



ADITIVO - SES

SEXTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 80/2021-SES/GO, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, NA FORMA A SEGUIR.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia - GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº M-6 233.587- SSP/MG, inscrito no CPF nº 940.341.256-91, residente e domiciliado nesta Capital, e o **IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, doravante denominado simplesmente **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 8.150, de 23/04/2014, inscrito no CNPJ nº 19.324.171/0001-02, com endereço na Rua Itapeva, nº 202, Conjunto 34, Bela Vista, São Paulo - SP, neste momento representado por ANDRÉ FONSECA LEME, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 20.737-340 SSP/SP, inscrito no CPF nº 275.226.198-58, residente e domiciliado em São Paulo - SP, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 80/2021-SES/GO**, que se regerá Lei estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e suas alterações, em conformidade com os termos do Contrato de Gestão nº 80/2021-SES/GO e pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 202500010076480, vinculado ao processo original de nº 202000010030869.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 80/2021-SES/GO tem por escopo a revisão das linhas de serviço, ajuste textual no Programa de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional bem como relativo aos Servidores cedidos, adequação no sistema de repasse e revisão dos valores correspondentes às linhas de serviço e prorrogação do prazo de vigência por mais 36 (trinta e seis) meses, nas formas abaixo especificadas.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA JUSTIFICATIVA

2.1. O objeto deste instrumento, estabelecido na Cláusula Primeira, se justifica pelas razões expostas e exaradas nos seguintes expedientes: no Despacho 1158 (SEI nº 77577013), no Despacho do Gabinete Nº Automático 3746 (SEI nº 77645589), na manifestação da Organização Social pelo interesse na celebração do termo aditivo, conforme Ofício 672/2025 - IMED/HCN (SEI nº 82041601), nos Anexos I ao V/2025 (SEI nº 82040701), na Requisição de Despesa nº 366/2025/SES/GEMOD e autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nela constante no evento SEI nº 82042071.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES

3.1. Anexo I - Ajuste de Metas e Serviços

Fica acordado o ajuste do plano de metas bem como o ajuste das linhas de serviços na Unidade conforme o Anexo I, constante no evento SEI nº 82040701, o qual encontra-se abaixo transcrito e que passa a fazer parte integrante deste Instrumento.

3.2. Anexo II - Ajuste inerente ao Programa de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional

Fica acordado o ajuste textual no Programa de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, conforme o Anexo II, constante no evento SEI nº 82040701, o qual encontra-se abaixo transcrito e que passa a fazer parte integrante deste Instrumento.

3.3. Anexo III - Servidores Cedidos

Fica acordado o ajuste textual relativo aos Servidores cedidos, na forma descrita no Anexo III, constante no evento SEI nº 82040701, o qual encontra-se abaixo transcrito e que passa a fazer parte integrante deste Instrumento.

3.4. Anexo IV - Adequação do Custeio

Fica acordada a adequação do custeio, na forma descrita no Anexo IV, constante no evento SEI nº 82040701, o qual encontra-se abaixo transcrito e que passa a fazer parte integrante deste Instrumento.

3.5. Anexo V - Adequação do sistema de repasse

Fica acordada a adequação do sistema de repasse na forma descrita no Anexo V, constante no evento SEI nº 82040701, o qual encontra-se abaixo transcrito e que passa a fazer parte integrante deste instrumento.

3.6. Cláusula Sexta - Do Prazo de Vigência

Fica prorrogado por mais um período de 36 (trinta e seis) meses o prazo de vigência do Contrato nº 80/2021, estendendo sua validade até 30/11/2028.

CLÁUSULA QUARTA - DOS VALORES

4.1. Pelo presente instrumento e em razão das adequações promovidas por este, o **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o repasse ao **PARCEIRO PRIVADO** da seguinte forma e respectivos valores:

4.1 Detalhamento	4.2 Período	4.3 Estimativa de Custo Mensal	4.4 Estimativa
Repasse para celebração do 6º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 80/2021, a ser firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades no Hospital Estadual do Centro Norte Goiano - HCN.	36 meses (01/12/25 a 30/11/28)	R\$ 19.411.133,38	R\$ 8698.800,801,
Estimativa de custeio mensal para custos de gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREME e para despesa de custeio diverso por Residente COREMU, dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano - HCN, relativos ao 6º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 80/2021.	3 meses (01/12/25 a 28/02/26)	R\$ 49.947,68	R\$ 149.843,04
	12 meses (01/03/26 a 28/02/27)	R\$ 77.988,01	R\$ 935.856,12
	12 meses (01/03/27 a 29/02/28)	R\$ 90.546,95	R\$ 1.086.563,40

	9 meses (01/03/28 a 30/11/28)	R\$ 102.229,40	R\$ 920.064,60
TOTAL			R\$ 701.893.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR DO REPASSE MENSAL

5.1. Com o montante indicado na cláusula quarta, o valor do repasse de custeio mensal será de **R\$ 19.411.133,38** (dezenove milhões, quatrocentos e onze mil cento e trinta e três reais e trinta e oito centavos). Em relação aos valores da residência média e multiprofissional o repasse mensal será de **R\$ 49.947,68** (quarenta e nove mil novecentos e quarenta e sete reais e sessenta e oito centavos) para o período de 3 meses (01/12/25 a 28/02/26); **R\$ 77.988,01** (setenta e sete mil novecentos e oitenta e oito reais e um centavo) para o período de 12 meses (01/03/26 a 28/02/27); **R\$ 90.546,95** (noventa mil quinhentos e quarenta e seis reais e noventa e cinco centavos) para o período de 12 meses (01/03/27 a 29/02/28) e **R\$ 102.229,40** (cento e dois mil duzentos e vinte e nove reais e quarenta centavos) para o período de 9 meses (01/03/28 a 30/11/28). Esses valores serão repassados na forma descrita nos Anexos II, IV e V, constante no evento SEI nº 82040701, o qual encontra-se abaixo transcrito e que passa a fazer parte integrante deste Instrumento.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR TOTAL DO ADITIVO

6.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em R\$ 701.893.128,84 (setecentos e um milhões, oitocentos e noventa e três mil cento e vinte e oito reais e oitenta e quatro centavos) , na forma discriminada na cláusula quarta deste Termo Aditivo.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados na(s) nota(s) de empenho(s) e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionadas para o exercício de 2025 e nos exercícios seguintes à conta própria do orçamento a ser indicado anualmente pelas áreas competentes da Secretaria de Estado da Saúde:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
2025.2850.06610/2025	06/10/2025	82300964	R\$ 12.246.090,80
2025.2850.06810/2025	06/10/2025	82301028	R\$ 2.178.483,36
2025.2850.06810/2025	06/10/2025	82301109	R\$ 810.000,00
2025.2850.06610/2025	06/10/2025	82307900	R\$ 49.947,68
2025.2850.06810/2025	06/10/2025	82316065	R\$ 4.176.559,22
TOTAL			R\$ 19.461.081,06

SEQUENCIAL: 068 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral

Ação	2516	Gestão Direta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	16000232	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS Provenientes do Governo Federal
Modalidade de aplicação	50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

8.1. O presente Termo Aditivo terá vigência de 36 (trinta e seis) meses a partir de 30 de novembro de 2025, condicionando a sua eficácia à publicação na imprensa oficial.

CLÁUSULA NONA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

9.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 80/2021 - SES/GO, aditivos e apostilas, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a integrá-lo para todos os fins de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO

10.1. Incumbirá ao **PARCEIRO PÚBLICO** providenciar a publicação deste instrumento, por extrato, no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde.

Assim, justos e acordados, firmam o presente instrumento assinado no Sistema Eletrônico de Informações (SEI!), instituído por meio do [Decreto Estadual 8.808/16, de 25 de novembro de 2016](#).

ANEXO I AO V/2025 - HOSPITAL ESTADUAL DO CENTRO NORTE GOIANO - HCN

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS/2025

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços, os quais normatizam a execução contratual na área da saúde; II) Metas de produção, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; e III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho, que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da Unidade.

1. O PARCEIRO PRIVADO DEVERÁ:

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

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

1.2.1. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS.

1.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.4. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico “hospitalista”, por especialidade médica, garantindo a assistência integral e por especialidade de acordo com a necessidade do usuário, assegurando o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

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

1.6. 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;

1.6.1. É vedado às Organizações da Sociedade Civil 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;

1.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** só poderá fazer 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, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde.

1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à 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 estabelecimento, observando a legislação vigente, inclusive as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;

1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários ao substituto, que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas.

1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

1.8.1. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.8.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes às glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como o calendário de entrega de produção confeccionado anualmente pela SES, referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO** mediante notificação prévia do mesmo;

1.8.3. A metodologia de atuação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via Portaria do gestor da pasta;

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

1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

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

1.11. Consolidar a imagem do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 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; revisão de protocolos clínicos;

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 completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

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

I - Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III - 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;

IV - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto nesta Parceria;

V - Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;

VI - Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VII - 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;

VIII - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

IX - Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

X - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

XI - Garantir atendimento equânime aos usuários;

XII - Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

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

a) Nome do usuário;

b) Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);

d) Motivo da internação (CID-10);

e) Data de admissão e data da alta;

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

1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário e providências quanto ao transporte em tempo hábil;

1.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.17. Informar e divulgar a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao serviço e à SES-GO e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.18. 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;

1.19. Implantar e/ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

1.19.1. Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

1.20. Realizar, mensalmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia e/ou modelo a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

1.20.1. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019, e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

1.22. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.23. 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;

1.24. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

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

1.26. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Regulação Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação - NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação do MS/2017, Portaria nº 1.619/SES-GO, de 11 de setembro de 2020, e Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, incluindo a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica nº

01/2022/SCRS/SES, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

1.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

1.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria nº 1.619/SES/GO, de 11 de setembro de 2020, e da Nota Técnica nº 01/2022/SCRS/SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

1.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde, às Gerências de Regulação de Internações, Cirurgia Eletiva e Ambulatorial /SUREG/SES-GO, naquilo que lhes couber, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais.

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

- I - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos e Documentação Médica e Estatística;
- II - Comissão de Verificação de Óbitos;
- III - Comissão de Ética Médica;
- IV - Comissão de Ética de Enfermagem;
- V - Comissão de Ética Multiprofissional;
- VI - Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS);
- VII - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- VIII - Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- IX - Comissão de Proteção Radiológica;
- X - Comissão de Biossegurança;
- XI - Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- XII - Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC);
- XIII - Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- XIV - Equipe Hospitalar de Doação para Transplantes - e-DOT;
- XV - Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- XVI - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- XVII - Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil;
- XVIII - Comitê Transfusional;
- XIX - Comitê de Compliance;
- XX - Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- XXI - Comitê Interno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- XXII - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- XXIII - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- XXIV - Núcleo de Cuidados Paliativos
- XXV - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).
- XXVI - Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC-PMÁE);

1.28.1. Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no Item 1.28;

1.28.2. A periodicidade das reuniões das comissões deverá obedecer às legislações e resoluções ministeriais;

1.28.3. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Aditivo para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.28.4. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados.

1.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida, conforme Portaria nº 2.743/SES/GO, de 29 de novembro de 2022, e Portarias nº 1.693/GM/MS e 1.694/GM/MS, ambas de 23 de julho de 2021, e outras legislações vigentes. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

1.29.1. Contar com equipe técnica específica composta por:

I - Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo;

II - Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo; e

III - Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.

1.29.2. Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

1.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;

1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados pelas Vigilâncias municipal e estadual;

1.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;

1.29.6. Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;

1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pela Coordenação Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

1.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN-GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: <https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go>;

1.29.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.

