efeitos adversos provocados por um agente químico ou físico, devido sua interação com o sistema biológico, resultando em um desequilíbrio orgânico ou estado patológico, sendo geralmente, revelados clinicamente por sinais e sintomas tóxicos (LEITE & AMORIM, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, as intoxicações, acidentais, ocupacionais ou intencionais, são importantes causas de agravos à saúde. Estima-se que 1,5 a 3% da população intoxicam-se todos os anos. Para o Brasil, isso representa aproximadamente 4.800.000 casos novos a cada ano, desses 0,1 a 0,4% das intoxicações

resultam em óbito (ZAMBOLIN et al, 2008). Entretanto há forte indício que esses dados estejam subestimados, tendo em vista que, no Brasil, a principal fonte de dados sobre intoxicações continua sendo as publicações sistemáticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológica - SINITOX, desde a década de 80.

As intoxicações agudas são responsáveis por parte significativa dos atendimentos de emergência e internações em unidades de terapia intensiva, seja envolvendo pacientes adultos ou pediátricos, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. As estimativas são de que 3 a 7% dos pacientes que procuram as emergências apresentam algum agravo à saúde relacionado à exposição a agentes tóxicos (BRENT, 2005).

De acordo com o último relatório publicado pelo SINITOX, em 2011 foram registrados 104.117 casos de intoxicações exógenas (SINITOX, 2014). Os principais agentes tóxicos envolvidos foram medicamentos (29,54%), domissanitários (11,39 %), agrotóxicos (7,15%) e animais peçonhentos, onde acidentes com escorpiões são responsáveis por 10,45% dos atendimentos.

Segundo levantamento domiciliar , realizado nas 108 maiores cidades brasileiras, pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD, 2006), da Presidência da República, 22,8% da população pesquisada já fizeram uso na vida de drogas (excetuando na resposta tabaco e álcool), correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas.

Envenenamento no Estado de Goiás

No ano de 2012, em razão do cumprimento ao estabelecido na Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde, houve um incremento nas notificações por intoxicações exógenas. Foram registrados 1.285 casos de intoxicações referentes a medicamentos, tendo como principais classes os benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos e analgésicos, dentre outros. Segundo os dados, a principal circunstância determinante das intoxicações medicamentosas registradas, em relação ao total de casos, foi depressão, tentativa de suicídio, seguida por acidente individual, uso terapêutico, erro de administração e automedicação. As faixas etárias de maiores ocorrências são de 0 a 5 anos e de 15 a 19 anos por relacionamentos familiares e conflitos na adolescência.

A importância dos Primeiros Socorros

O atendimento imediato e os primeiros socorros prestados da maneira correta são fundamentais e fazem toda a diferença para que a vida da vítima possa ser salva.

3) VIOLÊNCIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, a violência pode ser definida como “o uso intencional da força física ou poder contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Essa triste realidade assola amplamente o Brasil, que é um dos países mais violentos do mundo.

Violência no Brasil

A violência letal no país é um tema que deveria ser prioritário para as políticas públicas. Apenas em 2014, segundo os registros do Ministério da Saúde, 59.627 pessoas sofreram homicídio no Brasil

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, em 2014 houve 59.627 homicídios no Brasil, o que equivale a uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 29,1.

Para situarmos o problema, essas mortes representam mais de 10% dos homicídios registrados no mundo e colocam o Brasil como o país com o maior número absoluto de homicídios. Numa comparação com uma lista de 154 países com dados disponíveis para 2012, o Brasil, com esses números de 2014, estaria entre os 12 com maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes. Além de outras consequências, tal tragédia traz implicações na saúde, na dinâmica demográfica e, por conseguinte, no processo de desenvolvimento econômico e social, uma vez que 46,4% dos óbitos de homens na faixa etária de 15 a 29 anos são ocasionados por homicídios.

No período de 2004 a 2014, 18 estados apresentaram taxa de mortalidade por homicídio de mulheres acima da média nacional (4,6), sendo eles: Amapá (4,8), Bahia (4,8), Pernambuco (4,9), Paraná (5,1), Rio de Janeiro (5,3), Acre (5,4), Paraíba (5,7), Rio Grande

do Norte (6,0), Pará (6,1), Ceará (6,3), Mato Grosso do Sul (6,4), Rondônia (6,4), Sergipe (6,5), Mato Grosso (7,0), Espírito Santo (7,1), Alagoas (7,3), **Goiás (8,8)** e Roraima (9,5).

Para atender á essa demanda, faz-se necessário uma rede de hospitais, com aparato tecnológico, estrutura física adequada, equipe de profissionais qualificados e um sistema de referência e contrarreferência eficaz, que possam atender, com qualidade e rapidez, à população.

Violência em Goiás

Segundo o sociólogo e coordenador do Mapa da Violência, Julio Jacobo Waiselfsz, “ a violência em Goiás costumava se concentrar, até então, no Entorno do Distrito Federal, onde cidades costumavam registrar mais mortes que a média. Isso sempre ocorreu, mas ultimamente houve um aumento grande na Região Metropolitana de Goiânia. Com o desenvolvimento industrial e a migração, houve um crescimento na violência”.

A taxa de homicídios no Estado de Goiás cresceu 70% entre 2004 e 2014, segundo o Mapa da Violência de 2016. De acordo com os dados, o índice saltou de 18,3 por 100 mil habitantes em 2004, para 31,2 dez anos depois, quase 50% maior que a taxa de 21,1 por 100 mil que o país registrou em 2014. Em 2004, a taxa de Goiás era menor que a média nacional, de 19,1.

Entende-se que a melhoria da qualidade da assistência médica, principalmente no que diz respeito ao atendimento de urgência/emergência para um correto diagnóstico e tratamento dos pacientes, associado ao encaminhamento e adoção de medidas de controle indicadas em tempo hábil, configura-se como uma medida racionalizadora, com menor custo e implantação mais rápida dentre todas as que se fazem necessárias, para resolver os graves problemas de assistência às urgências médicas nos municípios de grande porte, essa melhoria desempenha importante papel na redução de uma série de eventos.

Para enfrentar a situação, os serviços de emergência necessitam de uma melhor organização e, para tanto, se faz necessário: equipes com profissionais com vocação e formação adequada, instituição de protocolos para abordagem inicial, incluindo a triagem,

aquisição e organização dos materiais necessários, o estabelecimento da interdisciplinaridade no atendimento do paciente grave bem como a utilização de rotinas atualizadas.

A qualidade na prestação de serviços pode ser entendida como responsabilidade social, na perspectiva de construção/garantia de cidadania. Nesse sentido, oferecer serviços qualificados em urgência/emergência passa a ser um desafio para as instituições de saúde. Os hospitais têm se transformado em centros especializados, o que os situa entre as mais complexas organizações e cuja qualidade de serviços precisa ser reconhecida pela sociedade.

É importante destacar que, para gerar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, deve-se incrementar os demais aspectos relativos à gestão da qualidade em trabalho integrado com unidades hospitalares especializadas de referência como o **Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO**, objeto do presente Termo de Referência.

Tendo em vista que a vigência do Contrato de Gestão nº 120/2010, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar Pró – Saúde, para gerenciamento da unidade findar-se-á em 15/05/2017, a SES procederá à seleção de instituições sem fins lucrativos para celebração de contrato de gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO, localizado na Cidade de Santa Helena de Goiás.

3. PROPOSTA TÉCNICA

3.1 A Proposta Técnica deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO - I

INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE- HURSO

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Secretaria de Estado da Saúde, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, adotou o modelo de gestão compartilhada no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE- HURSO, que tem por objetivos:

- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde.
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada.
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados.
- Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas, serviços de diagnóstico.
- Garantir a equidade na atenção criando mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integrais (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação).
- Busca da eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Estado de Goiás, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central Estadual de Regulação, preservando a missão da Secretaria de Estado da Saúde.

2. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS

Santa Helena de Goiás é um município do Estado de Goiás. Possui uma área territorial de 1.128 km², com população estimada em 38.563 habitantes e densidade demográfica de 31.95 hab por Km². A taxa de mortalidade infantil média no Município é de 17.33 para 1.000 nascidos vivos e 67.1% de domicílios possui esgotamento sanitário adequado, de acordo com o IBGE.

O Município possui 6 Unidades Básicas de Saúde- UBS, 3 Policlínicas, 1 Unidade Municipal de Fisioterapia, 1 Hospital Municipal, 1 Hospital Geral, 1 Hospital de Urgências, 1 Laboratório Municipal, 2 ambulâncias do SAMU.

2.1. HISTÓRICO DA UNIDADE

A Unidade foi inaugurada no dia 29 de dezembro de 2010, porém entrou em efetivo funcionamento no dia 2 de julho de 2011, contabilizando, desde sua inauguração até abril do ano em curso, 16.458 internações, 57.161 atendimentos no Pronto Socorro, 18.123 procedimentos cirúrgicos e 690.599 serviços de apoio diagnóstico. Em outubro de 2014, a Unidade recebeu o selo de Acreditação Nível I da Organização Nacional de Acreditação – ONA. A Unidade está localizada na Cidade de Santa Helena de Goiás a 207 km da Capital, à Rua Mutum – Parque Residencial Isaura, CEP 75920-000 com funcionamento 24 horas, 7 dias da semana ininterruptamente.

2.2. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE-HURSO

2.2.1. A população beneficiada com o Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO é a totalidade dos municípios da Macrorregião de Saúde Sudoeste: Quirinópolis, Castelândia, Turvelândia, Porteirão, Maurilândia, Acreúna, Sto Antônio da Barra, Rio Verde, Montividiu, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Paranaiguara, São Simão, Caçu, Jataí, Itarumã, Itajá, Lagoa Santa, Jataí, Serranópolis, Aporé, Chapadão do Céu, Mineiros, Santa Rita do Araguaia, Portelândia, Doverlândia, Caiapônia e Perolândia, com população estimada em 706.682 habitantes. Entretanto, para atender Urgência e Emergência, a população beneficiada será todo o Estado de Goiás.