1.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar no formato "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da Resolução RDC nº 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, e NBR 15943:2011 ou atualizações, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com

empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

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

1.31. Implantar o Núcleo de Gestão do Cuidado, no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialista, conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Este Núcleo será responsável pela coordenação e organização da atenção especializada, de modo a garantir a continuidade e a qualidade do cuidado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.32. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar “online” e na plataforma SIGUS da SES-GO, os membros e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da Resolução RDC 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

1.33. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste contrato, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria nº 3.523/GM/MS, de 28 de agosto de 1998, Resolução - RE nº 9/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003, e as demais resoluções;

1.34. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.35. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.36. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Resolução RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO 17025 e demais normativas vigentes;

1.37. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;

1.38. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

1.39. Implantar a política de 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, bem como, a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com a PORTARIA GM/MS Nº 8.041, DE 1º DE SETEMBRO DE 2025 que altera a Portaria de Consolidação nº 04 GM/MS que estabelece a Política Nacional de Doação e Transplantes e define o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Portaria nº de 3.251/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011, e Portaria nº 1.780/GM/MS, de 26 de agosto de 2013, Decreto 9.175, de 18 de outubro de 2017 e demais legislações vigentes;

1.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- I - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- II - Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- III - Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;
- IV - Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
- V - Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;
- VI - Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, aprovada pela Portaria nº 485/GM/MT, de 11 de novembro de 2005;
- VII - Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf, ou publicação que venha a substituí-lo;
- VIII - Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;
- IX - Nota Técnica nº 1/2022/SCRS/SES, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual; ou publicação que venha a substituí-la;
- X - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;
- XI - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;
- XII - Portaria nº 342/SES/GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;
- XIII - Portaria nº 3.418/GM/MS, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
- XIV - Portaria nº 1.693/GM/MS, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);
- XV - Portaria nº 1.694/GM/MS, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);
- XVI - Portaria nº 2.743/SES/GO, de 29 de novembro de 2022 - Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária e Terciária no Estado de Goiás e dá outras providências;
- XVII - Portaria nº 1.619/SES/GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências; ou publicação que venha a substituí-la;
- XVIII - Portaria de Consolidação nº 1/SAES/MS, de 22 de fevereiro de 2022 - Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde - Título II, Capítulo I, Seção III - Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia;
- XIX - Portaria nº 1.046/SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;

- XX - Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados e seu Anexo IV - Do Sangue, Componentes e Derivados ;
- XXI - Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;
- XXII - Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X - do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;
- XXIII - Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);
- XXIV - Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- XXV - Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo I - Seção XII - Do Financiamento para o Custeio das Atividades Relacionadas ao Processo Transexualizador;
- XXVI - Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo VIII - Da Segurança do Paciente;
- XXVII - Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção I - Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal;
- XXVIII
- Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção II - Da Vigilância dos Óbitos Maternos;
- XXIX - Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde;
- XXX - Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo XIII - Seção I-A - Da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;
- XXXI - Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia;
- XXXII - Resolução RDC nº 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas;
- XXXIII
- Resolução RDC nº 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021 - Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

XXXIV

- Resolução RDC nº 222/ANVISA, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

XXXV - Resolução RDC nº 34/ANVISA, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

XXXVI

- Resolução RDC nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

XXXVII

- Resolução RDC nº 15/ANVISA, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;

XXXVIII

- Resolução RDC nº 51/ANVISA, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

XXXIX

- Resolução RDC nº 7/ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

XL - Resolução RDC nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

XLI - Resolução COFEN Nº 736, de 17 de janeiro de 2024 que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem;

XLII - Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

XLIII - Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

XLIV - Portaria 3.523/GM/MS, de 28 de agosto de 1998 - Aprova regulamento técnico contendo medidas básicas referentes aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos a saúde das ocupantes de ambientes climatizados;

XLV - Resolução - RE nº 9/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003 - Determina a publicação de Orientação Técnica elaborada por Grupo Técnico Assessor, sobre Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo, em anexo.

XLVI - RDC nº 45/ANVISA, de 12 de março de 2003, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde;

XLVII - Portaria nº 1.017/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2002, que estabelece que as farmácias hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos hospitais integrantes do SUS deverão funcionar obrigatoriamente, sob a responsabilidade técnica de profissional farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia;

XLVIII - Portaria nº 2048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

XLIX - Portaria nº 272/SVS/MS, de 8 de abril de 1998, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral;

L - Portaria nº 4.283/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 que aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais;

- LI - Portaria nº 2.616/GM/MS, de 12 de maio de 1998, que traz diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- LII - Portaria nº 344/SVS/MS, de 12 de maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
- LIII - Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas;
- LIV - Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
- LV - Resolução CFF Nº 640 DE 27/04/2017, dá nova redação ao artigo 1º da Resolução/CFF nº 623/2016, estabelecendo titulação mínima para a atuação do farmacêutico em oncologia.
- LVI - PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013, Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- LVII - LEI Nº 13.021, DE 08 DE AGOSTO DE 2014, dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- LVIII - Resolução RDC nº 220/ANVISA, de 21 de setembro de 2004, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica (STA);
- LIX - Resolução RDC nº 80/ANVISA, de 11 de maio de 2006, que dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;
- LX - Resolução RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias;
- LXI - Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências;
- LXII - Resolução RDC nº 11/ANVISA, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências;
- LXIII - Resolução RDC nº 430/ANVISA, de 8 de outubro de 2020 que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos;
- LXIV - Resolução RDC nº 509/ANVISA, de 27 de maio de 2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde;
- LXV - Resolução CFF Nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;
- LXVI - Resolução CFF Nº 619/2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- LXVII - Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- LXVIII - Resolução RDC nº 154/ANVISA, de 15 de junho de 2004, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise;
- LXIX - Portaria nº 1.675/GM/MS, de 07 de junho de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- LXX - Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde, 2014;
- LXXI - Lei nº. 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde);
- LXXII - Portaria nº. 688 de 28 de agosto de 2023, que altera a portaria de consolidação SAE/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia;

LXXIII - Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013 que institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

LXXIV

- Portaria nº 957, de 26 de setembro de 2014, que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão;

LXXV - Portaria nº 958, de 26 de setembro de 2014, que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto.

LXXVI

- Portaria nº 3.650 de 06 de maio de 2024, Habilita Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde -Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado de Goiás.

LXXVII

- Portaria Nº 48/MS, de 28 de julho de 2004, que institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretária de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências.

LXXVIII

- Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 197/ANVISA/MS, de 26 de dezembro de 2017 que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana;

LXXIX

- Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação, disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf, ou publicação que venha a substituí-lo;

LXXX - RDC nº220 de 21 de setembro de 2004, que aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica;

LXXXI

- RESOLUÇÃO CFF Nº 354/2000 que dispõe sobre a assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar e as urgências/emergências;

LXXXII

- RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

LXXXIII

- RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias.

LXXXIV

- Resolução CFF Nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;

LXXXV

- Resolução CFF Nº 619/2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;

LXXXVI

- RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020 que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. RDC nº 509, de 27 de maio de 2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

LXXXVII

- RDC ANVISA Nº 45/2003 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde.

LXXXVIII

- Portaria GM/MS nº. 3.575, de 17 de abril de 2024, que Habilita Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção

Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado do Goiás (17.06 - UNACON Hospital Estadual do Centro Norte Goiano).

LXXXIX

- Portaria Nº 1604 de 18 de outubro de 2023 que institui a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde

XC - Portaria GM/MS Nº 3492 de 08 de abril de 2024, Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

XCI - Lei nº 14.847, de 25 de abril de 2024, que alterou o artigo 7º da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde, conhecidos como Sala Lilás.

XCII - Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional.

XCIII - Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto.

XCIV - Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.

XCV - Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triage Neonatal.

XCVI - Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014, que torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso – teste do coraçõzinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS.

XCVII - Lei nº 12.303, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação da Língua em bebês.

XCVIII

- Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, que aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

XCIX - Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

C - Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CI - Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a [Lei nº 6.015](#), de 31 de dezembro de 1973 (Lei dos Registros Públicos), para dispor sobre o registro de criança nascida morta.

CII - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

CIII - Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CIV - Portaria GM/MS nº 569/2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CV - Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

CVI - Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.

CVII - Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

CVIII - Portaria GM/MS nº. 6.592, de 4 de fevereiro de 2025, que altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

CIX - Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que institui, no âmbito da política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer- PNPCC, a Rede de Prevenção e Controle do Câncer-RPCC.

CX - Portaria nº400, de 16 de novembro de 2009, que estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

CXI - Resolução CIB nº. 290/2022, que aprova o Plano de Ação Estadual de Oncologia (Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.40.1. Respeitar e cumprir as políticas públicas vigentes propostas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

1.41. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO;

1.42. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria nº 1.046/SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, e/ou atualizações desta;

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

1.43.1. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

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

1.43.3. O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

1.43.4. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria acima mencionada;

1.43.5. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados;

1.43.6. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

1.43.7. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imagiologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

1.43.8. O SGH (por meio do PEP) do **PARCEIRO PRIVADO** deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS do **PARCEIRO PRIVADO** diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

1.43.9. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

1.43.10. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos de regulação ambulatoriais, eletivos, de urgência e emergência e internação;

1.43.11. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades.

1.44. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

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

1.44.2. Manter em funcionamento a Agência Transfusional do Hospital;

1.44.3. Estruturar e manter em funcionamento uma Unidade de Coleta e Transusão (UCT) no Hospital;

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

1.44.5. Realizar todas as ações e procedimentos inerentes ao perfil do serviço de hemoterapia em funcionamento no serviço, estabelecidos na legislação vigente e boas práticas, para garantir a oferta de sangue e hemocomponentes com qualidade, assegurando a assistência hemoterápica.

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

1.44.7. Atender, prioritariamente, a toda demanda transfusional do Hospital, bem como disponibilizar excedente da produção a outros serviços de hemoterapia conforme definir a SES-GO.

1.44.8. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.44.9. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.44.10. Executar as ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que lhe forem atribuídas, bem como auxiliar a SES-GO, se necessário e/ou solicitado, no acompanhamento do cumprimento das metas do plano diretor para a sua região;

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

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

- 1.44.13. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores do serviço de hemoterapia, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- 1.44.14. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES-GO, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica. Apresentar à Coordenação da Hemorrede/GAE/SPAIS o programa de capacitação (plano de educação permanente), para análise/validação, e atender às recomendações e/ou determinações de alteração definidas por esta Coordenação.
- 1.44.15. O serviço de hemoterapia deve possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e, quando necessário, com treinamento no HEMOGO, de forma a atender a legislação vigente.
- 1.44.16. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.
- 1.44.17. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.
- 1.44.18. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo HEMOGO e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.
- 1.44.19. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao ciclo do sangue inerentes ao perfil do serviço de hemoterapia. O Sistema de informática deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre o serviço de hemoterapia, o Sistema de Prontuário Eletrônico e a SES-GO, além do compartilhamento de informações com o HEMOGO relativas aos doadores, pacientes, processos de hemovigilância/retrovigilância quando necessário. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados. Todas as informações em meio físico e/ou eletrônico (banco de dados) relativas ao ciclo do sangue e assistência hemoterápica são de propriedade do **PARCEIRO PÚBLICO**, devendo ser integral e imediatamente disponibilizadas sempre que solicitadas e, inclusive, quando do término da vigência do Contrato de Gestão.
- 1.44.20. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES-GO e sob sua responsabilidade.
- 1.44.21. Na ocorrência de interrupção e/ou rescisão do Contrato de Gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer imediatamente à SES-GO e/ou a quem esta indicar, todos os meios de acesso à documentação e registros do serviço de hemoterapia, sejam eles em sistema informatizado ou em meio físico, como: Procedimentos Operacionais Padrão, relatórios ou laudos de manutenção, calibração e qualificação de equipamentos, validação de processos e equipamentos, validação de reagentes, registros de controles de qualidade (interno e externo), registros da execução dos procedimentos e uso de hemocomponentes, registros de controles de temperatura de equipamentos e ambientes, registros de controle e uso de reagentes, registros de treinamentos dos profissionais, relatórios de auditorias internas e externas, relatórios e documentos fiscais emitidos pela Vigilância Sanitária (Municipal, Estadual e/ou ANVISA) e quaisquer outros inerentes ao serviço de hemoterapia. Caso os registros estejam em sistema informatizado próprio e/ou contratado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, deverá ser disponibilizado acesso por um período mínimo de 60 (sessenta) dias após finalizada a transição do gerenciamento da unidade, para migração de todos os dados e/ou download.
- 1.44.22. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica do serviço de hemoterapia.
- 1.44.23. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- 1.44.24. Monitorar o funcionamento do serviço de hemoterapia, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.
- 1.44.25. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância no serviço de hemoterapia e no Hospital, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos

relacionados junto ao Hemocentro Coordenador e aos serviços a quem, eventual ou regularmente, distribua hemocomponentes.

1.44.26. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades do serviço de hemoterapia, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.44.27. Quando do início de funcionamento da UCT, deverá encaminhar exclusivamente ao Hemocentro Coordenador (HEMOGO), as amostras de sangue dos doadores para realização dos respectivos testes sorológicos obrigatórios para liberação dos hemocomponentes produzidos, bem como para realização dos testes imunohematológicos dos doadores e para realização dos Testes de Ácido Nucleico-NAT na plataforma do Ministério da Saúde conforme estabelecer protocolo específico e/ou determinar a SES-GO.

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

1.44.29. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES-GO no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

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

1.44.31. O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões /Comitês:

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

1.44.32. Manter atuante no serviço de hemoterapia, no mínimo, os seguintes programas:

- a) Programa de Controle da Qualidade Interno.
- b) Programa de Avaliação Externa da Qualidade.
- c) Programa de Treinamento e Educação Permanente.

1.44.33. Manter sempre atualizado os respectivos registros de todos os procedimentos e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.44.34. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pelo serviço de hemoterapia.

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

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

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

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

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

1.44.40. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do Hemocentro Coordenador (HEMOGO) e da Coordenação da Hemorrede/GAE/SPAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pela SES-GO.

1.44.41. Em situações especiais, o serviço de hemoterapia deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em

contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.44.42. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física sem a prévia ciência e aprovação da SES-GO.

1.44.43. Deverá durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários do serviço de hemoterapia, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto, segurança e limpeza, da unidade.

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

1.44.45. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH).

1.44.46. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede/GAE/SPAIS/SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado.

1.44.47. Quando do início de funcionamento da UCT deverá manter um serviço de captação de doadores voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados.

1.44.48. Deverá garantir ao doador e ao paciente, caso haja intercorrência e seja necessário, sua remoção para a devida assistência.

1.44.49. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

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

1.44.51. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

1.45. Dispor de estrutura física adequada e compatível com os serviços de farmácia hospitalar o qual deverá desenvolver atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos e correlatos e ações relacionadas a gestão clínica do medicamento (ações assistenciais), de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva;

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

1.47. Dar celeridade nas diligências das habilitações em andamento, bem como assumir a contratação de profissionais, equipamentos e a expressa entrega das documentações solicitadas pela SES-GO ;

1.48. Caso necessário, previamente definido pela SES-GO e expressamente autorizado, de forma conjunta, pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS, Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios - SUPECC, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá participar de campanhas, oferecendo serviços compatíveis com aqueles já realizados na unidade de saúde. A produção decorrente dessa participação será computada dentro da meta contratual, respeitando o limite da oferta externa semestral contratada, desde que devidamente registrada no sistema de gestão hospitalar e/ou comprovada a regulação do paciente, não sendo passível solicitação de ressarcimento.

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

1.50. Assegurar o cumprimento, atendimento e registro das informações nos sistemas de Regulação, Autorização e Faturamento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde e das habilitações as quais possuem, sem exclusão de nenhum procedimentos inerente as habilitações existentes;

1.51. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO;

1.52. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais

e/ou administrativas, caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO**, mediante notificação prévia do mesmo.

1.53. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes as glosas aplicadas pelo Ministério da Saúde ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de entrega de faturamento hospitalar e ambulatorial e atualizações do Sistema do cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO**, mediante notificação prévia do mesmo.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

2.3. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, conforme orientação e determinação da SES-GO;

2.3.1. No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio da Regulação Estadual, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida; atentando-se para eventuais mensagens/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;

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

2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial à Secretaria de Estado da Saúde até o dia 10 do mês subsequente para o e-mail: sia.sesgo@gmail.com; e o faturamento hospitalar para o e-mail: aih.sesgo@gmail.com. E no dia 15, de cada mês, a Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação Controle e Avaliação enviará uma prévia (síntese de produção ambulatorial e relatório de AIHs rejeitadas) ao estabelecimento, para que se proceda as possíveis correções e a devolução a esta Secretaria de Estado da Saúde de Goiás deverá ser realizada até dia 20, impreterivelmente.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

3.1.1. **Nome:** Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

3.1.2. **CNES:** 0547484

3.1.3. **Endereço:** Avenida Contorno esquina com Rua Pará quadra G2 lote 1 Jardim Eldorado, Uruaçu - GO, CEP 764000-00

3.1.4. **Tipo de Unidade:** Hospital Geral de média e alta complexidade, de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, cirúrgico, internação, urgência e SADT, de demanda referenciada/regulada.

3.1.5. **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

3.1.6. **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada à Regulação Estadual.

3.2. **Capacidade Instalada**

3.2.1. **Estrutura**

3.2.1.1. O Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN) possui leitos gerais e leitos complementares, sendo leitos de UTI adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatologia e leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN) todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN).

Dimensão	Quantitativo	Quantitativo
	3º TA	6º TA
UTI Adulto*	30 leitos	30 leitos
UTI Neonatal	10 leitos	10 leitos
UTI Pediátrico	10 leitos	10 leitos
UCIN	05 leitos	05 leitos
Clínica Médica Adulto	48 leitos	48 leitos
Clínica Cirúrgica	60 leitos	60 leitos
Clínica Cirúrgica Oncológica	18 leitos	18 leitos
Clínica Obstétrica	30 leitos	30 leitos
Clínica Cirúrgica Ortopédica	30 leitos	30 leitos
Clínica Pediátrica	12 leitos	12 leitos
Clínica Oncológica	12 leitos	12 leitos
Clínica Saúde Mental	12 leitos	12 leitos
Leitos GAR	02 leitos	01 leitos
Leitos PPP	04 leitos	05 leitos
Hospital Dia	-	06 leitos
Sala de pequenos procedimentos ginecológicos	01 sala	01 sala
Centro Obstétrico (salas cirúrgicas)	03 salas	03 salas
RPA	06 leitos	06 leitos
Centro Cirúrgico (salas cirúrgicas)	10 salas	07 salas
Centro Cirúrgico (RPA)	14 leitos	08 leitos
Centro Cirúrgico (Sala de indução anestésica)	-	03 leitos
Consultório equipe Multidisciplinar	03	04
Consultório Médico	10	10
Sala de Pequenos procedimentos	01	01
Quimioterapia	21 poltronas	21 poltronas

Sala vermelha (na sala de quimioterapia)	01	01
Pronto Socorro Emergência (sala Vermelha) Pediátrico	01	01
Pronto Socorro Emergência (sala Vermelha) Adulto	06	06
Observação Pediátrica	03	03
Observação Adulto feminino	06	06
Observação Adulto Masculino	06	06
Sala de Medicação	02	02
Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)	01	01
Escritório de gestão de altas	02	02

3.2.1.2. O HCN deverá estruturar sua Unidade de Coleta e Transfusão (UCT), que é um serviço de hemoterapia que deverá realizar captação de doadores, triagens e coleta de sangue de doadores, fracionamento/produção, armazenamento, transfusão e distribuição de hemocomponentes, além dos testes laboratoriais imunohematológicos de receptores e demais procedimentos inerentes, nas formas estabelecidas na legislação. Do ponto de vista do assessoramento técnico, realização de treinamentos, irradiação de hemocomponentes, realização de testes sorológicos nas amostras de sangue de doadores e outros relacionados aos procedimentos técnicos, a UCT do HCN terá a retaguarda do Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia do Hospital integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

3.2.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o funcionamento e operacionalização do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, em conformidade com o estabelecido na legislação.

3.2.1.5. A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, sempre com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN) é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, referência em Alta e Média Complexidade, inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de entrada referenciada/regulada.

3.3.2. É habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) conforme Portaria SAES/MS nº 688 de 28 de agosto de 2023, com objetivo de oferecer ao usuário a assistência integral, como diagnóstico, tratamentos de quimioterapia, cirurgias e cuidados paliativos aos pacientes oncológicos, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Centro Norte e a Macrorregião Nordeste.

3.3.3. Possui habilitação em Ortopedia Alta Complexidade, conforme PORTARIA GM/MS Nº 3.650, DE 6 DE MAIO DE 2024 a qual Habilita Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde -

Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado de Goiás.

3.3.4. A unidade presta atendimento prioritariamente à Macrorregião Centro Norte também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões nos seguintes serviços:

- I - Urgência e Emergência;
- II - Clínica Cirúrgica;
- III - Clínica Médica;
- IV - Pediatria;
- V - Obstetrícia;
- VI - Oncologia Clínica e Cirúrgica;
- VII - Ortopedia/traumatologia;
- VIII - Saúde Mental;
- IX - Medicina Intensiva Adulto, pediátrica, neonatal e UCIN;
- X - Atendimento Ambulatorial (consultas médicas e multiprofissionais especializadas);

3.3.5. A unidade será referência para intercorrências dialíticas dos pacientes, Perfil Adulto e Pediátrico, em Terapia Renal Substitutiva-TRS (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) como retaguarda para a Policlínica Estadual da Região São Patrício- Goianésia e para atendimento aos pacientes da Rede de Atenção à Saúde devidamente referenciados pela Regulação Estadual, nos componentes de confecção de fístula arteriovenosa, urgência e emergência e reintervenções que se fizerem necessárias ao reestabelecimento do acesso venoso para hemodiálise.

3.3.6. A Unidade presta assistência em Saúde Mental, sendo os leitos de saúde mental destinados à atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, por meio de internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário; adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos e estabelecimento de fluxos e articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN) serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

4.1.1.1. Internação:

- I - Clínica Médica
- II - Clínica Cirúrgica
- III - Clínica Pediátrica
- IV - Clínica Cirúrgica Oncológica
- V - Clínica Cirúrgica Ortopédica
- VI - Clínica Oncológica
- VII - Clínica Obstétrica
- VIII - Saúde Mental
- IX - Internações em leitos de UTI adulto
- X - Internações em leitos de UTI pediátrico
- XI - Internações em leitos de UTI neonatal
- XII - Internações em leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)

4.1.1.2. Cirurgias Eletivas:

- I - Pequenos Procedimentos Ambulatoriais (BPA GRUPO 04 da Tabela SIGTAP/SUS)
- II - Cirurgia eletiva ambulatorial

- III - Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro
- IV - Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade
- V - Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo

4.1.1.3. **Atendimento Ambulatorial:**

- I - Consulta médica na atenção especializada realizadas em ambulatório
- II - Consulta médicas oncológicas
- III - Consulta multiprofissional na atenção especializada realizadas em ambulatório

4.1.1.4. **Atendimento Ambulatorial - SADT Externo:** corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente referenciados pela Regulação Estadual para a Unidade.