3. SERVIÇOS

3.1 O Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO está estruturado como hospital porta de entrada de Urgência e Emergência do Estado de Goiás, homologada pelo Ministério da Saúde, de Referência Estadual, realizando procedimentos de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar em Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, nas especialidades de Cirurgia Geral, Bucomaxilofacial, Ortopedia/Traumatologia, Neurocirurgia, Vascular e Cirurgia Torácica. O Hospital possui 69 leitos de internação destinados à assistência médica em Clínica Médica (26 leitos), Clínica Cirúrgica (35 leitos) e ** Clínica Pediátrica (8 leitos), além de 10 leitos de UTI Adulto, 10 leitos de UTI Pediátrica e 16 leitos complementares (12 leitos de Observação e 4 leitos de Recuperação Pós - Anestésica- RPA).

** Os leitos da Clínica Pediátrica recebem pacientes de Ortopedia regulados e raramente pacientes de demanda espontânea. A Ortopedia regulada é atendida pelo ortopedista e a demanda espontânea, quando ocorre, é atendida pela Clínica Geral ou Cirúrgica, que interna ou referência. As crianças internadas são avaliadas, no dia a dia, pelo médico clínico/cirúrgico e/ ou ortopedista e, se houver intercorrências, o médico da UTI Pediátrica

é acionado. A especialidade Pediatria não faz parte do rol de especialidades do Hospital, o médico pediatra atua somente na UTI Pediátrica, podendo atender à enfermaria, se solicitado.

3.2. Os serviços devem observância às políticas nacional e estadual de referência de média complexidade, definidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, sendo:

3.2.1. Assistência Hospitalar

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no Hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar e todos os serviços relacionados à Órteses, Próteses e Materiais – OPM, contempladas na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPM não prevista na tabela do SUS, a Secretaria de Estado da Saúde deverá autorizar previamente o orçamento.

3.2.1.1 Internação

O HURSO funcionará com a capacidade operacional de **101** leitos, assim distribuídos:

Internação	Clínica Médica	26
	Clínica Cirúrgica	35
	Clínica Pediátrica	08
UTI's	Adulto	10
	Pediátrica	10
Leitos de internação		69
Leitos de UTI		20
Leitos complementares		12 de Observação
Total de Leitos do Hospital		101

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

3.2.1.2. No processo de hospitalização estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de internação.
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de internação.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação parenteral e enteral.
- Assistência por equipe médica especializada, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
- Utilização do 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 usuário e/ou quarto de isolamento.
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes, Lei nº 10.741 de 01/10/2003.
- Sangue e hemoderivados.
- Fornecimento de roupas hospitalares.

- Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, como Hemodiálise, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

3.2.2. Urgência e Emergência

A área da Urgência/Emergência possui 05 box de reanimação, divididos em Sala Vermelha com 2 leitos e Sala Amarela com 03 leitos.

Serão considerados atendimentos de Urgência aqueles não programados, que sejam dispensados a pessoas que procurem tal atendimento de forma espontânea (livre demanda) ou encaminhados de forma referenciada, por meio da Central Estadual de Regulação.

O Hospital deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo a demanda que lhe for encaminhada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2.3. Ambulatório

O Ambulatório do Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO deverá atender aos usuários egressos da instituição hospitalar ou encaminhados de forma referenciada, por meio da Central de Regulação Estadual para as especialidades previamente definidas, respeitando o limite da capacidade operacional do Ambulatório. A Unidade conta com 02 consultórios para retornos cirúrgicos nas especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia/Traumatologia.

Consultas de especialidades médicas oferecidas pelo Ambulatório do Hospital:

- Ortopedia e Traumatologia
- Cirurgia Geral (Torácica, Vascular, Neurocirurgia e Bucomaxilofacial)

3.2.3.1 Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso.

- Interconsulta.
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Central de Regulação do Município** ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

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 a especialidade referida.

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

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.

O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, das 07h00min às 19h00min horas, de segunda a sexta-feira, nas especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia /Traumatologia.

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

3.2.4. Serviço de Farmácia

Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, 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.

3.2.5. Serviço Nutrição e Dietética- SND

O Serviço de Nutrição e Dietética é próprio e presta assistência nutricional, fornecendo refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do Serviço está de 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. O serviço oferecido deve estar atento também aos pareceres e/ou solicitações médicas, que, após o paciente ser

avaliado, define um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

3.2.6. Lavanderia

Possui lavanderia hospitalar, sendo um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, é responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição, em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada, à todos setores do Hospital. Possui 2 lavadoras, 2 secadoras, 2 centrífugas e 1 calandra, essas de barreira.

3.2.7. Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico está localizado ao lado da UTI e possui 4 salas cirúrgicas e 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 4 leitos.

As salas estão equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento, ininterrupto, 24 hs todos os dias da semana.

3.2.8. Central de Material e Esterilização – CME

Área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares. É nessa área que se realiza o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares. O serviço é próprio e possui 1 lavadora ultrassônica e 2 autoclaves de barreira.

3.2.9. Laboratório

O Laboratório está localizado ao lado da entrada principal, possui uma Agência Transfusional - AT e o Serviço de Análises Clínicas, que serão disponibilizados aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e ambulatorial

3.2.10. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Interno

Entende-se, por SADT Interno, a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência, internação e ambulatorial do próprio Hospital. O SADT compreende os seguintes recursos diagnósticos:

Radiologia Digital	Tomografia Computadorizada
Ultrassonografia	Eletrocardiografia
Endoscopia	Anatomia Patológica
Análises Clínicas	

3.2.11. Ensino e Pesquisa

A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação hospitalar.

É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nas unidades da SES.

A Unidade deverá desenvolver atividades de Ensino e Pesquisa em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, oferecendo campos de prática para estágios de graduação, pós-graduação, cursos profissionalizantes e tecnólogos para escolas técnicas conveniadas com a SES.

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da atenção a saúde oferecida aos usuários do SUS.

A Unidade será responsável por manter atualizada a biblioteca e por disponibilizar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmicos/residentes. Para o desenvolvimento dessas atividades, a unidade deverá se adequar às exigências do Ministério da Educação - MEC para as devidas certificações.

3.2.12. Residência Médica e Multiprofissional

O Programa de Residência Médica - PRM é reconhecido pelo MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. O Hospital deverá funcionar como um cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional desenvolvidas pela SES.

3.2.13. Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, a Contratada/SES, se propuser a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES.

Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do Hospital, sendo, então, elaborado o orçamento

econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato de Gestão.

4. PRESSUPOSTO E DEFINIÇÕES

4.1. Gestão

Tendo em vista que o Hospital funcionará com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, caberá à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos de Gestão -COMACG, sob a supervisão da Gerência de Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos de Gestão-GEFIC, subordinados à Superintendência de Controle e Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde -SCAGES, acompanhar os indicadores de resultados definidos no Contrato de Gestão.

4.1.1. O Parceiro Privado deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. 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;

4.1.2. O Parceiro Privado deverá possuir um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe;

4.1.3. O médico designado como Diretor/Responsável Técnico do Hospital somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

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

4.1.5. 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;

4.1.6. O Parceiro Privado deverá adotar o Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários;

4.1.7. 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/Secretaria de Saúde acessar via Internet (WEB) e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá, à Contratada, a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde;

4.1.8. Havendo a disponibilização, pelo Parceiro Público, de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá a Contratada aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar;

4.1.9. O Parceiro Privado deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE;

4.1.10. A gestão do Hospital deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

4.1.11. O Parceiro Privado deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica,

assim como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, bem como manter o Núcleo de Engenharia Clínica, para o bom desempenho dos equipamentos;

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

4.1.13. O Parceiro Privado deverá dispor de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, 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, conforme as diretrizes da Portaria GM nº.2.529 de 23/11/2004;

4.1.14. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes comissões clínicas:

- a. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.
- b. Comissão de Verificação de Óbitos.
- c. Comissão de Ética Médica
- d. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- e. Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa.
- f. Comissão de Transplantes por Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes-CIHDOIT.
- g. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
- h. Comissões Compulsórias da Anvisa e MS relacionadas abaixo:
 - Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (Nutrição Enteral e Parenteral), de acordo com a Portaria GM/SNVS/MS e RDC da Anvisa nº 63/00
 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos
 - Comissão de Farmacoterapia

4.1.15. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências do Hospital deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, é :

- Lei nº 8.080, de 19/09/1990, 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 28/12/1990, 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.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde-PNASS, define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Lei nº 9.431, de 6/01/1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- PT GM/MS 2.616, de 12/05/ 1998, estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de vigilância epidemiológica e indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares.
- RDC nº 50, de 21/02/de 2002 , substituiu a Portaria 1884, de 11/11/1994, estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307, de 14/11/2002, publicada no DOU de 18/11/2002, e RDC nº189, de 18/07/2003, publicada no DOU de 21/07/2003.
- PT SAS/MS 3.432, de 12/08/1998 , estabelece critérios para a classificação e credenciamento de Unidades de Tratamento Intensivo-UTI.
- PT GM/MS 1.863, de 29/09/2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PT GM/MS 1.864, de 29/09/2003, institui o componente pré - hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS 2.048 de 05/11/2002, aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS 1. 559, de 01/08/2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema

Único de Saúde – SUS.

- PT GM/MS 2.529, de 23/11/2004, institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS 453 , de 01/06/1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT GM/MS 881, de 19/06/2001, institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- PT MS/SAS 202, de 19/06/2001, estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.

5. VIGÊNCIA

A vigência do presente Instrumento será de **48**(quarenta e oito) meses, a contar da data da outorga pelo Procurador-Geral do Estado , podendo ser prorrogado na forma legal.