4.1.1.5. **Escritório de Gestão de Altas**

4.1.1.6. **Hospital Dia**

4.1.1.7. **Serviço de Farmácia Hospitalar**

4.1.1.8. **Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)**

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas. Apesar de não comporem metas para o presente Contrato de Gestão, deverão ser realizados na Unidade e os dados de produção deverão ser informados para a SES/GO via Sistema de Gestão Hospitalar e também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

4.1.3. O quantitativo de cada SADT interno é estimado a partir da média histórica de produção da Unidade no período de 12 meses, acompanhando as variações de incremento dos atendimentos e a previsão das OCIs.

4.2. **Assistência Hospitalar**

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

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

4.2.3. Fica estabelecido que as solicitações de internações de urgências serão reguladas/codificadas para o leito exclusivamente pela equipe técnica da Gerência de Regulação de Internações conforme disponibilidade de vagas no Mapa de Leitos do Portal da Transparência da Secretaria de Estado da Saúde;

4.2.4. O processo de regulação para leito não minimiza a importância do Núcleo Interno de Regulação - NIR, para atuação que lhe compete respeitando a Portaria nº 1619/2020 - SES, Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS-15346 e Manual de Implantação e Implementação NIR referentes ao dimensionamento do NIR das unidades sob gestão estadual;

4.2.5. A equipe da Regulação Estadual fará a reserva do leito (Sistema de Gestão Hospitalar) e codificação/autorização da vaga no Sistema de Regulação Estadual, o processo de gestão do leito na unidade continuará sob responsabilidade do Núcleo Interno de Regulação, bem como o processo de recepção, admissão e alta no Sistema de Regulação Estadual;

4.2.6. Em casos excepcionais em que os pacientes estejam em uma unidade sem suporte, mesmo não sendo perfil da unidade, serão regulados para o leito para suporte à vida. Os critérios que serão utilizados para liberação das vagas serão os já praticados por esta regulação: prioridade conforme gravidade, prioridades de demandas judiciais e demais que se fizerem necessárias;

4.2.7. Em casos de pacientes fora do perfil da unidade, encaminhados para avaliação pela mesa reguladora, devido a urgência/emergência do quadro clínico, o **PARCEIRO PRIVADO**, por meio do NIR, após avaliação e estabilização do paciente, poderá proceder a solicitação de transferência por meio do sistema de regulação estadual, para as demais unidades especializadas da rede com o respectivo perfil, devendo o NIR atentar para o correto preenchimento da AIH - Autorização de Internação Hospitalar pelo médico assistente ou plantonista inserindo os exames pertinentes ao diagnóstico.

4.2.7.1. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a

cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida;

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

- I - Assistência por equipe médica especializada;
- II - Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- III - Assistência farmacêutica durante o processo de internação;
- IV - Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- V - 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;
- VI - Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- VII - Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- VIII - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- IX - Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- X - Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- XI - Serviço de Nefrologia(perfil adulto e pediátrico) para acompanhamento diário nas enfermarias e UTI's .
- XII - Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- XIII - Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- XIV - Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- XV - Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- XVI - Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- XVII - Sangue e hemoderivados;
- XVIII - Fornecimento de enxoval;
- XIX - Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- XX - Garantir a realização das cirurgias, devendo o **PARCEIRO PRIVADO** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- XXI - Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância;

4.2.9. A assistência hospitalar deverá garantir a disponibilização e execução do serviço de hemodiálise beira leito em UTI e enfermarias para pacientes internados que necessitem desse tratamento, assegurando a assistência contínua e qualificada. O serviço deverá ser realizado por equipe especializada, devidamente treinada, seguindo os protocolos clínicos e diretrizes do Ministério da Saúde e das entidades reguladoras.

4.2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá oferecer, garantir e operacionalizar o serviço de hemodiálise à beira-leito nas enfermarias da unidade hospitalar sempre que houver indicação clínica formal e autorização da equipe médica responsável, como medida de suporte à continuidade do cuidado, segurança do paciente e promoção da desospitalização oportuna e adequada.

4.2.11. A assistência hospitalar deverá incluir a implementação de um plano de desospitalização individualizado para cada paciente, assegurando a transição eficaz de cuidados entre os diferentes níveis de atenção, com comunicação adequada aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento pós-alta, bem como a orientação aos pacientes e familiares sobre os cuidados necessários, seguindo os fluxos da RAS.

4.2.12. O hospital deverá garantir que sua equipe esteja treinada e siga os protocolos de desospitalização estabelecidos pelo Ministério da Saúde, realizar registros adequados no prontuário e submeter o processo de desospitalização à revisão periódica pela SES para eventuais ajustes.

4.2.13. **Da equipe multiprofissional**

4.2.13.1. A Unidade Hospitalar deverá disponibilizar em tempo integral a assistência multiprofissional aos pacientes internados nas seguintes especialidades:

- I - Assistente Social;
- II - Bucomaxilofacial;
- III - Enfermagem;
- IV - Farmácia;
- V - Fisioterapia;
- VI - Fonoaudiologia;
- VII - Nutrição;
- VIII - Odontologia;
- IX - Psicologia e
- X - Terapia Ocupacional.

4.2.14. **Odontologia Hospitalar - Pacientes Internados.**

4.2.14.1. A odontologia pode ser definida com conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Seu foco principal é o atendimento em saúde bucal ao paciente em nível terciário.

4.2.14.2. Odontologia hospitalar tem como escopo garantir a integralidade de ações em saúde para pacientes internados pelo SUS e/ou para pacientes que apresentem manifestações decorrentes na cavidade oral da doença ou da terapia em âmbito hospitalar, inserindo, para tanto, o profissional de saúde bucal na equipe multidisciplinar de atendimento hospitalar.

4.2.14.3. Essa atenção é essencial sabendo que muitas alterações de saúde, manifestam-se, inicialmente, na cavidade oral, o que faz com que a odontologia hospitalar seja de suma importância para pacientes hospitalizados, atuando na prevenção e o controle de doenças de acordo com os protocolos de cuidados orais na saúde dos pacientes, garantindo a resolutividade das atividades assistenciais.

4.2.14.4. Aos pacientes oncológicos, a responsabilidade pelo atendimento das alterações decorrentes das terapias antineoplásicas cabe à equipe de odontologia hospitalar. O protocolo de saúde bucal contempla a avaliação e o tratamento odontológico prévio ao início do tratamento oncológico, com o objetivo de prevenir complicações. Além disso, prevê o acompanhamento contínuo durante e após a quimioterapia e/ou radioterapia. Esse acompanhamento periódico tem como principal finalidade garantir a adequada higienização bucal e monitorar possíveis complicações tardias relacionadas ao tratamento antineoplásico e realizar intervenções terapêuticas, como a laserterapia, com foco na prevenção e no manejo das lesões orais decorrentes do tratamento.

4.3. **Atendimento às Urgências Hospitalares**

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pela Regulação Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Regulação Estadual.

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

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

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

4.3.7. Mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.

4.3.8. Em situações excepcionais, a Regulação Estadual, poderá fazer uso de leitos da clínica médica ou clínica cirúrgica para internação de pacientes que necessitem de parecer e conduta médica de especialidades as quais atuam com pareceristas na unidade, informando pelos meios de comunicação adotado pelas partes sobre a chegada do paciente e o motivo da internação, podendo este após a intervenção necessária ser contra- referenciado para a unidade de origem, quando procedente de unidade de internação gerida pela SES;

4.3.9. A unidade será referência para intercorrências dialíticas dos pacientes, Perfil Adulto e Pediátrico, em Terapia Renal Substitutiva-TRS (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) como retaguarda para a Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia e para atendimento aos pacientes da Rede de Atenção à Saúde devidamente referenciados pela Regulação Estadual, nos componentes de confecção de fístula arteriovenosa, urgência e emergência e reintervenções que se fizerem necessárias ao reestabelecimento do acesso venoso para hemodiálise.

4.3.10. Quanto aos exames de CPRE poderão ser encaminhados via sistema de regulação módulo urgência e emergência, desta forma serão previstos 10 exames no SADT interno.

4.3.11. Os atendimentos de urgências das especialidades da porta de entrada não deverão ser impactados em razão do cumprimento de metas.

4.3.12. A unidade deverá assegurar assistência integral aos usuários, conforme perfil e capacidade instalada, evitando a contrarreferência indevida de pacientes.

Quadro 02. Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

ESPECIALIDADES DA PORTA DE ENTRADA
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Ginecologia/Obstetrícia
Ortopedia e traumatologia
Neurocirurgia
Angiologia e Cirurgia Vascular
Pediatria

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

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

4.4.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carteira de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

4.4.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:

- I - Primeira consulta regulada;
- II - Primeira consulta de egresso;
- III - Interconsulta;
- IV - Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

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

4.4.1.6. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Todas as interconsultas devem ser informadas à Regulação Estadual.

4.4.1.7. 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. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas à Regulação Estadual.

4.4.1.8. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** realizar a recepção da ficha dos pacientes agendados no Sistema de Regulação, no prazo máximo de 24 horas após o atendimento, registrando a presença ou ausência do usuário. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá também aprimorar e diversificar as estratégias de comunicação com os usuários, com o objetivo de reduzir as taxas de absenteísmo em exames e consultas especializadas agendadas.

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

- I - É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas;

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

- I - Constitui exceção ao disciplinado no subitem anterior, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

- a) análise dos dados contidos no prontuário;
- b) entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
- c) diagnóstico de enfermagem (de competência privativa do enfermeiro);
- d) resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
- e) definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
- f) registro, que é a legitimação das ações deste profissional;

4.4.1.11. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

ESPECIALIDADES MÉDICAS
Anestesiologia
Angiologia/Cirurgia Vascular
Cardiologia (egressos e risco cirúrgico)
Cirurgia Geral
Cirurgia do Aparelho Digestivo
Clínica Médica (egressos)
Ginecologia
Infectologia (egressos)
Mastologia
Neurocirurgia (egresso)
Neurologia Adulto
Neurologia Pediátrica
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)
Ortopedia e Traumatologia
Cuidado Paliativo – Paliativismo (egressos)
Pediatria (egresso alto risco)
Coloproctologia
Pneumologia Geral
Urologia
<i>*Ofertar Ortopedia contemplando todas as subespecialidades (Coluna, Fêmur, Joelho, Fixador Externo, Quadril, Ombro/Punho, Pé e Tornozelo).</i>

Quadro 04. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório Oncológico do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO
Cirurgia do Aparelho Digestivo Oncológica
Dermatologia Oncológica
Ginecologia Oncológica
Mastologia Oncológica
Oncologia Clínica
Pneumologia Oncológica
Coloproctologia Oncológica
Urologia Oncológica

Conforme PT 688/2023 anexo III UNACON 17.06

Quadro 05. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

ESPECIALIDADES MULTIPROFISSIONAIS
Fisioterapia (egresso)
Terapia ocupacional (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Enfermagem (egresso)
Farmácia (egresso)
Psicologia (egresso)

4.4.1.12. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais) bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela Regulação Estadual, desde que não altere o valor de custeio final inicialmente estimado. Ou seja, deverá ocorrer uma distribuição entre a especialidade anteriormente existente e a implantada após a avaliação da Regulação Estadual;

4.4.1.13. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 60 dias;

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

4.4.2. **Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual**

4.4.2.1. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 2º)

4.4.2.2. Os Serviços de Referência para Atenção Integral às pessoas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º)

- I - Acolhimento;
- II - Atendimento humanizado e escuta qualificada;
- III - Informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas e multiprofissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- IV - Em casos de gestação em decorrência da violência sexual, orientar sobre as alternativas legais - manutenção da gestação, manutenção da gestação para entrega legal e assistida à adoção, interrupção gestacional prevista em lei.
- V - Atendimento clínico e psicológico;
- VI - Exames laboratoriais necessários.
- VII - Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, inclusive anticoncepção de emergência.
- VIII - Preenchimento da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada, ressalta-se que nos casos de violência sexual é imediata;
- IX - Orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e
- X - Orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

4.4.2.3. A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual deve ser composta pelos seguintes profissionais (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º):

- a) 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) 1 (um) técnico em enfermagem;
- d) 1 (um) psicólogo;

e) 1 (um) assistente social; e

f) 1 (um) farmacêutico.