6. RECURSOS HUMANOS

Em relação aos recursos humanos do Hospital de Urgências da Região Sudoeste – URSO, para cumprimento do item 13 – ANEXO TÉCNICO II – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO HOSPITALAR, o Parceiro Público realizará mensalmente o desconto financeiro integral de R\$ 1.866.571,65 (um milhão oitocentos e sessenta e seis mil quinhentos e setenta e um reais e sessenta e cinco centavos), referente aos proventos dos servidores cedidos ao Parceiro Privado, podendo ser variável conforme remanejamento de servidores, de acordo com a tabela atual abaixo:

SERVIDORES POR CARGO

Assistente Social	05
-------------------	----

Assistente Técnico de Saúde	56
Auxiliar de Radiologia – QT	02
Auxiliar de Serviços Gerais	40
Auxiliar Técnico de Saúde – QT	18
Biomédico	05
Cirurgião Dentista	02
Enfermeiro	23
Farmacêutico	04
Médico	10
Técnico em Enfermagem	175
Técnico em Laboratório	11
Técnico em Radiologia	10
<u>TOTAL DE SERVIDORES</u>	<u>361</u>

7. RECURSOS FINANCEIROS

A organização social deverá apresentar projeção orçamentária com Despesa Operacional Mensal Máxima de **R\$ 4.973.273,51** (quatro milhões novecentos e setenta e três mil, duzentos e setenta e três reais e cinquenta e um centavos), perfazendo uma Despesa Anual Máxima de **R\$ 59.679.282,12** (cinquenta e nove milhões, seiscentos e setenta e nove mil, duzentos e oitenta e dois reais e doze centavos).

8. REPASSE DE RECURSOS

O repasse dos recursos financeiros será efetuado até o 5º dia útil da data da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

ANEXO II – METAS DE PRODUÇÃO

I- ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

1. Assistência Hospitalar

1.1. Deverá realizar, no mínimo 331 saídas hospitalares a cada mês, (Clínica Médica – 103 saídas/mês, Clínica Cirúrgica – 228 saídas/mês).

1.2. O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada por meio da Autorização de Internação Hospitalar-AIH, apresentada pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde, e conforme descrito no Anexo III - Indicador da Qualidade, do Contrato de Gestão, Item 1 - Qualidade da Informação.

1.3. Deverá manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas.

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

2. Assistência à Urgência e Emergência:

2.1 Deverá manter o Serviço de Urgência/Emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, atingindo 970 atendimentos/mês.

3. Ambulatório:

3.1 Deverá atender aos usuários egressos da Instituição Hospitalar e aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Estadual para as especialidades previamente definidas, após pactuação com a Central, no limite da capacidade operacional do Ambulatório, com atendimento de 500 consultas médicas/mês, 500 consultas não médicas/mês.

3.2 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, processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. Atendimento Hospitalar – INTERNAÇÃO

Internação (Saídas Hospitalares - Enfermarias e/ou Pronto-Socorro)

O hospital deverá realizar, no mínimo, 331 saídas hospitalares a cada mês, (Clínica Médica – 103 saídas/mês, Clínica Cirúrgica – 228 saídas/mês).

1º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	1.236
Clínica Cirúrgica	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	2.736
TOTAL	331	3.972											

2º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	1.236
Clínica Cirúrgica	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	2.736
TOTAL	331	3.972											

3º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	1.236
Clínica Cirúrgica	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	2.736
TOTAL	331	3.972											

4º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	1.236
Clínica Cirúrgica	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	2.736
TOTAL	331	3.972											

2. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

Deverá manter o Serviço de Urgência/Emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana atingindo, no mínimo, 970 atendimentos/mês.

1º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	11.640

2º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	11.640

3º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	11.640

4º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	970	11.640

3- ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Deverá atender aos usuários egressos da Instituição Hospitalar e aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Estadual para as especialidades previamente definidas, após pactuação com a Central, no limite da capacidade operacional do Ambulatório com atendimento de 500 (quinhentas consultas médicas/mês) e 500 (quinhentas) consultas não médicas/mês.

1º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Consulta Não Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
TOTAL	1.000	12.000											

OBS: O Atendimento Multiprofissional se refere ao atendimento de profissionais de nível superior (exceto médico)

2º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Consulta Não Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
TOTAL	1.000	12.000											

OBS: O Atendimento Multiprofissional se refere ao atendimento de profissionais de nível superior (exceto médico)

3º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Consulta Não Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
TOTAL	1.000	12.000											

OBS: O Atendimento Multiprofissional se refere ao atendimento de profissionais de nível superior (exceto médico)

4º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Consulta Não Médica	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
TOTAL	1.000	12.000											

OBS: O Atendimento Multiprofissional se refere ao atendimento de profissionais de nível superior (exceto médico)

Especialidades Médicas

Clínica Médica
Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral, Bucomaxilofacial, Ortopedia/Traumatologia, Neurocirurgia, Vascular e Cirurgia Torácica).

Especialidades Não Médicas

Equipe Multidisciplinar (Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Biomedicina)
Traumatologia/Bucomaxilofacial

4. Premissas gerais utilizadas na definição do Plano de Metas de Produção

- Considerar, para efeito de cálculo, a atividade ininterrupta de 24 horas durante todo o mês.
- Metas previstas para alcançar 85% de ocupação da capacidade de internação.
- Para o cálculo das metas de assistência hospitalar foram utilizados os indicadores de Média de Permanência e Taxa de Ocupação Hospitalar, conforme critérios do Ministério da Saúde.
- Para o cálculo das metas restantes, devido a Unidade estar em pleno funcionamento, foram utilizadas as metas praticadas atualmente, conforme série histórica do Datasus referente ao ano de 2016, fornecida pela Coordenação de Processamento da Informação- CPI GAPI/SCAGES/SES .

e) As características dos hospitais, referentes à especialidade, ao nível de complexidade e ao tamanho, são muito variadas. Os hospitais não são passíveis de comparações, pois deve-se levar em conta a localização geográfica, as características demográficas da população a ser atendida, a equidade no acesso ao serviço de saúde, o tipo de unidade e o fluxo de clientela (demanda espontânea ou referenciada), devido a isso, as metas de produção são singulares variando de unidade para unidade.

f) Um plano operativo de um hospital não pode ser restrito, exclusivamente, ao município onde ele está situado porque, certamente, ele atende a população de outros municípios.

g) O Plano Operativo do HURSO foi elaborado abrangendo a especificação de estrutura do serviço, a relação de profissionais necessários, a capacidade instalada, a série histórica referente a toda produção ambulatorial e hospitalar e, por fim, a pactuação dos indicadores de desempenho a serem monitorados.

h) As metas hospitalares estão estáticas, pois a Unidade já está em pleno funcionamento e as metas são as praticadas atualmente, conforme série histórica.

i) As metas de produção previstas para a execução contratual, 48 meses, foram elaboradas para esse período porém, por serem variáveis importantes na averiguação da qualidade do serviço prestado, devem ser dinâmicas para que possam acompanhar as mudanças do ambiente e a melhoria contínua dos processos e atividades da Unidade. Como a população, de um ano para outro, sofre alterações, bem como o perfil epidemiológico da Região, onde a Unidade de Saúde está inserida, e o Parque Tecnológico apresentam mudanças significativas, as metas de produção deverão ser acompanhadas e avaliadas, semestralmente ou a qualquer tempo pela GEFIC/ SCAGES, quando poderão sofrer alterações para que possam garantir e assegurar uma boa assistência ao usuário do SUS, proporcionando maior eficácia e qualidade dos serviços prestados.

4.1- Legenda:

1) Série Histórica: é um conjunto de dados e eventos monitorados ao longo do tempo.

2) Capacidade Instalada: é a capacidade máxima que uma unidade produtora pode produzir se trabalhar ininterruptamente, sem que seja considerada nenhuma perda. Em outras palavras, é a produção que poderia ser obtida em uma unidade trabalhando 24

horas por dia, todos os dias da semana e todos os dias do mês, onde se pode identificar e corrigir falhas como:

- Produção maior do que a capacidade instalada
- Produção menor que a capacidade instalada (subutilização)
- Falta de acompanhamento por parte dos gestores.
- Outros

3) Plano Operativo: é um documento no qual os responsáveis de uma organização (seja essa uma empresa, uma instituição ou um gabinete governamental) estabelecem os objetivos que desejam ver cumpridos e estipulam os passos a seguir.

ANEXO - III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

1. Autorização de Internação Hospitalar (25%).

A meta é atingir a totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do Hospital.. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

2. Atenção ao Usuário (25%).

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos no Ambulatório do Hospital, abrangendo 10% do total de pacientes, escolhidos aleatoriamente, em cada área de Internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no Ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente

anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/SES. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de consolidação dos três grupos até o dia **10** do mês imediatamente subsequente.

3. Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia **10** do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores que incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto, Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto. O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para a UTI Adulto que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

3.1 Definições:

3.1.1. Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes/dia da UTI no mês, multiplicado por 1000.

3.1.2. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes/dia com cateter venoso central no mês,

multiplicado por 1000.

3.1.3. Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central dia no mês dividido por número de pacientes/dia no mesmo período.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS *National Nosocomial Infection Surveillance System-NNISS*, que é a metodologia utilizada pelo CDC *Center for Disease Control-CDC/EUA*. As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepSES clínicas.

4. Mortalidade Operatória (25%).

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de Cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology* do *Average Score of Anesthesiology -ASA* e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

4.1 Definições:

4.1.1 Taxa de Mortalidade Operatória: número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

4.1.2 Taxa de Cirurgias de Urgência: Número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Esses dados devem ser enviados por meio de relatórios mensais, nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória, com a análise desse índice, elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

ANEXO - IV

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

Roteiro para elaboração da Proposta Técnica

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

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.

A Proposta Técnica apresentada deverá conter a descrição sucinta e clara da proposta, evidenciando os benefícios econômicos e sociais prestados à comunidade, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos.

1. TÍTULO

Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Urgências da Região Sudoeste-HURSO**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 02/2017.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial do Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO, descrevendo:

2.1 ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Os entes interessados apresentarão entre outros aspectos organizativos, no mínimo, os seguintes:

- a) Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia, por especialidades.
- b) Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de consultas ambulatoriais.
- c) Horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.
- d) Organização do Serviço de Nutrição , horários de refeições, organização do pessoal etc.
- e) Regulamento e Manual de Normas e Rotinas.

2.2. QUALIDADE

2.2.1. Objetiva: está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no Hospital.

O ente interessado estabelecerá em sua Proposta Técnica, entre outras:

- 1- O número de comissões técnicas que implantará no Hospital especificando: nome, conteúdo, membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes, nos espaços destinados aos nomes das pessoas que integram a Comissão), objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato de gestão, frequência de reuniões, controle das mesmas pela Direção Médica, atas de reuniões, etc.
- 2- Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco especificando equipe necessária, a sistemática de trabalho, horário de funcionamento.
- 3- Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil descrito no Edital.
- 4- Outras iniciativas e programas de QUALIDADE que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Nesse caso, deve-se apresentar um

plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc.

2.2.2. Subjetiva: está relacionada com a percepção que o usuário (usuário e familiares) obtém de sua passagem pelo Hospital.

O ente interessado em sua oferta explicará, entre outras, as seguintes questões:

- Como estruturará a informação aos usuários e seus familiares acerca do Processo de Atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços implantará o Consentimento Informado) e, especialmente, a informação durante o Processo de Atenção (lugares onde se efetuará a informação, horários e frequência da informação, para cada uma das Clínicas).
- Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas.
- Como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de Leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros.

2.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

2.3.1. Certificar experiência anterior, mediante comprovação de declarações legalmente reconhecidas (Declaração de Contratantes Anteriores).

2.3.2. Estrutura Diretiva do HOSPITAL:

- Descrição do organograma do Hospital até o terceiro nível: Diretor-Geral/Superintendente, Diretor Técnico, Diretor Administrativo/ Financeiro, Diretor Assistencial e Chefias de Unidade/Serviços/Clínicas.
- O ente interessado deverá apresentar currículos e atestado(s) fornecido(s) por pessoa (s) jurídica (s) de direito público ou privado, registrado(s) no Conselho de Classe competente,

dos postos correspondentes aos dois primeiros níveis.

2.3.3. Organização de Serviços Assistenciais:

- Descrição da organização das diferentes clínicas.
- Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade.
- Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobrevisto).
- Especialmente descrever as unidades de salas de cirurgia, urgências e ambulatórios.
- Descrição da organização das unidades de internação (enfermaria).
- Compatibilização da Proposta Técnica com as diretrizes da SES.
- Descrição de como o proponente estabelecerá a Contrarreferência com a Atenção Primária e com outros hospitais. Nesse caso apresentar um plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos etc.

2.3.4. Na organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, o ente interessado deverá apresentar, entre outras, as seguintes informações:

- Descrição de funcionamento da Unidade de Faturamento, bem como horários de trabalho, estrutura de chefia, membros e vínculo com a Unidade.
- Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

2.3.5. Na organização dos Recursos Humanos, a organização social interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais e a carga horária de trabalho .

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

ESTIMATIVA DE ATIVIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Especialidades Internação	Número de Saídas Hospitalares		Bases para o Cálculo do Número de Saídas		
	Média Mensal	% Total	Leitos Operacionais	Tempo Médio de Permanência	Taxa de Ocupação
Clínica Cirúrgica					
Clínica Médica					
Total Mensal					
Total Anual					

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - SAÍDAS HOSPITALARES

Ano 20__													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	Total
Clínica Médica													
Clínica Cirúrgica													
Total Mensal													
Total Anual													

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (HOSPITALAR)

Ano 20__													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11ºM	12º M	Total
Total													

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO

Ano 20__													
	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12ºM	Total
Consulta Médica													
Consulta Não Médica													
Total													

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Categorias	Carga Horária Semanal	Área de Trabalho (Função)	Formação	Regime de Contratação

ANEXO - V

PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

A Proposta Técnica do Hospital será analisada e pontuada conforme o quadro abaixo, sendo que a pontuação máxima só será obtida se a Proposta Técnica apresentada contiver a integralidade do quesito solicitado, caso contrário, a pontuação será proporcional ao item apresentado, de acordo com a especificação abaixo:

- a) Não apresentado/não atendido= 0%
- b) Apresentado/parcialmente atendido = 50%
- c) Apresentado/totalmente atendido= 100%

CRITÉRIO (FA = Fator de Avaliação)	ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL
FA.1 ATIVIDADE - Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional do Hospital.	1.1. Organização da Atividade.	9,5 PONTOS
	1.2. Incrementos de Atividade.	2,5 PONTOS
	Total: 12 pontos	
FA.2 QUALIDADE - Adequação das atividades propostas referentes à QUALIDADE da assistência prestada.	2.1 Ações voltadas à Qualidade Objetiva – Comissões.	10 PONTOS
	2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas à Satisfação dos Usuários e/ou Acompanhantes	4 PONTOS
	Total: 14 pontos	
FA.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA - Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados	3.1. Experiência Anterior.	36 PONTOS
	3.2. Estrutura Diretiva do Hospital.	05 PONTOS
	3.3. Organização dos Serviços Médicos Assistenciais e de	2,5 PONTOS

presumidos.	Enfermagem.	
	3.4. Organização dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais.	06 PONTOS
	3.5. Ciência e Tecnologia	1,5 PONTOS
	3.6. Política de Recursos Humanos	19 PONTOS
	3.7. Metodologia de Projetos, incluindo os prazos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.	04 PONTOS
		Total: 74 pontos
PONTUAÇÃO MÁXIMA TOTAL:		100 PONTOS

ANEXO - VI

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO

A Matriz de Avaliação divide-se em 3 itens:

FA=Fator de Avaliação

FA.1. ITEM ATIVIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 12 PONTOS

Avalia a adequação da proposta de Organização dos Serviços e Execução das Atividades Assistenciais à Capacidade Operacional da Unidade. Demonstra potencialidade, quanto à Organização, quando atende a processo sistematizado capaz de produzir resultado dentro de um contexto de produção de serviços.

FA.2. ITEM QUALIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 14 PONTOS

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 a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva, relacionadas com a humanização das relações na Unidade.

FA.3. ITEM TÉCNICA - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 74 PONTOS

Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas, estrutura diretiva, organização de serviços médicos assistenciais e de enfermagem, organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, ciência e tecnologia, organização dos recursos humanos, prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.

Critérios de Julgamento das Propostas Técnicas

A pontuação, atribuída pela Comissão de Avaliação, obedecerá os quadros abaixo:

FA.1. ITEM ATIVIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 12 PONTOS

Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade. Refere instrumentos conforme demonstrado:

1. ATIVIDADE – AVALIA AS AÇÕES PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR			PONTUAÇÃO (12 PONTOS)	
			POR ITEM	TOTAL
1.1 ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE	IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas.	0,5 ponto	2,5 pontos
		Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos.	0,5 ponto	
		Fluxo unidirecional para materiais esterilizados.	0,5 ponto	
		Fluxo unidirecional para roupas.	0,5 ponto	
		Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.	0,5 ponto	
	IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	Política de Recursos Humanos a ser implementada.	0,5 ponto	2,5 pontos
		Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	0,5 ponto	
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	0,5 ponto	
		Proposta para Regimento Interno do Hospital	0,5 ponto	
		Implantação de Logística de Suprimentos	0,5 ponto	

	IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	Manual de Protocolos Assistenciais	01 ponto	4,5 pontos	
		Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos	01 ponto		
		Manual de Rotinas para Administração Financeira	01 ponto		
		Proposta de Educação em Saúde / Capacitação.	01 ponto		
		Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio	0,5 ponto		
TOTAL PARCIAL DE PONTOS DO ITEM ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE - 9,5 PONTOS					
1.2 INCREMENTO DE ATIVIDADE	INCREMENTO DE ATIVIDADE	Em maior ou igual a 15% acima das metas (sem elevar custos)	02 pontos	2,5 pontos	
		Em 10% acima das metas anuais (sem elevar custos)	01 pontos		
		Em 5% acima das metas anuais (sem elevar custos)	0,5 pontos		
		Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais, de caráter contínuo, realizados em parceria, ou não, com o poder público (sem elevar custos)	*2 Até 05 projetos 0,25 pontos		0,5 ponto
			*2 Acima de 05 projetos 0,5 ponto		
TOTAL PARCIAL DE PONTOS DO ITEM INCREMENTO DE ATIVIDADES -					

2,5 PONTOS

TOTAL GERAL DE PONTOS PARA O ITEM ATIVIDADE -

12 PONTOS

OBS: a) No subitem “*Implantação de Processos*”, nos protocolos apresentados, deverá constar o responsável pela elaboração e a citação da fonte de onde os mesmos foram originados.

b) O subitem “*Incremento de Atividade*” será acompanhado e avaliado de acordo com a Proposta Técnica apresentada.

* ¹ Subitens não cumulativos.

* ² Subitens não cumulativos.

FA.2. ITEM QUALIDADE - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 10 PONTOS

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 de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva, relacionadas com a humanização das relações no Hospital.