4.4.2.4. Equipamentos e outros materiais necessários para o funcionamento adequado dos serviços de referência deverão estar organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento, de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, § 1º)

4.4.2.5. Assegurar a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes técnicas em vigor. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, § 2º)

4.4.2.6. É de responsabilidade do serviço conhecer a rede intra e intersectorial de atendimento às pessoas em situação de violência, e realizar as articulações necessárias para um acesso fluido aos serviços ofertados de forma integral, e atentando-se sempre à não revitimização.

4.4.2.7. A produção do Ambulatório de VVS deverá ser registrada no SGH, sendo a origem referente ao atendimento VVS, para fins de acompanhamento e monitorização.

4.5. **Assistência Oncológica**

4.5.1. Quanto ao serviço de oncologia a unidade deverá:

4.5.2. Manter em funcionamento os serviços de quimioterapia na unidade de saúde em conformidade com a Portaria nº 688 de 28 de agosto de 2023, item II pág.10, de habilitação em UNACON e referenciar a radioterapia em instituição conveniada;

4.5.3. Os hospitais habilitados em oncologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos para tratamento do câncer por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS.

4.5.3.1. Compete à unidade de saúde habilitada em oncologia, assegurar a completa e integral oferta dos medicamentos oncológicos prescritos conforme os seus próprios protocolos clínicos, mesmo que para uso ambulatorial, assegurando o devido tratamento ao paciente.

4.5.3.2. Esses medicamentos são padronizados, adquiridos e prescritos pelo próprio hospital e devem seguir os protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes.

4.5.3.3. Caso a SES adquira medicamentos oncológicos de forma mais vantajosa que a compra direta pelo **PARCEIRO PRIVADO**, a Gerência de Assistência Farmacêutica poderá fornecê-los à Unidade. Os valores correspondentes serão deduzidos do montante de custeio do Contrato de Gestão repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.5.4. Ofertar consultas nas especialidades conforme definido na legislação que rege a habilitação de um UNACON, Portaria SAES/MS nº 688 de 28 de agosto de 2023;

4.5.5. Garantir referência e contra referência dos serviços ainda não implantados na unidade de saúde;

4.5.6. Realizar procedimentos cirúrgicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atender à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia de segurança do paciente; com oferta de assistência integral ao paciente em própria unidade de saúde;

4.5.7. Executar ações na área de oncologia, estabelecidas pela SES-GO;

4.5.8. Respeitar as políticas Estadual e Nacional de Oncologia, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência oncológica, bem como a legislação vigente;

4.5.9. Assegurar a existência de prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação e pronto atendimento), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento;

4.5.10. Apresentar, o hospital, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina;

4.5.11. Apresentar plano de cuidados paliativos, quando do encaminhamento de doentes para esses cuidados em outros estabelecimentos de saúde, cabendo à instituição a orientação e preenchimento das documentações necessárias para solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica junto à Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez

Barbosa. Disponibilidade de orientações técnicas dadas à distância e atendimentos a pacientes reencaminhados para cuidados oncológicos paliativos, inclusive de urgência;

4.5.12. Assegurar assistência, ambulatorial e hospitalar, para atendimento às intercorrências clínicas e às emergências oncológicas;

4.5.13. Realizar exames de diagnóstico para lesões com alta sugestividade (biópsias, punções guiadas por USG, punção guiada por TC, imunohistoquímicas, entre outros conforme definido na legislação que rege a habilitação de um UNACON, Portaria SAES/MS nº 688 de 28 de agosto de 2023);

4.5.14. Garantir atendimento dermatológico em oncologia;

4.5.15. Garantir a alimentação em tempo hábil dos Sistemas obrigatórios preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como manter atualizados tais sistemas;

4.5.16. Conforme Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013 que institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde, promover o preenchimento regular e atualizado dos domínios referentes a este sistema. Requisito este indispensável para o repasse de recursos financeiros de custeio referentes à realização dos seguintes procedimentos:

- I - exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora;
- II - exame anatomopatológico do colo de útero- biópsia;
- III - exame anatomopatológico do colo uterino- peça cirúrgica;
- IV - mamografia unilateral;
- V - mamografia bilateral para rastreamento;
- VI - exame citopatológico de mama- biópsia;
- VII - exame anatomopatológico de mama- biópsia;
- VIII - exame anatomopatológico de mama- peça cirúrgica;
- IX - controle de qualidade do exame citopatológico;
- X - exame citopatológico cervico vaginal/microflora rastreamento;

4.5.17. Integrar os sistemas de informação do câncer do colo uterino e do câncer de mama, bem como identificar o usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUS WEB);

4.5.18. Validar as informações dos estabelecimentos de saúde e de seus respectivos profissionais pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

4.5.19. Permitir a distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando-se o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos, conforme Resolução nº. 108/2023, do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

4.5.20. Contribuir para o planejamento da oferta de serviços e para avaliação da necessidade de capacitações locais e auditorias;

4.5.21. Permitir o Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ) e construção de indicadores para o Monitoramento Interno de Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero;

4.5.22. Possibilitar a construção dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQMBI);

4.5.23. Disponibilizar relatórios gerenciais e gerar relatórios padronizados;

4.5.24. Permitir o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente;

4.5.25. Garantir assistência aos pacientes oncológicos ostomizados, devendo fornecer aos pacientes ostomizados, independentemente da faixa etária (incluindo recém-nascidos e adultos), os dispositivos coletores e os adjuvantes necessários para proteção e segurança, bem como orientações completas sobre o usos correto destes materiais e os cuidados essenciais com os estoma.

4.5.26. Garantir o encaminhamento adequado dos pacientes às unidades de saúde competentes de forma a assegurar a continuidade do cuidado, o acompanhamento longitudinal e a prevenção de complicações, estabelecendo fluxos e mecanismos formais de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde (Atenção Primária, Média e Alta Complexidade), incluindo, quando indicada, a realização quando indicada, a realização de cirurgia de reversão de ostomias em unidades hospitalares habilitadas.

4.5.27. Garantir serviços de diagnóstico com endoscopia com capacidade para os seguintes procedimentos: endoscopia digestiva alta, retossigmoidoscopia e colonoscopia (mínimo de 600

procedimentos/ano) além de , endoscopia urológica, laringoscopia, mediastinoscopia, pleuroscopia e broncoscopia.

4.5.28. Oferta de laboratório de Patologia Clínica que ofereça os seguintes exames: bioquímica, hematologia, citologia de líquidos e líquido, parasitologia, bacteriologia e antibiograma, gasometria arterial, imunologia geral, dosagem de hormônios e outros marcadores tumorais, fração beta da gonadotrofina coriônica, antígeno prostático específico, alfa- feto- proteína;

4.5.29. Presença de serviço de diagnóstico por imagem que forneça os seguintes exames: radiologia geral, mamografia, ultrassonografia com doppler colorido, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear equipada com gama- câmara e de acordo com as normas vigentes. Importante relatar que os serviços podem ser realizados em unidades dentro ou fora da estrutura hospitalar, com referência devidamente formalizada;

4.5.30. Presença de laboratório de Anatomia Patológica que participe, de preferência, de Programa de Monitoramento de Qualidade com certificação atualizada

4.5.31. Ofertar os exames de citologia, histologia, biópsia de congelação, imunohistoquímica de neoplasias malignas, determinação de receptores tumorais para estrogênios e progesterona;

4.5.32. Presença de Unidade de Terapia Intensiva de acordo com a legislação vigente e compatível com as respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas e demais credenciamentos e habilitações do hospital;

4.5.33. Presença de serviço de hemoterapia disponível 24 horas do dia, por Agência Transfusional ou estrutura de complexidade maior, dentro do que regem os normativos vigentes do Ministério da Saúde, inclusive a ANVISA;

4.5.34. Assegurar a existência de farmácia hospitalar que obedeça às normas sanitárias vigentes;

4.5.35. Assegurar a existência de apoio multidisciplinar com atividades técnico- assistenciais que devem ser protegidas em regime ambulatorial e de internação- de rotina e de urgência, nas seguintes áreas: psicologia clínica, serviço social, nutrição, cuidados de ostomizados, cuidados paliativos, fisioterapia, reabilitação exigível conforme as respectivas necessidades, odontologia, psiquiatria e terapia renal substitutiva;

4.5.36. Apoiar os municípios e seus pacientes para acesso ao serviço de Iodoterapia;

4.5.37. Oferta de serviço de cuidados paliativos capaz de fornecer assistência ambulatorial, internação de longa permanência, proporcionando condutas para medicamentos. Prover internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle de dor), bem como garantir assistência domiciliar.

4.5.38. Implementar os sistemas de Registros Hospitalares de Câncer - RHC assegurando a coleta, o armazenamento, a análise e a divulgação sistemática e contínua das informações dos pacientes atendidos e acompanhados no hospital. Os dados deverão ser enviados ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), por meio do sistema SISRHC, para que o Integrador RHC, plataforma informatizada de acesso via internet, possa consolidar, monitorar e permitir a análise dos dados nacionais dos RHCs brasileiros, incluindo os arquivos gerados pelos hospitais habilitados em alta complexidade oncológica no SUS (Portaria nº. 688/2023).

4.5.39. Implantar o serviço de Radioterapia Oncológica conforme Portaria GM/MS nº. 688/2023; e Resolução CIB nº. 290/2022, que aprova o Plano de Ação Estadual de Oncologia (Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.6. **Assistência materno infantil**

4.6.1. Quanto a assistência materno infantil deverá:

4.6.40. Realizar assistência obstétrica destinada a gestantes estratificadas como risco habitual, intermediário e alto risco respeitando preferencialmente a vinculação pactuada unidade de saúde dentro da macrorregião;

4.6.41. Realizar o acolhimento e classificação de risco em obstetrícia conforme recomendação do Ministério da Saúde;

4.6.42. Realizar o atendimento obstétrico se atentando para as boas práticas de atenção ao parto e nascimento se pautando pelas legislações e políticas públicas vigentes (Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Cuidado Amigo da Mulher, NBCAL e Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e demais políticas vigentes);

4.6.43. Padronizar a assistência obstétrica e estabelecer protocolos clínicos para as principais situações de urgência e emergência obstétricas (hemorragia, hipertensão e sepse), pautados nas diretrizes estaduais e ministeriais;

- 4.6.44. Elaborar um plano de ação para redução do número de cesáreas realizados na unidade;
- 4.6.45. Propiciar o acesso da mulher e às ações do planejamento reprodutivo que possam ser realizadas em ambiente hospitalar, conforme legislação e políticas de saúde vigentes;
- 4.6.46. Permitir e incentivar o protagonismo e respeito às individualidades das gestantes, garantindo letramento e proteção às violências obstétricas;
- 4.6.47. Garantir que as gestantes referenciadas para parto na unidade possam realizar uma visita guiada antes da data prevista para o parto;
- 4.6.48. Garantir o direito à presença de acompanhante de livre escolha para a parturiente, durante todo o período de internação hospitalar;
- 4.6.49. Respeitar as identidades de gênero e orientações sexuais diversas, das mulheres/pessoas que gestam, no momento do acolhimento, acesso e permanência nos serviços de pré-natal, parto, puerpério, assistência ao recém-nascido e criança;
- 4.6.50. Respeitar as condições inter e multiculturais de mulheres/pessoas que gestam, sejam migrantes, indígenas, ciganos, quilombolas ou de outras comunidades tradicionais, no acesso e permanência nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, assistência ao recém-nascido e criança.
- 4.6.51. Garantir que, em gestações decorrentes de violência sexual, as gestantes sejam orientadas sobre seus direitos: realizar a interrupção legal da gestação ou realizar a entrega legal para adoção, conforme preconizado em legislação vigente;
- 4.6.52. Ofertar acomodação em ala separada das demais parturientes para aquelas cujo feto ou bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal, e para aquelas que tenham sofrido perda gestacional, óbito fetal ou óbito neonatal, respeitando a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- 4.6.53. Promover ações estratégicas para incentivar o aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- 4.6.54. Garantir a realização dos exames de triagem neonatal antes da alta hospitalar;
- 4.6.55. Garantir o registro civil dos neonatos nascidos nas dependências da unidade antes da alta hospitalar, para as famílias que assim desejarem;
- 4.6.56. Realizar o atendimento do neonato de risco se atentando para as boas práticas do cuidado se pautando pelas legislações e políticas públicas vigentes (Iniciativa Hospital Amigo da Criança, NBCAL, Método Canguru e demais políticas vigentes);
- 4.6.57. Garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido, a criança e adolescente graves 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal durante todo o período de internação;
- 4.6.58. Realizar o gerenciamento de leitos neonatais respeitando a linha de cuidado progressivo estabelecida pelo Ministério da Saúde;
- 4.6.59. Padronizar a assistência neonatal e estabelecer protocolos clínicos para as principais intercorrências que possam acometer o recém-nascido grave (teste do pezinho, rastreamento de: doença metabólica óssea, anemia da prematuridade, neurológico por meio de ultrassom transfontanela, cardiológico via ecocardiograma e eletrocardiograma e retinopatia da prematuridade);

4.7. Oferta de Cuidados Integrados

- 4.7.1. A unidade está inserida no Programa Mais Acesso à Especialistas - PMAE, na realização das Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs).
- 4.7.2. Entende-se por OCI o conjunto de procedimentos, tais como consultas e exames, e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento.
- 4.7.3. A OCI deverá incluir sempre referência e contrarreferência segura, bem como a transição para Atenção Primária à Saúde - APS, visando à redução da fragmentação e ampliando a integralidade da atenção ambulatorial especializada.
- 4.7.4. Através do Núcleo de Gestão do Cuidado, deverá fortalecer a relação entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada - AAE na utilização dos recursos existentes, com maior eficiência e resolução dos problemas de saúde, aprimorar o acolhimento e a humanização dos serviços e por meio da navegação do cuidado ao usuário, reduzir os tempos de espera para elucidação diagnóstica e medidas terapêuticas.

4.7.5. O registro do início e da conclusão de uma OCI bem como de seus procedimentos integrantes deverão ser feitos, obrigatoriamente, obedecendo o prazo estabelecido pelo Programa, no Sistemas de Informações Ambulatoriais SIA/SUS.

4.7.6. Para a execução das OCIs deverão ser acrescidos no SADT interno os exames relacionados abaixo, para fins de precificação:

Exame	Quantitativo SADT interno
Teste ergométrico	50
Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	30
Eletrocardiograma	30
Endoscopia digestiva alta	40
Mamografia	50
Radiografia com e sem contraste	50
Ressonância magnética com e sem contraste	50
Tomografia computadorizada com e sem contraste / Angiotomografia com ou sem sedação	50
Ultrassonografia	50

4.7.7. A realização das OCIs não se limitarão a quantidade de exames previstos no item anterior, dessa forma a quantidade total de SADT interno estimado poderá ser utilizado tanto para atendimento das OCIs quanto para atendimento da fila interna da Unidade.

4.8. Cirurgias Eletivas

4.8.1. Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

4.8.2. Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme planejamento cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial (BPA Grupo 04 da Tabela SIGTAP/SUS), cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

4.8.2.1. Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico (BPA Grupo 04 da Tabela SIGTAP/SUS) de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória;

a) Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi) (Grupo 04 da Tabela SUS);

b) Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

c) Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO);

4.8.2.2. Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;

a) Instrumento de registro: APAC;

b) Autorização para execução: via sistema de regulação;

c) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação;

4.8.2.3. Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória.

a) Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;

b) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação;

4.8.2.4. As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

a) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: tempo médio de permanência hospitalar estimado em 2 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto

custo;

b) Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: tempo médio de permanência hospitalar estimado entre 3 a 5 dias, prevalecendo 05 dias para efeito de cálculo de saídas hospitalares (linha de contratação de internações), não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo;

c) Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo: tempo médio de permanência hospitalar estimado em 7 dias para efeito de cálculo de saídas hospitalares (linha de contratação de internações), com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo;

Obs.: para efeito de cálculo das cirurgias eletivas, considerou-se o tempo médio estimado para cada procedimento conforme sua complexidade. Entretanto, considerando-se o perfil clínico de cada paciente, os mesmos poderão ser internados em leitos cirúrgicos com diferentes tempos médios de permanência conforme a organização e a gestão da clínica de cada estabelecimento de saúde. O projeto terapêutico singular e as outras ferramentas da Política Nacional de Humanização poderão otimizar o giro de leito, o tempo médio de permanência hospitalar e a taxa de ocupação do centro cirúrgico, o que guarda relação com a eficiência operacional do estabelecimento de saúde.

4.8.2.5. As cirurgias eletivas não envolvem pacientes que estejam em internação hospitalar prévia à realização do procedimento cirúrgico;

4.8.2.6. Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial referenciada pela Regulação Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

4.8.2.7. Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

4.8.2.8. Em situação excepcional será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência. Trata-se dos pacientes que necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

4.8.2.9. A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Regulação Estadual/ SES GO;

4.8.2.10. A Regulação Estadual revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta dessas vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste contrato e disponibilizadas no mês;

4.8.2.11. A meta mensal de cirurgias eletivas será estabelecida com base na capacidade instalada da unidade, na fila de espera atual da macrorregião e na análise da demanda assistencial. A distribuição por especialidade e complexidade visa atender de forma eficiente e segura às necessidades da população, promovendo a redução da demanda reprimida e o acesso oportuno aos procedimentos cirúrgicos.

4.8.2.12. As classificações e critérios ora descritos, poderão ser revisados e atualizados a qualquer momento e informado ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de Nota Técnica específica.

Quadro 06. Especialidades Médicas para cirurgias eletivas iniciais a serem oferecidas no Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS
Angiologia e Cirurgia Vascular
Cirurgia Geral
Cirurgia oncológica (cirurgia geral, aparelho digestivo, urologia, coloproctologia, ginecologia, mastologia e dermatologia)
Coloproctologia
Ginecologia
Ortopedia
Urologia

4.9. SADT Externo

4.9.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual.

4.9.2. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT;

4.9.3. Para efeito de SADT Externo, serão contabilizados apenas os pacientes devidamente referenciados pela Regulação Estadual /SUREG para essa finalidade;

4.9.4. Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT Externo a serem ofertados são:

Quadro 07. Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT Externo a serem realizados no HCN

Exames SADT Externo
Análises Clínicas
Broncoscopia
Teste ergométrico
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)
Colonoscopia/Retossigmoidoscopia
Ecocardiograma
Eletrocardiograma
Eletroencefalograma com e sem estímulo
Endoscopia digestiva alta
Endoscopia das vias urinárias
Holter
MAPA
Mamografia
Radiografia com e sem contraste
Ressonância magnética com e sem contraste
Tomografia computadorizada com e sem contraste / com e sem sedação/Angiotomografia
Ultrassonografia
¹ Doppler Colorido de Vasos
¹Doppler Colorido de Vasos - A oferta deverá contemplar doppler arterial e venoso de membros inferiores e membros superiores, mapeamento venoso de varizes, carótidas/vertebrais, artérias renais, transcraniano, tireoide, vertebrais, etc.

4.9.5. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

4.9.6. Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

4.9.7. Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e SIGUS.

4.10. Serviços de Apoio

4.10.1. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT:** corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

4.10.2. **Serviços de Farmácia:**

4.10.2.1. O Hospital deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica ofertando consulta farmacêutica no atendimento do usuário na farmácia ambulatorial, quando houver, e implantando o serviço de farmácia clínica na instituição.

4.10.2.2. Deve realizar atendimento 24 horas, sete dias por semana e contar com assistência de farmacêutico durante todo seu horário de funcionamento.

4.10.2.3. Poderá adotar sistema de distribuição de medicamentos misto, devendo priorizar a utilização do sistema de distribuição unitário desde que possua estrutura física adequada para a utilização deste ou sistema de distribuição individualizado. O sistema a ser utilizado deve considerar economicidade e segurança do paciente.

4.10.2.4. A aquisição de medicamentos deve passar por validação técnica de um profissional farmacêutico, que deve verificar e registrar, para cada medicamento a ser adquirido, no mínimo: o registro válido e adequado às finalidades junto à ANVISA; a autorização de funcionamento do fornecedor, adequada à finalidade, junto à ANVISA; e o alvará sanitário do fornecedor.

4.10.2.5. O **PARCEIRO PRIVADO** só poderá utilizar produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e deverá manter um estoque suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

4.10.2.6. A Relação de Medicamentos Padronizados e Relação de Medicamentos de Alta Vigilância da instituição deverá ser definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), publicada e disponibilizada a todos colaboradores.

4.10.2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer medicamentos conforme prescrição médica em quantidade suficiente para atendimento durante o período de internação.

4.10.2.8. O recebimento de medicamentos pela instituição deverá ser supervisionado por profissional farmacêutico e obedecer aos critérios de Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos, sendo imprescindível a utilização de checklist de recebimento para documentação desse processo.

4.10.2.9. A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) deve contemplar minimamente as seguintes áreas: recebimento/expedição; quarentena (retenção temporária de medicamentos, isolados fisicamente ou por outros meios que impeçam a sua utilização, enquanto aguardam uma decisão sobre sua liberação para consumo ou rejeição/devolução); expedição; armazenagem geral; reprovados, vencidos, recolhidos e/ou suspeitos de falsificação ou falsificados; armazenamento de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle, quando aplicável; armazenamento de termolábeis, quando aplicável; área administrativa.

4.10.2.10. Deve implantar sistema de rastreabilidade por lote e validade do recebimento até a administração do medicamento.

4.10.2.11. Deve implantar sistema de identificação dos medicamentos com vistas a segurança do paciente, utilizando métodos de diferenciação para os nomes com grafias e sons semelhantes.

4.10.2.12. As etiquetas identificadoras dos kits (tiras) de medicamentos devem possuir no mínimo dois identificadores do paciente (por exemplo, nome completo e data de nascimento).

4.10.2.13. Deverá haver participação de farmacêutico, minimamente, nas seguintes comissões hospitalares: Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN); Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA), se couber; Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS); Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

4.10.2.14. A farmácia deve armazenar os medicamentos termolábeis em câmaras frias adequadas para esse fim, transportá-los em caixas térmicas adequadas e identificá-los quanto a necessidade de refrigeração (etiqueta “manter em geladeira”).

4.10.2.15. Deve desenvolver e disponibilizar material técnico relacionado a medicamentos para suporte à equipe multiprofissional, dentre eles: Manual de Diluição e Estabilidade; Manual de Interações Medicamentosas; Manual de Administração de Medicamentos por Acessos Enterais, entre outros que se fizerem necessários.

4.10.2.16. Deve elaborar e disponibilizar Manual de Boas Práticas e Plano de Gerenciamento da Cadeia Medicamentosa.

4.10.2.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deve incluir farmacêuticos nas atividades de avaliação e qualificação de fornecedor de medicamentos.