2.1. QUALIDADE OBJETIVA – AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA TÉCNICA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE:			PONTUAÇÃO (10 PONTOS)	
			POR ITEM	TOTAL
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO HOSPITALAR	Proposta de Regimento Interno	01 ponto	02 pontos	
	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,5 ponto		
	Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto		

AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE OBJETIVA				
	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	Proposta de Regimento Interno	01 ponto	02 pontos
		Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,5 ponto	
		Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	
	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	Proposta de Regimento Interno	01 ponto	02 pontos
		Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,5 ponto	
		Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	
	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	Proposta de Regimento Interno	01 ponto	02 pontos
		Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,5 ponto	
		Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	
	COMISSÃO DE TRANSPLANTES POR COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES-CIHDOTT.	Proposta de Regimento Interno	01 ponto	02 pontos
		Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,5 ponto	
Cronograma de Atividade Anual		0,5 ponto		
TOTAL PARCIAL DE PONTOS DO ITEM QUALIDADE OBJETIVA				
10 PONTOS				

2.2. QUALIDADE SUBJETIVA - AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DE RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL			PONTUAÇÃO (04 PONTOS)		
			POR ITEM	TOTAL	
AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA	ACOLHIMENTO	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares na Emergência conforme Classificação de Risco.	01 ponto	02 pontos	
		Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.	01 ponto		
	ATENDIMENTO	Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes.	01 ponto	02 pontos	
		Proposta p/ implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de pesquisa de satisfação do usuário, com definição de uso das informações.	01 ponto		
	TOTAL PARCIAL DE PONTOS DO ITEM QUALIDADE SUBJETIVA			04 PONTOS	
	TOTAL GERAL DE PONTOS PARA O ITEM QUALIDADE - 14 PONTOS				

FA.3. ITEM TÉCNICA - NO CONJUNTO DA PROPOSTA CORRESPONDE A 74 PONTOS

Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas, estrutura diretiva, habilidade na execução das atividades, meio de suporte para a efetivação das atividades finalísticas assistenciais, com profissionais habilitados, na busca de desenvolvimento tecnológico e científico para a saúde coletiva. Observa os meios sugeridos, custos, cronogramas e resultados.

3. TÉCNICA – AVALIA A CAPACIDADE GERENCIAL DA PROPONENTE QUANTO A ADMINISTRAR UMA UNIDADE E CONDUZIR AS AÇÕES ASSISTENCIAIS COM BOM NÍVEL DE DESEMPENHO, COM EQUIPE TITULADA NAS ÁREAS QUE SE PROPÕE ASSISTIR.			PONTUAÇÃO (74 PONTOS)			
			POR ITEM	TOTAL		
EXPERIÊNCIA ANTERIOR	EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA HOSPITALAR	* Comprovação, pela entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de grande porte, com mais de 150 leitos de internação (cada certidão somará 02 pontos podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, duas experiências)	04	22 pontos		
		* Comprovação, pelo Corpo Diretivo da entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de grande porte com mais de 150 leitos de internação.	Diretor Geral/Superintendente		01 ponto	04 pontos
			Diretor Técnico		01 ponto	
			Diretor Adm/Financeiro		01 ponto	
			Diretor Assistencial		01 ponto	
		* Comprovação, pela entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de médio porte, de 70 a 150 leitos de internação (cada certidão somará 01 ponto podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, três experiências).	03		03 pontos	
* Comprovação, pelo Corpo Diretivo da entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de médio porte, de 70 a 150 leitos de internação.	Diretor Geral/Superintendente	0,75 pontos				
	Diretor Técnico	0,75 pontos				
	Diretor Adm/Financeiro	0,75 pontos				
	Diretor Assistencial	0,75 pontos				
* Comprovação, pela entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de pequeno porte, com menos de 69 leitos de internação (cada certidão somará 01 ponto podendo ser reconhecida a apresentação de, no	02	02 pontos				

		máximo , duas experiências).			
		* Comprovação, pelo Corpo Diretivo da entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de pequeno porte, com menos de 69 leitos de internação.	Diretor Geral/Superintendente Diretor Técnico Diretor Adm/Financeiro Diretor Assistencial	0,5 ponto 0,5 ponto 0,5 ponto 0,5 ponto	02 pontos
		Comprovação pela entidade em gestão de serviços de saúde em unidade que atenda urgência e emergência (cada certidão somará 01 ponto podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, duas experiências).			02 pontos
		Comprovação, pelo Corpo Diretivo da entidade, em experiência em gestão de serviços de saúde em unidade que atenda urgência e emergência.	Diretor Geral/Superintendente Diretor Técnico Diretor Adm/Financeiro Diretor Assistencial	0,5 ponto 0,5 ponto 0,5 ponto 0,5 ponto	02 pontos
		Comprovação, pela entidade, de gerenciamento em unidade de saúde por mais de 05 anos (cada certidão somará 02 pontos reconhecidos a apresentação de, no máximo, duas experiências).			04 pontos
		Comprovação, pela entidade, de gerenciamento em unidade de saúde de 03 a 05 anos (cada certidão somará 1,5 pontos reconhecida a apresentação de, no máximo, duas experiências).			03 pontos
		Comprovação, pela entidade, de gerenciamento em unidade de saúde por menos de 03 anos (cada certidão somará 01 ponto reconhecida a apresentação de, no máximo, duas experiências).			02 pontos
		Comprovação de gerenciamento em unidades de serviços públicos de saúde, como Organização Social de Saúde, em qualquer unidade da			05 pontos

		Federação, por mais de 2 anos (cada certidão somará 2,5 pontos reconhecida a apresentação de, no máximo, duas experiências).		
* Itens não cumulativos. A experiência pontuará somente para o porte apresentado.				
ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL	ESTRUTURA DA DIREÇÃO	Comprovação, pelos profissionais componentes da Estrutura Diretiva, membros da Diretoria Geral/ Superintendência, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa/Financeira e Diretoria Assistencial, de titulação de especialistas em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Cada profissional poderá obter no máximo 01 ponto.	04 pontos	05 pontos
		Organograma com definição das competências de cada membro do Corpo Diretivo.	01 ponto	
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM	IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os Serviços de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva .	0,5 ponto	2,5 pontos
		Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios e enfermarias.	0,5 ponto	
		Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, Central de Esterilização e Bloco Cirúrgico.	0,5 ponto	
		Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e emergência.	0,5 ponto	
		Quadro de Metas para a área médica observando em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de atendimento às urgências referenciadas.	0,5 ponto	

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS	IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	Instrução para o funcionamento do Serviço Social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.	0,5 ponto	06 pontos
		Instrução para o funcionamento da Equipe Multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	0,5 ponto	
		Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.	0,5 ponto	
		Normas para realização dos procedimentos de aquisição de materiais recebimento, guarda e distribuição	0,5 ponto	
		Instrução para o funcionamento do Serviço de Farmácia, com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangências, horário e equipe mínima.	01 ponto	
		Critérios para a contratação de terceiros.	0,5 ponto	
		Normas para o funcionamento do Serviço de Manutenção Predial e de Equipamentos Hospitalares, preventiva e corretiva.	0,5 ponto	
		Normas para o funcionamento do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, com especificação dos membros, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle.	01 ponto	
		Descrição do funcionamento do Serviço de Estatística com especificação dos membros, turnos de funcionamento, sistemática e metodologia de trabalho.	0,5 ponto	

		Descrição do Monitoramento de Indicadores de Desempenho de Qualidade, de Produtividade e Econômico-Financeiros: Indicadores selecionados, sistemática de aplicação de ações corretivas.	0,5 ponto	
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	CIÊNCIA E TECNOLOGIA	Convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.	0,5 ponto	1,5 ponto
		Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.	0,5 ponto	
		Projeto em Educação Permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar.	0,5 ponto	
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	RECURSOS HUMANOS	Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho. Sugestão de condutas para combater absenteísmo e estimular produção.	03 pontos	19 pontos
		Projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	03 pontos	
		Quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional, compatível com as atividades do plano de trabalho, constando forma de vínculo e horário .	07 pontos	
		Quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso)	05 pontos	
		Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	01 ponto	

METODOLOGIA DE PROJETOS	METODOLOGIA DE PROJETOS	Atendimento a todos os pontos do roteiro proposto.	01 ponto	04 pontos
		Apresentação da proposta de forma objetiva e concisa.	01 ponto	
		Demonstração de planejamento e cronogramas passíveis de execução.	01 ponto	
		Definição clara das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis.	01 ponto	
TOTAL GERAL DE PONTOS PARA O ITEM TÉCNICA -				
74 PONTOS				

ANEXO - VII

JULGAMENTO DOS PROJETOS

1. Na forma de julgamento, ou seja, "**MELHOR PROPOSTA TÉCNICA**", deverá ser desclassificado o Projeto que:

1.1. Não atingir uma Pontuação total mínima de 50 (cinquenta) pontos e que não alcançar 50% (cinquenta por cento) do total possível em cada um dos CRITÉRIOS – FA1. Atividade; FA2. Qualidade e FA3. Qualificação Técnica;

2. No julgamento da Pontuação do Projeto, para a definição da Nota Técnica (NT) será considerado o somatório dos resultados obtidos por Fator de Avaliação- FA (valor do ponto alcançado vezes o peso instituído), conforme fórmula a seguir:

$$NT = FA1 + FA2 + (FA3 \times 2)$$

3. A escolha da Organização Social de Saúde será definida por meio da maior Nota Técnica-NT obtida.

Goiânia, 11 de maio de 2017

Gracinete Costa Ferreira
Coordenadora de Modelagem
da SGPF/SES/GO
SCAGES/ SES-GO

Célia Regina Dias da Cunha
Assessora Técnica

Ana Beatriz Ramos
Pereira dos S. Neto
Assessora Técnica da SCAGES/ SES-GO
Estadual/GO

Genésio
Coordenador da Regulação

Thiago Angelino Martins da Silva
Presidente da Comissão Interna dos Contratos de Gestão

ANEXO - VIII

MODELO DE PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

Receitas e Despesas Operacionais													
RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS 1-ANO	MÊS 2-ANO	MÊS 3-ANO	MÊS 4-ANO	MÊS 5-ANO	MÊS 6-ANO	MÊS 7-ANO	MÊS 8-ANO	MÊS 9-ANO	MÊS 10-ANO	MÊS 11-ANO	MÊS 12-ANO	TOTAL
Repasse Contrato de Gestão/Convênio (Fixo + Variável)													
Repasse Programas Especiais/Eventuais													
Total (1)	0,00	0,00	0,00	0,00									
SUS / Ambulatório													
Total (2)	0,00	0,00	0,00	0,00									
Resultado de Aplicação Financeira													
Reembolso de Despesas													
Obtenção de Recursos Externos à SES													
Demais Receitas (Convênios)													
Receitas Extras													
Outras Receitas													
Total (3)	0,00	0,00	0,00	0,00									
Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)	0,00	0,00	0,00	0,00									
DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal	0	0	0	0									
1.1. Ordenados													
1.2. Encargos Sociais													
1.3. Provisões (13ª+Férias)													
1.4. Benefícios													

1.5. Outras Formas de Contratação (Ex. RPA)													
2. Mat/Med	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.1. Materiais Médico - Hospitalares													
2.2. Medicamentos													
3. Materiais Diversos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.1. Materiais de Higienização													
3.2. Gêneros Alimentícios													
3.3. Materiais de Expediente													
3.4. Combustível													
3.5. GLP													
3.6. Materiais de Manutenção													
3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos													
4. Seguros/Impostos/Taxas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.1. Seguros (Imóvel e Automóvel)													
4.2. Impostos/Taxas (Ex.: IOF, taxas bancárias, etc.)													
5. Gerais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.1. Telefonia													
5.2. Água													
5.3. Energia Elétrica													
5.4. Outras Despesas Gerais													
6. Depreciação													
7. Prestação de Serviços Terceiros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.1. Assistenciais													
7.1.1. Pessoa Jurídica													
7.1.2. Pessoa Física													
7.1.3. Cooperativa													
7.2. Administrativos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.2.1. Pessoa Jurídica													



7.2.2. Pessoa Física													
7.2.3. Cooperativa													
Total Geral das Despesas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Déficit/Superávit	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8. Investimentos													
8.1. Equipamentos													
8.2. Móveis e Utensílios													
8.3. Obras e Construções													
8.4. Veículos													
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ANEXO - IX

MODELO DE DECLARAÇÃO

(deve ser juntada ao Envelope II - PROPOSTA TÉCNICA)

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO**, localizado na cidade de Santa Helena de Goiás-GO, todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no Chamamento Público nº 002/2017.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Declaro, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Em _____, _____ de _____ de _____.

*Representante legal da Organização Social de Saúde
Carimbo e Assinatura*

ANEXO - X

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS

Ref.: Chamamento Público nº 002/2017

_____ (*nome da instituição*), inscrita no CNPJ/MF sob o número _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal e demais legislações vigentes, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, a não ser na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Em _____, _____ de _____ de _____.

Representante legal da Organização Social de Saúde
Carimbo e Assinatura

ANEXO - XI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA À UNIDADE DE SAÚDE

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que representando a Organização Social, denominada, compareci ao Hospital de Urgências da Região Sudoeste – HURSO, e atesto ter conhecido as instalações físicas, equipamentos e demais condições que possam, de qualquer forma, influir sobre a elaboração da proposta técnica.

Em _____, _____ de _____ de _____.

Representante legal da Organização Social de Saúde
Carimbo e Assinatura

ANEXO - XII

MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO HOSPITALAR E ANEXOS

CONTRATO DE GESTÃO Nº ____/2017

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o(a) _____, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no *Hospital de Urgências da Região Sudoeste – HURSO*, para os fins que se destina.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pelo PROCURADOR-GERAL DO ESTADO, Dr. Alexandre Eduardo Felipe Tocantins, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-GO sob nº 14.800, residente e domiciliado nesta Capital, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº _____, neste ato representada por seu Secretário, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

....., pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº, inscrita no CNPJ/MF sob o nº, com sede em, neste ato representada por (qualificação).

RESOLVEM, na forma da Lei Estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, no Despacho Governamental nº 56/2017, publicado no Diário Oficial do Estado de 16 de março de 2017, na Resolução do Conselho Estadual de Investimentos, Parcerias e Desestatização/Conselho Gestor de PPP (CIPAD) nº, e no Edital de Chamamento

Público nº 002/2017, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para a execução das atividades de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no *HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO*, nos termos do que se encontra detalhado nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho, consideradas partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO**, como instrumento de natureza convenial, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás; na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005; e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta Técnica, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

- 2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.
- 2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO exclusivamente na execução do seu objeto.
- 2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.
- 2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao PARCEIRO PÚBLICO.
- 2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05.
- 2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN), nos termos do art. 7º, I, alínea “h”, da Lei Estadual nº 17.257/2011.
- 2.8. Comunicar ao PARCEIRO PÚBLICO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.
- 2.9. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades

executadas neste CONTRATO DE GESTÃO, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

- 2.10.** Pôr à disposição do PARCEIRO PÚBLICO para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceria, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do CONTRATO DE GESTÃO.
- 2.11.** Utilizar os bens móveis e imóveis adquiridos com os recursos provenientes do contrato de gestão exclusivamente na sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao PARCEIRO PÚBLICO.
- 2.12.** Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.
- 2.13.** Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho.
- 2.14.** Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.
- 2.15.** Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho.
- 2.16.** Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.
- 2.17.** Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

- 2.18.** Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.
- 2.19.** Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.
- 2.20.** Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.
- 2.21.** Contratar, por meio de processo seletivo, sob regime da CLT, profissionais técnicos e administrativos em quantidade necessária e condizente ao adequado cumprimento das atividades e dos serviços inerentes ao objeto dessa parceria.
- 2.22.** Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.
- 2.23.** Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta Técnica, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.
- 2.24.** Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

- 2.25.**Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.
- 2.26.**Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.
- 2.27.**Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada.
- 2.28.**Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.
- 2.29.**Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.
- 2.30.**Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência.
- 2.31.**Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.
- 2.32.** Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta Técnica.
- 2.33.**Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

- 2.34.** Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO.
- 2.35.** Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.
- 2.36.** Apresentar semestralmente à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO a prestação de contas correspondente ao período, a qual deverá seguir acompanhada das notas fiscais de compras e serviços, certidões negativas de débitos perante as Fazendas Públicas estadual, federal e municipal, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e da justiça do trabalho, bem como a relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.
- 2.37.** Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.
- 2.38.** Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao PARCEIRO PÚBLICO, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.
- 2.39.** Comunicar imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.
- 2.40.** Acolher os destinatários das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

- 2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.
- 2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, com envio semestral de seus resultados ao PARCEIRO PÚBLICO.
- 2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o *balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior*.
- 2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo PARCEIRO PÚBLICO, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.
- 2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.
- 2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes as atividades e operações objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pelo pessoal especialmente designado pelo PARCEIRO PÚBLICO, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.
- 2.47. Restituir à conta do PARCEIRO PÚBLICO o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.
- 2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, nos termos do § 2º do art. 14

da Lei estadual nº 15.503/05, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria.

2.49. Manter por 05 (cinco) anos, contados da análise da prestação de contas pelos órgãos de controle, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este CONTRATO DE GESTÃO.

2.50. Remeter imediatamente ao órgão supervisor e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações administrativa e/ou judicial que o PARCEIRO PÚBLICO tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

2.50.1. Encaminhar ao órgão supervisor os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.51. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento.

2.52. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão.

2.53. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.54. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

2.55. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

- 2.56.** Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.
- 2.57.** Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.
- 2.58.** Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas.
- 2.59.** Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.
- 2.60.** Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.
- 2.61.** Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.
- 2.62.** Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatória.
- 2.63.** Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo PARCEIRO PÚBLICO e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, manifestar-se quanto ao interesse em mantê-los.
- 2.64.** Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.
- 2.65.** Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

2.66.Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.67.Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

São responsabilidades do PARCEIRO PÚBLICO:

3. 1.Efetuar os repasses mensais definidos na cláusula oitava deste CONTRATO DE GESTÃO.

3. 2.Prestar ao PARCEIRO PRIVADO o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, desde que não acarrete em ônus financeiro extra.

3. 3.Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste CONTRATO DE GESTÃO.

3. 4.Permitir o uso de bens móveis que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

3. 5.Ressarcir o PARCEIRO PRIVADO por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste CONTRATO DE GESTÃO.

3. 6.Manter no sítio eletrônico do órgão supervisor e no Portal de Transparência do Governo do Estado os dados sobre a execução e avaliação do presente CONTRATO DE GESTÃO.

3. 7.Proceder à cessão de servidores públicos ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B da Lei nº 15.503.

3.8. Proceder ao pagamento dos vencimentos dos servidores públicos cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, cujo montante será abatido do valor de cada repasse mensal.

3.9. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo PARCEIRO PRIVADO por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

Os PARCEIROS se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.4. Divulgar junto à Comunidade a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações;

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude o §2º, do art. 10, da Lei 15.503 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao PARCEIRO PRIVADO a ampla defesa e o contraditório.

- 5.1.3.** Notificado o PARCEIRO PRIVADO sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.
- 5.1.4.** Rejeitada a justificativa o PARCEIRO PRIVADO poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão.
- 5.1.5.** Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.
- 5.1.6.** Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.
- 5.2.** Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.
- 5.3.** Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás.
- 5.4.** O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos, contados da análise das contas.
- 5.5.** O PARCEIRO PRIVADO apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar, até o dia 10 de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do PARCEIRO PRIVADO as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado e à Controladoria Geral do Estado para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização informarão imediatamente autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6. 1.A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO, com observância do prazo máximo estabelecido pelo § 2º do inciso II do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6. 2.O PARCEIRO PÚBLICO se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6. 3.Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente CONTRATO DE GESTÃO se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SETIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7. 1.Para executar o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO especificados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO a importância global estimada de R\$

7. 2.Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7. 3.Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste CONTRATO.

7. 4.Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo PARCEIRO PÚBLICO, a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será complementada com os recursos advindos de:

- a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;
- b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;
- c) venda de espaço publicitário;
- d) exploração comercial das instalações;
- e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.5. Poderá o PARCEIRO PÚBLICO, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao PARCEIRO PRIVADO a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

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

7.7. O PARCEIRO PRIVADO deverá movimentar e aplicar os recursos lhe repassados em instituições financeiras que possuam na modalidade “moeda local de curto prazo” nota mínima “B”, conforme classificação de risco atribuída pela agência de *rating* internacional *Standard & Poor’s*, ou, em não havendo aquela, na modalidade “brA-3”.