4.10.2.18. O serviço de Farmácia Clínica deverá ser ofertado por farmacêutico devidamente habilitado. As atividades devem contemplar: revisão da farmacoterapia; acompanhamento farmacoterapêutico; conciliação medicamentosa (admissão, transição de cuidado e alta); orientação de alta. Deve, ainda, ser estabelecido um processo adequado de comunicação com pacientes, cuidadores, familiares e equipe de saúde.

4.10.2.19. A Farmácia Clínica deve participar ativamente da elaboração e execução do plano terapêutico individualizado do paciente. O registro das atividades deve ser realizado, de forma adequada, em sistema informatizado integrado ao prontuário do paciente.

4.10.2.20. Todas as prescrições devem ser analisadas por profissional farmacêutico e devem ter seus medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).

4.10.2.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deve implantar o serviço de farmacovigilância que deve contemplar a participação ativa de profissional farmacêutico.

4.10.2.22. Deve acompanhar, monitorar e propor plano de ação para os indicadores de desempenho do setor.

4.10.3. **Serviços de Farmácia em oncologia:**

4.10.3.1. O elenco de medicamentos oncológicos pré-determinados e de compra centralizada pelo Ministério da Saúde é disponibilizado para os Estados e DF que distribui aos hospitais destinados à prestação de assistência especializada de alta complexidade e habilitados pelo Ministério da Saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os estabelecimentos habilitados em oncologia pelo SUS são responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento do câncer que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, devendo observar protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existente.

4.10.3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deve implantar o serviço de farmácia em oncologia contemplando a participação ativa de profissional farmacêutico em número adequado, para avaliação das prescrições, dispensação e revisão de protocolos clínicos.

4.10.3.3. Implantar a farmácia ambulatorial ou disponibilizar consultório farmacêutico para dispensação de medicamentos via oral para pacientes ambulatoriais da oncologia.

4.10.3.4. O serviço de Farmácia em oncologia deverá ser ofertado por farmacêuticos devidamente habilitados em oncologia de acordo com a resolução do CFF 640/2017.

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

4.10.5. **Serviço de Lavanderia:** a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

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

4.10.7. Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

4.11. **Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE):**

4.11.1. Para seu adequado funcionamento deverão ser disponibilizadas, minimamente, as seguintes instalações: recepção; consultório; sala de vacinas e sanitário.

4.11.2. Conforme a Portaria nº 48/2004 - PNI/MS, para a organização e funcionamento da sala de vacinas do CRIE, deverão ser observadas as disposições contidas no Manual de Procedimentos para Vacinação do Programa Nacional de Imunização/SVS e na RDC Nº 197/2017 - ANVISA/MS, sendo:

I - ser de fácil acesso à população;

II - instalada, de preferência, em ambiente que possua equipamentos de apoio para emergência e análise laboratorial;

III - dispor de equipamentos para manter refrigerados os produtos, de forma a garantir a qualidade de sua conservação;

IV - funcionar diariamente e em tempo integral, inclusive no período noturno, feriados e finais de semanas; e

V - dispor de equipe técnica mínima composta de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, devidamente habilitados para desenvolver as atividades de vacinação, sendo que o técnico com formação em medicina, será responsável pela avaliação das indicações dos imunobiológicos especiais e dos eventos supostamente atribuíveis a vacinação ou imunização graves e/ou inusitados.

4.12. **Escritório de Gestão de Altas**

4.12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar/manter o Escritório de Gestão de Altas (EGA), estrutura assistencial e operacional estratégica implantada nas unidades hospitalares com o objetivo de otimizar o processo de alta hospitalar, promovendo a liberação eficiente de leitos e garantindo a continuidade do cuidado ao paciente. Atua desde a admissão até o momento da alta, em articulação com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipes médicas e multiprofissionais.

4.12.2. Além de monitorar indicadores como tempo de permanência, reinternações e risco clínico, o EGA também opera leitos de transição, destinados a pacientes com alta médica já definida, mas que aguardam transporte ou finalização de trâmites administrativos. Essa estratégia permite: Desbloqueio ágil de leitos assistenciais, especialmente em enfermarias de alta rotatividade; aumento do giro de leitos, favorecendo o fluxo de pacientes do centro cirúrgico e pronto-socorro; redução de riscos assistenciais, como infecções hospitalares e internações prolongadas e melhorias na comunicação entre equipes, promovendo uma alta segura e coordenada; além de eficiência na gestão de recursos, com foco em qualidade e resolutividade.

4.13. **Faixa Etária e Perfil das Unidades**

4.13.1. A unidade deverá atender todas as faixas etárias conforme o seu perfil de atendimento.

4.13.2. Solicitações de alteração de perfil de atendimento por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverão ser realizadas formalmente para a Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) e Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG) para análise e posterior autorização, se couber.

4.13.3. Em nenhuma hipótese será admitida a recusa de paciente em decorrência da faixa etária, desde que a mesma esteja dentro do perfil de atendimento.

4.14. **Telessaúde**

4.14.1. Telessaúde, conforme estabelecido pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente, consiste na prestação remota de serviços de saúde, utilizando tecnologias da informação e comunicação (TIC). Estes serviços abrangem a transmissão segura de dados e informações de saúde, incluindo textos, sons, imagens e outras formas adequadas, em conformidade com as normas e regulamentações vigentes dos órgãos competentes do Poder Executivo Federal. A Telessaúde pode contemplar, entre outros, serviços como teleconsulta, telemonitoramento de pacientes crônicos, telematricamento da equipe de Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação.

4.14.2. As teleconsultas somente poderão ser realizadas após aprovação do plano de trabalho pela Gerência de Telessaúde/SPAIS/SES. Essas consultas serão contabilizadas para o cumprimento das metas contratuais estabelecidas, sem prejuízo aos atendimentos presenciais, tanto para atendimentos médicos quanto multiprofissionais, respeitando o número de atendimentos definidos pelas partes no contrato e no plano de trabalho mencionado.

4.15. **Equipe Hospitalar de Doação para Transplantes (e-DOT)**

4.15.1. O **PARCEIRO PRIVADO**, conforme PORTARIA GM/MS Nº 8.041, DE 1º DE SETEMBRO DE 2025 deverá:

4.15.2. Constituir e manter atuante a e-DOT, que nessa unidade é classificada como tipo 4;

4.15.3. A e-DOT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por 10 (dez) integrantes, sendo 8 (oito) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Um dos membros deverá exercer a função de coordenador de transplantes, preferencialmente um médico.

4.15.4. A direção do estabelecimento de saúde deverá prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da e-DOT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão;

4.15.5. A e-DOT deverá publicar Regimento Interno próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata;

4.15.6. A e-DOT deverá ter prerrogativas específicas para o exercício das atividades relativas ao processo doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo para transplante, nos termos da legislação vigente;

4.15.7. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

4.15.8. São atribuições das e-DOT:

I - coordenar e executar a rotina de busca ativa de possíveis doadores e notificação de potenciais doadores de órgãos e tecidos, bem como realizar as entrevistas familiares;

I - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição, pelo menos até a entrega do corpo aos familiares;

II - notificar e registrar todos os casos suspeitos em investigação, ou confirmados de morte encefálica à OPO ou CET, de acordo com a organização local, inclusive aqueles com contraindicação absoluta, ou que não resultem em doação, mantendo documentação dos motivos da não-doação;

III - notificar à OPO ou BTH, de acordo com fluxo definido com a CET, todos os casos de morte circulatória que ensejem a retirada de tecidos para transplante;

IV - realizar ou apoiar a avaliação e validação de potenciais doadores;

V - colaborar com a manutenção hemodinâmica dos doadores por meio da articulação com as equipes assistenciais, apoiando-se em diretrizes, check-lists e boas práticas;

VI - reservar o centro cirúrgico do hospital ao qual está vinculada, de acordo com a rotina hospitalar definida, para a realização da cirurgia de retirada dos órgãos/tecidos;

VII - dar suporte ao gerenciamento do processo de retirada de órgãos/tecidos, realizando a coordenação de sala cirúrgica;

VIII - organizar, em acordo com a CET ou OPO, a logística da retirada e transporte dos órgãos/tecidos doados;

IX - identificar adequadamente os órgãos, tecidos e materiais biológicos, com as etiquetas padronizadas fornecidas pelas CET;

X - articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores;

XI - implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XII - gerenciar o processo de doação no âmbito hospitalar, a fim de que transcorra dentro dos padrões éticos, técnicos e legais;

XIII - articular-se com a respectiva CET, com as OPO e com os bancos de tecidos de sua região para organizar, de forma integrada, o processo de notificação, doação e retirada de tecidos;

XIV - orientar e capacitar os setores responsáveis pelos prontuários legais nos estabelecimentos de saúde quanto ao correto arquivamento da documentação do processo de doação, conforme previsto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, tais como identificação, protocolo de morte encefálica, termo de consentimento, exames laboratoriais, entre outros; e

XV - promover capacitação de seus membros e demais profissionais de áreas críticas, em temas essenciais ao processo de doação e transplantes, incluindo avaliação e validação, comunicação em situações críticas, acolhimento e entrevista familiar, morte encefálica e manutenção de potenciais doadores.

4.15.9. 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 de indicadores formatados atualmente, podendo ser alterados conforme atualização da nova Portaria PORTARIA GM/MS Nº 8.041, DE 1º DE SETEMBRO DE 2025, com aviso prévio de 60 dias.

4.15.9.1. Efetivação da doação de órgãos:

a) Número de doadores efetivos de órgãos / Número de notificações de morte encefálica

4.15.9.2. Percentual de Recusa Familiar para doação de órgãos

a) Número de recusas familiares para doação de órgãos / Número de entrevistas familiares para doação de órgãos

4.15.9.3. Percentual de Recusa Familiar para doação de tecidos oculares em óbitos por assistolia

a) Número de recusas familiares para doação de tecidos oculares em óbitos por parada cardiorrespiratória / Número de entrevistas familiares para doação de tecidos oculares em óbitos por parada cardiorrespiratória

4.15.9.4. Número total de óbitos hospitalares por parada cardiorrespiratória;

4.15.9.5. Número de doadores efetivos de tecidos oculares em óbitos por parada cardiorrespiratória;

4.15.9.6. Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos, que não foram realizados entrevistas.

4.15.10. Os procedimentos relacionados às ações de doação de órgãos e tecidos para transplantes, contemplados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS (SIGTAP) e financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), serão ressarcidos à unidade após a comprovação da efetiva execução, mediante a apresentação dos “Espelhos de AIHs” extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que comprovem o devido lançamento e faturamento dos procedimentos, bem como após validação pela Gerência de Transplantes.

5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

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

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

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria nº 3924/SES/GO, de 27 de dezembro de 2024, e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

6.2. O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

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

6.4. Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

6.4.1. A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do **PARCEIRO PÚBLICO**;

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

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

6.7. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

6.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar projeto para a construção de casamata, compra e instalação de equipamento de radioterapia, o que deverá ser submetido à análise da SES-GO, para validação e autorização quanto à execução.

7. DA COMUNICAÇÃO

7.1. Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

7.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

7.3. Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

7.4. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, na execução dos contratos, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como “rede própria da Secretaria de Estado da Saúde” ou “unidade do Governo de Goiás” em quaisquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

7.5. O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SES para efeito de uniformidade dos materiais produzidos; sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

7.5.1. As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

7.5.2. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes, adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais.

7.6. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

7.7. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

7.8. As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comset, mas administradas para efeito de

alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego.

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

8.1. 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:

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

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;

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

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção pactuados com o Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN), referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN).

9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

9.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

9.5. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

9.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

9.7. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

9.7.1. Internações Hospitalares

- a) Saídas de Clínica Médica
- b) Saídas Clínica Oncológica
- c) Saídas Clínica Pediátrica
- d) Saídas Clínica Cirúrgica
- e) Saídas Clínica Cirúrgica Oncológica
- f) Saídas Clínica Cirúrgica Ortopédica

- g) Saídas Clínica Obstétrica
- h) Saídas Clínica de Saúde Mental

9.7.2. **Cirurgias Eletivas**

- a) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;
- b) Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo);
- c) Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME).