7.8. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.9. Deverá o PARCEIRO PRIVADO, relativamente à conta de recursos transferidos pelo Estado, renunciar ao sigilo bancário em benefício dos órgãos e das entidades de controle interno da Administração.

7.10. O PARCEIRO PRIVADO fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.11. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente CONTRATO DE GESTÃO, a título de:

- a) taxa de administração, de gerência ou similar;
- b) publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes da organização social, autoridades ou servidores

públicos;

- c) pagamento de benefícios a empregados do PARCEIRO PRIVADO não contemplados no seu Plano de Cargos;
- d) pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do PARCEIRO PRIVADO na condição de entidade privada sem fins lucrativos.

7.12. Ao final do CONTRATO DE GESTÃO, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao PARCEIRO PÚBLICO.

CLÁUSULA OITAVA - DO REPASSE DE RECURSOS

8.1.No primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R\$, em 12 (doze) parcelas mensais de R\$, respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o dia útil de cada mês.

8.2.As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Sequencial:	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Descrição	Código	Denominação
Unidade		
Função		
Subfunção		
Programa		
Ação		
Grupo de despesa		
Fonte		

8.3.Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho

estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentado em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo.

9.2. É vedado ao PARCEIRO PRIVADO o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste CONTRATO DE GESTÃO, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento.

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do PARCEIRO PRIVADO deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.5. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.6. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO.

9.7. O PARCEIRO PRIVADO poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.9. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.10. Na hipótese do PARCEIRO PRIVADO não alcançar as metas pactuadas poderá o PARCEIRO PÚBLICO adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este CONTRATO DE GESTÃO.

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.14. O PARCEIRO PÚBLICO fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo PARCEIRO PRIVADO visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.15. O PARCEIRO PRIVADO não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

9.16. 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 contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1 O presente CONTRATO DE GESTÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterà a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação de seus termos pelo CIPAD e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do CONTRATO DE GESTÃO, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1.0 presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO a Organização Social parceira perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O PARCEIRO PRIVADO utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o CONTRATO DE GESTÃO e as disposições legais.

11.1.3. O PARCEIRO PRIVADO deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo PARCEIRO PÚBLICO.

11.1.4. O PARCEIRO PRIVADO por dois semestres não cumprir as metas previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

11.1.5. O PARCEIRO PRIVADO descumprir qualquer cláusula deste CONTRATO DE GESTÃO e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste CONTRATO DE GESTÃO ou em razão do término de sua vigência, a Organização Social não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, o PARCEIRO PÚBLICO providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo à Organização Social direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O PARCEIRO PRIVADO poderá suspender a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o PARCEIRO PÚBLICO com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O PARCEIRO PRIVADO terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar as obrigações deste decorridas e prestar contas de sua gestão ao PARCEIRO PÚBLICO.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este CONTRATO DE GESTÃO poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na *internet*, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- a. O CONTRATO DE GESTÃO e os seus eventuais aditivos;
- b. O regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;
- c. Seus registros contábeis, balanços, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;
- d. Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;
- e. Atas de suas reuniões, que tenham relação com este CONTRATO DE GESTÃO;
- f. Ato Convocatório e Avisos de seleção pública relativos à contratação de pessoal, com

critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

- g.** Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;
- h.** Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;
- i.** Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;
- j.** Relação mensal dos seus empregados com os respectivos salários;
- k.** Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com os respectivos salários mensais;

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo PARCEIRO PRIVADO, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

- a) Anexos Técnicos
- b) Proposta de Trabalho apresentada pela organização social
- c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis
- d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O PARCEIRO PRIVADO é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades

públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES

15.1. A inobservância pelo PARCEIRO PRIVADO de regra constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou de lei autorizará o PARCEIRO PÚBLICO, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

- a) advertência;
- b) suspensão da execução do contrato de gestão;
- c) multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente também aos dirigentes da Organização Social, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;
- d) rescisão do contrato;
- e) desqualificação.

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito do PARCEIRO PÚBLICO exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA- DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta da secretaria de estado ou da entidade da administração indireta da área do serviço objeto deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA- DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo PARCEIRO PÚBLICO, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os **preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.**

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, perante 2 (duas) testemunhas, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Goiânia, ____ de _____ de ____ .

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
Procurador-Geral do Estado

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

Organização Social
(PARCEIRO PRIVADO)

Testemunhas:

1)

2)

ANEXO TÉCNICO - I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta diversas cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é descrever em detalhes diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo é dividido em quatro segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatiza a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(3) Estrutura e Volume de Atividades Contratadas**; e **(4) Conteúdo das informações a serem encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde**.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

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

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

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 até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus empregados, servidores públicos e 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 trabalhadores, a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Goiás”, bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado as organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás”;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento 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 no HOSPITAL observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse;

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

1.9. 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;

1.10. Estabelecer, implementar e disponibilizar “on line” à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de quadro próprio de pessoal 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. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde 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 deste Contrato, 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, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

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

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

- c) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- d) 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 do hospital.
- e) 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.
- f) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.
- g) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- h) 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.
- i) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- j) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- k) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- l) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- 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.

 - Nome do Hospital.

- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
 - Motivo da internação (CID-10).
 - Data de admissão e data da alta.
 - 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.
- 1.14.** Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;
- 1.15.** Implantar pesquisa de satisfação do usuário, conforme item 2 do Anexo Técnico III;
- 1.16.** 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;
- 1.17.** 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;
- 1.18.** 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;

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

1.20. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos I e III deste Contrato;

1.21. 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 Municipal e Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital;

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

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

- a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.
- b) Comissão de Verificação de Óbitos.
- c) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.
- d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- e) Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa.

f) Comissão de Transplantes por Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT.

g) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.24. 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;

1.25. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

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

1.27. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando for necessário dessas 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 técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.28. Como parte do acompanhamento e supervisão do gerenciamento de equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de

gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas nos equipamentos, como também, ao registro histórico desses equipamentos para subsidiar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde 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;

1.29. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento no referido Hospital, 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 nº 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.30. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás 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 conseqüentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS nº 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e nº 1.032, de 04/05/2011;

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

a) 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.

b) 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.

II - DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, 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 a 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.

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, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde, por meio da Central de Regulação Municipal.

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

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é

permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.7. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de **Plantão Controlador Interno**, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Municipal 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.

3. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

3.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital 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.

3.2. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- a) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- b) 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.
- c) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde.

- d) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- e) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação.
- f) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- g) Assistência por equipe médica e multiprofissional especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal nas 12 horas/dia em todas as áreas de internação do hospital (**médico hospitalista**).
- h) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- i) O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem à assistência multiprofissional e tratamentos.
- j) 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 - Sistema Único de Saúde).
- k) Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.
- l) Sangue e hemoderivados.
- m) Fornecimento de roupas hospitalares.
- n) Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- o) Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS, com efetiva comprovação da utilização das OPME's.

p) Garantir a realização das cirurgias eletivas e emergenciais, evitando cancelamentos administrativos (falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros).

q) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24 hs.

4. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

4.1. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma referenciada pela Central de Regulação Médica Municipal.

4.2. Sendo o hospital do tipo referenciado, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde /Central de Regulação Municipal, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

4.3. 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.

4.4. 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 (AIH).

5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

5.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

5.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ou Município ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

5.3. 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 a especialidade referida.

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

5.5. 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.

5.6. 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, devem ser registrados como consultas subsequentes.

5.7. 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.

5.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das **07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira**, nas especialidades descritas no quadro abaixo, conforme demanda da população de usuários do hospital.

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS OFERECIDAS PELO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL:

Cirurgia Geral (torácica, vascular, neurocirurgia e bucomaxilofacial)

Ortopedia/Traumatologia

6. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

6.1. Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)

O hospital deverá realizar um **número anual de** saídas hospitalares, com variação de $\pm 15\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

1º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica													
Clínica Cirúrgica													
TOTAL													
2º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL

Clínica Médica													
Clínica Cirúrgica													
TOTAL													
3º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica													
Clínica Cirúrgica													
TOTAL													
4º ANO													
INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Clínica Médica													
Clínica Cirúrgica													
TOTAL													

2. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

Deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, e deverá realizar um número de **atendimento de urgência anual de no mínimo** .

1º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência													
2º ANO													

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência													
3º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência													
4º ANO													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Atendimento Urgência													

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial Consultas Médicas anual de consultas, consultas não Médica anual de consultas** de acordo com a capacidade operacional do ambulatório.

1º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica													
Consulta Não Médica													
TOTAL													
2º ANO													

Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica													
Consulta Não Médica													
TOTAL													
3º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica													
Consulta Não Médica													
TOTAL													
4º ANO													
Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	TOTAL
Consulta Médica													
Consulta Não Médica													
TOTAL													

ESPECIALIDADE MÉDICA	NÚMERO CONSULTAS/MÊS
Cirurgia Geral (torácica, vascular, neurocirurgia e bucomaxilofacial)	X
Ortopedia/Traumatologia	X
Total	X

CONSULTAS NÃO MÉDICAS	NÚMERO CONSULTAS/MÊS
Enfermagem	X
Fisioterapia	X
Psicologia	X
Nutricionista	X
Farmácia	X
Biomédico	X
Cirurgião Dentista	X
TOTAL	X

IV - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros.
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.
- Relatório de Custos em regime Trimestral.
- Censo de origem dos pacientes atendidos.
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO - II

SISTEMA DE REPASSE

I - REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

- a) Internação (Saídas Hospitalares);
- b) Atendimento a Urgências (Consultas médicas);
- c) Atendimento Ambulatorial (Consultas médicas e não médicas).

1.1. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

2. Além das atividades de rotina, o **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO**, poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no item 04 do ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO** é estimado em R\$ (.....) para o período de doze meses, e compõe-se da seguinte forma:

3.1. Da parte fixa **90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de R\$ (.....):

• **80% (oitenta por cento)** do valor R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com o **atendimento hospitalar (internação)**;

• **17% (dezesete por cento)** do valor, R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com o **atendimento de urgência**;

• **3% (três por cento)** do valor R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com **atendimento ambulatorial**.

3.2. Da parte variável **10% (dez por cento)** corresponde ao valor de R\$ (.....) será repassado para cada meta alcançada nos Indicadores abaixo relacionados, o percentual de 25% (desse valor, correspondente à R\$ (.....) sendo:

- a) Autorização de Internação Hospitalar (25%);
- b) Atenção ao Usuário (25%);
- c) Controle de Infecção Hospitalar (25%);
- d) Mortalidade Operatória (25%).

4. Os repasses ao PARCEIRO PRIVADO dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1. **90%** (noventa por cento) da parte fixa serão repassados em **12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ (.....)**;

4.2. **10%** (dez por cento) da parte variável mencionado no item 3.2 serão repassados mensalmente junto com as parcelas da parte fixa, em **12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor estimado de R\$ (.....)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no **Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade**, parte integrante deste Contrato de Gestão;

4.3. O valor mensal total de cada parcela está fixado em R\$ (.....).

4.4. A avaliação da parte variável será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO**.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO no ANEXO TÉCNICO I, a mesma deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da

Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO**.

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

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, 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.

5.3. As informações deverão fazer parte da Planilha de Informações Complementares que deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG.

5.4. As metas de qualidade serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico – III;

5.5. O *Sistema Web Controle OS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no item 8 do Contrato de Gestão – DO REPASSE DE RECURSOS.

6.1. As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas de produção das partes variáveis serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

6.2. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

7. A cada período de 03 (três) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do repasse de valor variável citado no item 4 deste documento.

8. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

9. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, trimestral, em data estabelecida por aquele, do mês subsequente ao trimestre;

10. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

11. A análise referida no item 8 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 hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

12. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

13. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão – 90%)

1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL**.

1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para contratos de gestão para gerenciamento de hospitais*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **ANEXO TÉCNICO I** 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 na Tabela I deste **ANEXO TÉCNICO II**.

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão - 10%)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida **Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 e 4.3 deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL**.

TABELA I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para contratos de gestão para gerenciamento de hospitais:

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO Peso 80%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X do orçamento destinado à atividade da Internação
	Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade da Internação
AMBULATÓRIO Peso 3%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Ambulatório
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Ambulatório
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X do orçamento destinado à atividade do Ambulatório
	Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade do Ambulatório

Pronto Socorro - Demanda espontânea e referenciada

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.

Peso 17%	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência
	Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência

ANEXO TÉCNICO - III

INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

INDICADORES DE QUALIDADE - Sistemática de Avaliação

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Trimestralmente, serão reavaliados os Indicadores de Qualidade podendo ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados.

Os indicadores constantes da proposta de técnica constituem obrigação contratual.

Fica o PARCEIRO PRIVADO obrigado a apresentar a totalidade dos indicadores de qualidade previstos na sua Proposta Técnica.

Para atribuição do percentual referente aos indicadores abaixo discriminados será atribuído 25% quando do cumprimento da meta, e em caso de cumprimento parcial, será atribuído 0% ao indicador, sendo que cada indicador somente poderá ter dois valores, 0% ou 25%.

METAS E INDICADORES

Para o primeiro ano estabelecem-se como indicadores determinantes do repasse da parte variável:

- a) Autorização de Internação Hospitalar (25%);
- b) Atenção ao Usuário (25%);
- c) Controle de Infecção Hospitalar (25%);

d) Mortalidade operatória (25%).

1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a atingir é apresentação da totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE - HURSO** Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 (dez) de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

2. Atenção ao Usuário - Resolução de queixas e pesquisa de satisfação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em amostra aleatória de pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.**

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pela Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

3. Controle de Infecção Hospitalar - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores que incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto, Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto. O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para a UTI Adulto que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

Definições:

- a) Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000;
- b) Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea

no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000;

c) Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (*National Nosocomial Infection Surveillance System*) que é a metodologia utilizada pelo CDC (*Center for Disease Control*) EUA. As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepSES clínicas.

4. Taxa de Mortalidade Operatória - O valor ponderal será de 25% em cada trimestre.

A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente. Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology* (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Definições:

a) Taxa de Mortalidade Operatória: número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

c) Taxa de Cirurgias de Urgência: Número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

ANEXO TÉCNICO - IV

DEMAIS DISPOSIÇÕES

I. O PARCEIRO PÚBLICO poderá realizar repasse de recursos ao PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, no início ou durante a execução do contrato de gestão, para ampliação, adaptação e reformas das estruturas físicas já existentes, de acordo com o cronograma estimado de obras, bem como a aquisição de equipamentos e bens móveis que se fazem necessários à prestação dos serviços públicos.

II. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto estabelecido pelo art.92, inciso XII, da Constituição Estadual.

III. Nos termos do item II acima, 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.

IV. Na eventual rescisão de contrato trabalhista de empregado, a responsabilidade pela mesma é do PARCEIRO PRIVADO, cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o ônus financeiro.

V. Ocorrendo a situação prevista no item IV acima, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o comprovante das despesas com as respectivas rescisões devidamente homologadas junto aos órgãos competentes, quando aplicável, e requerer o ressarcimento para a recomposição dos recursos destinados à assistência hospitalar.

VI. Na eventual rescisão deste contrato de gestão, os valores repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO disponíveis em conta e não utilizados na prestação dos serviços de saúde serão devolvidos aos cofres públicos, com as devidas aplicações financeiras.

VII. Os valores relativos às reclamações trabalhistas e ações judiciais que surgirem após a rescisão do presente contrato, sob qualquer forma das atividades descritas neste instrumento, será de responsabilidade do PARCEIRO PÚBLICO após a devolução pelo PARCEIRO PRIVADO do saldo líquido existente no fundo, previsto no item 7.3 da Cláusula Sétima deste Contrato de Gestão, devendo o PARCEIRO PÚBLICO dar total quitação ao

PARCEIRO PRIVADO no ato dessa devolução.

VIII. Em caso de rescisão unilateral deste contrato de gestão por parte do PARCEIRO PÚBLICO, o PARCEIRO PÚBLICO deverá arcar com os custos de desmobilização e dispensa do pessoal contratado pelo PARCEIRO PRIVADO para a execução dos serviços pactuados, sem prejuízo de eventual indenização que a ela couber.

IX. Encerrado o prazo de vigência do presente instrumento contratual, e não cabendo mais sua prorrogação, proceder-se-á à sub-rogação dos direitos e deveres decorrentes dos contratos firmados pelo PARCEIRO PRIVADO para execução do objeto do Contrato de Gestão nº 123/2011 – SES/GO a nova entidade escolhida pelo PARCEIRO PÚBLICO.

X. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar Portarias para, de forma complementar, e observando o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constantes no *caput* do art. 37 da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.

ANEXO - V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o(a) _____, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO** para os fins que se destina

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:**74.860-270**, neste ato representado pelo Procurador-Geral do Estado, **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/GO nº 18.851,CPF/MF sob o nº 342.732.491-87, residente e domiciliado nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, **LEONARDO MOURA VILELA**, casado, médico, portador da CI RG nº 775.140 2ª via-DGPC/GO e CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

PERMISSIONÁRIO:

O (A) _____, inscrita no CNPJ nº _____, com endereço na Rua _____, n. __, Bairro _____, CEP _____, no Município de _____, neste momento representado (a) por _____, brasileiro(a), estado civil, profissão, inscrito no RG n. _____ e CPF n._____, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº ___/___, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o(a) _____, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO, localizado na cidade de Santa Helena de Goiás-GO.**

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº _____, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos

termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão do hospital pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº ____/____.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE**.

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSIONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

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

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos

os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O PERMISSONÁRIO se compromete a:

- a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº ___/___, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.
- b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº ___/___.
- c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.
- d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.
- e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;
- f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.
- g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.
- h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.
- i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.
- j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.
- k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto vigor o Contrato de Gestão nº ____/____.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº ____/____.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna dos Contratos de Gestão em Serviços de Saúde e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, ____ de _____ de ____.

PERMITENTE



Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO

PERMISSIONÁRIA

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG n.

CPF n.

Nome:

RG n.

CPF n.

ANEXO - VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o(a) _____, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO** para os fins que se destina

PARTÍCIPIES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **LEONARDO MOURA VILELA**, casado, médico, portador da CI RG nº 775.140 2ª via-DGPC/GO e CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital, juntamente com a **PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO**, representado pelo Procurador-Geral, **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominado **PERMITENTE**.

PERMISSIONÁRIO:

O(A) _____, inscrita no CNPJ nº _____, com endereço na Rua _____, n. __, Bairro _____, CEP _____, no Município de _____, neste momento representado (a) por _____, brasileiro(a), estado civil, profissão, inscrito no RG n. _____ e CPF n. _____, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº ___/___, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o(a) _____, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO**, localizado na cidade de Santa Helena de Goiás-GO.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº _____ **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na _____, onde funciona o **Hospital de Urgências da Região Sudoeste- HURSO localizado na cidade de Santa Helena de Goiás-GO**, com área total medindo _____ m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. ____/____.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **Unidade Hospitalar**, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

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

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

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

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº ____/____, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

- d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.
- e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº ___/___, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.
- f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.
- g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.
- h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

- 4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto vigor o Contrato de Gestão nº ___/___;
- 4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.
- 4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

- 5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.
- 5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº ____/____.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna dos Contratos de Gestão em Serviços de Saúde, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

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

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, ____ de _____ de ____.

PERMITENTE

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO

PERMISSIONÁRIA

TESTEMUNHAS:

Nome:

Nome:

RG n.

RG n.

CPF n.

CPF n.