9.7.3. **Atendimentos Ambulatoriais**

- a) Consulta médica na atenção especializada
- b) Consultas médicas oncológicas
- c) Consulta Multiprofissional na atenção especializada

9.7.4. **SADT Externo:** exames ofertados e realizados externamente;

9.7.5. **Hospital Dia:** atendimentos leito dia;

9.8. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES-GO via SIGUS/Sistema de Gestão Hospitalar - SGH;

9.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência regulados e/ou referenciados para a respectiva Unidade Hospitalar;

9.10. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar a produção realizada via SIGUS/SGH.

Quadro 08. Quadro geral de Metas do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN).

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação (saídas hospitalares)	Clínica Médica	329
	Clínica Oncológica	89
	Clínica Pediátrica	78
	Clínica Cirúrgica Ortopédica	218
	Clínica Cirúrgica Oncológica	117
	Clínica Cirúrgica Especialidades	433
	Clínica Obstétrica	194
	Clínica de Saúde Mental	21
Atendimento Ambulatorial	Consulta médica na atenção especializada	2.800
	Consultas médicas oncológicas	1.200
	Consulta Multiprofissional na atenção especializada	3.400
SADT Externo	Análises Clínicas	150
	Broncoscopia	05
	Teste ergométrico	20
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)	05
	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	80
	Ecocardiograma	150
	Eletrocardiograma	05
	Eletroencefalograma com e sem estímulo	15
	Endoscopia digestiva alta	100
	Endoscopia das vias urinárias	05
	Holter	40

	MAPA	30
	Mamografia	50
	Radiografia com e sem contraste	10
	Ressonância magnética com e sem contraste	500
	Tomografia computadorizada com e sem contraste / Angiotomografia	350
	Ultrassonografia	150
	Doppler Colorido de Vasos	20
Hospital Dia	Atendimentos	274
Cirurgias Eletivas	Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	60
	Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	150
	Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo com ou sem uso de OPME	18
	Cirurgia Oncológica	86

9.11. Determinantes da Parte Fixa

9.11.1. Internações Hospitalares

9.11.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares nas especialidades descritas no quadro de metas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 09. Metas de saídas hospitalares para o Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Clínica Médica	329
Clínica Oncológica	89
Clínica Pediátrica	78
Clínica Cirúrgica Ortopédica	218
Clínica Cirúrgica Oncológica	117
Clínica Cirúrgica Especialidades	433
Clínica Obstétrica	194
Clínica de Saúde Mental	21

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias oncológicas, saúde mental, pediátrica e Obstétrica, já para as enfermarias cirúrgicas, clínica e UTIs foram considerados taxa de ocupação de 90% e para UCIN ocupação 80%.

9.11.1.2. Para o cálculo das saídas da clínica cirúrgica considerou-se:

a) para as saídas da clínica ortopédica considerou-se 15 leitos com TMP 4 dias, 5 leitos com TMP 2 dias, 10 leitos com TMP 6 dias,

- b) para as saídas da clínica cirúrgica oncológica considerou-se 18 leitos TMP 4 dias,
- c) para as saídas da clínica cirúrgica especialidades considerou-se 30 leitos com TMP 4 dias, 10 leitos com TMP 2 dias, 20 leitos com TMP 6 dias
- d) Para as saídas clínica obstétrica considerou-se TMP 4 dias.
- e) Para as saídas da clínica saúde mental considerou-se TMP 15 dias
- f) Para as saídas da clínica oncológica considerou-se TMP 3,5 dias,
- g) Para as saídas clínicas pediátricas considerou-se TMP 4 dias,
- h) Para as saídas da clínica médica considerou-se TMP 4 dias,

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

9.11.1.4. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares;

9.11.1.5. Para as saídas cirúrgicas, aproximadamente 35% (trinta e cinco) serão destinadas às cirurgias eletivas e 65% (sessenta e cinco) para atendimento às solicitações da Regulação de urgência, devendo a unidade receber cirurgias de média e alta complexidade da urgência, conforme demanda da rede estadual.

9.11.1.6. Para as saídas cirúrgicas oncológicas, aproximadamente 70% (setenta) serão destinadas às cirurgias eletivas e 30% (trinta) para atendimento às solicitações da Regulação de urgência devendo a unidade receber cirurgias de média e alta complexidade da urgência, conforme demanda da rede estadual. Estas metas foram avaliadas separadamente das demais especialidades em razão da habilitação da unidade como UNACON, considerando a capacidade instalada, a existência de fila de espera específica e do volume de cirurgias executadas.

9.11.2. **Cirurgias Eletivas**

9.11.2.1. O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

Quadro 10. Quadro Síntese das Cirurgias Eletivas a serem realizadas no Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

Cirurgias Eletivas	Meta mensal
Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	60
Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	150
Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo com ou sem uso de OPME	18
Cirurgia Oncológica	86

9.11.2.2. Para avaliação das metas será observada a oferta do serviço para a Regulação Estadual e a efetiva execução dos procedimentos cirúrgicos por meio de relatórios emitidos pelo Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas;

9.11.2.3. As metas de cirurgia eletiva incluem a realização de cirurgias oncológicas de acordo com sua complexidade, que deverão ser ofertadas conforme Portaria SAES/MS nº 688 de 28 de agosto de 2023.

9.11.2.4. Para o HCN não foram estabelecidas metas para Cirurgia Eletiva Ambulatorial, sendo considerado para fins de precificação, uma vez que a unidade realiza procedimento cirúrgico em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória.

9.11.3. **Atendimento Ambulatorial**

9.11.3.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas e consultas multiprofissionais;

9.11.3.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida no item 9.11.3.3, a seguir;

9.11.3.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las, de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

Quadro 11. Metas de ambulatoriais para o Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

Ambulatório	Meta mensal
Consulta médica na atenção especializada	2.800
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	3.400
Consulta médicas oncológicas	1.200

9.11.3.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

- I - 30% do total de consultas médicas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;
- II - 70% do total de consultas médicas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta de egresso, Interconsulta e/ou consultas subsequentes (retornos).

9.11.3.5. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá distribuir o percentual de primeira consulta de egresso, interconsulta e/ou consultas subsequentes entre as especialidades acima, conforme demanda mensal identificada pelo mesmo.

- I - A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outra especialidade, o que deverá ser cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 60 (sessenta) dias;
- II - Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite totais previstas neste anexo técnico, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outra especialidade;

9.11.3.6. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente, que podem ter seus percentuais definidos no item anterior alterados proporcionalmente a depender do cenário epidemiológico e necessidade da Regulação Estadual;

9.11.3.7. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais;

9.11.3.8. O indicador de conferência será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde. Para efeito de meta, as SES-GO adotará o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde/Sistema de Gestão Hospitalar ou outro sistema a ser informado ao **PARCEIRO PRIVADO**;

9.11.3.9. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria;

9.11.4. SADT Externo

9.11.4.1. O hospital deverá disponibilizar vagas de SADT Externo à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação, no limite da capacidade operacional do SADT.

Quadro 12. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

Exame	Meta mensal
Análises Clínicas	150
Broncoscopia	05

Teste ergométrico	20
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)	05
Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	80
Ecocardiograma	150
Eletrocardiograma	05
Eletroencefalograma com e sem estímulo	15
Endoscopia digestiva alta	100
Endoscopia das vias urinárias	05
Holter	40
MAPA	30
Mamografia	50
Radiografia com e sem contraste	10
Ressonância magnética com e sem contraste	500
Tomografia computadorizada com e sem contraste / Angiotomografia com ou sem sedação	350
Ultrassonografia	150
Doppler Colorido de vasos	20

9.11.4.2. A Avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constante e periodicamente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações das ofertadas e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outro SADT, o que deverá ser cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 60 (sessenta) dias;

9.11.4.3. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo total de SADT não ultrapassará o limite total previsto neste anexo técnico, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outra especialidade.

9.11.4.4. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados: **ambulatório, internações hospitalares e cirurgias**, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

9.11.4.5. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção;

9.11.4.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, obrigatoriamente, todas as vagas disponíveis, mensalmente, para os SADTs, no sistema de regulação estadual.

9.11.5. Hospital Dia

9.11.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no leitos definidos como Hospital Dia.

9.11.5.2. Durante o tempo de permanência na Unidade deverá ser assegurado ao paciente as condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

9.11.5.3. O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e realizar pequenos procedimentos ambulatoriais. Tais leitos são destinados para pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na unidade por um período máximo de 12 horas.

9.11.5.4. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital, de consulta ambulatorial e de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em todos os casos, os procedimentos devem ser autorizados pela Regulação Estadual.

Quadro 13. Metas de atendimentos Hospital Dia

Hospital Dia	Quantidade de leitos	Meta mensal
Atendimentos	6	274

Obs.: Para cálculo dos atendimentos foram considerados número de leitos x quantidade de pacientes x 30,4 dias/mês.

III - INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

10. DETERMINANTES DA PARTE VARIÁVEL

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

10.2. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

10.3. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

10.4. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

10.5. Para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

10.6. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 14 - Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 90 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 13
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Índice de Giro de Leitos Institucional	≥ 5
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 7%
Percentual de Cirurgias Eletivas em Lista de Espera com Tempo Máximo Aceitável para Tratamento (TMAT) Expirado (↓)	<20%
Percentual de partos cesáreos (↓) Redução anual em 10% do percentual de cesariana até atingir o percentual ≤35%	≤ 35%
Percentual de parto cesáreas nos grupos 1 e 3 de Robson*	≤ 15%
Percentual de parto cesáreas no grupo 8 de Robson (↓)*	≤ 60%
Percentual de parto cesáreo nos grupos 10 de Robson (↓)*	≤ 40%
Proporção de Recém-nascidos com todas as triagens neonatais realizadas (↑)*	≥ 95%

Percentual de recém-nascidos de baixo risco que receberam fórmula infantil após o nascimento (↓)*	≤5%
Percentual de Recém-Nascidos que receberam alta da unidade neonatal em Aleitamento Materno Exclusivo (↑)*	≥60%
Índice de Lesões por Extravasamento de Quimioterapia	< 5%
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 72 horas	≥ 70%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%
Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 1 %
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 85%

10.6.1. **Taxa de Ocupação Hospitalar**

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: $[\text{Total de Pacientes-dia no período} / \text{Total de leitos operacionais-dia do período}] \times 100$

10.6.2. **Média de Permanência Hospitalar (dias)**

Conceituação: Este indicador representa a relação numérica entre o total de pacientes/ dia num determinado período e o total de saídas hospitalares no mesmo período.

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

Fórmula: $[\text{Total de pacientes-dia no período} / \text{Total de saídas no período}]$

Obs: Para composição de cálculo da média de permanência não será considerada a média de permanência dos leitos de saúde mental, UCIN e UTI Neonatal

10.6.3. **Índice de Intervalo de Substituição (horas)**

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

Fórmula: $[(100 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{Média de tempo de permanência}] / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$

Obs.: O resultado (dia) deverá ser convertido em horas.

10.6.4. **Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)**

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

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

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

10.6.5. **Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)**

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

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

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

10.6.6. **Índice de Giro de Leitos**

Conceituação: É a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas, óbitos, transferências externas), durante determinado período e o número de leitos postos à disposição (leitos operacionais) no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado (Quantas vezes o leito foi utilizado). Visa demonstrar a eficiência do uso da capacidade instalada da unidade.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente.

Formula: (Número de saídas no período / média do número de leitos operacionais período) .

10.6.7. **Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH**

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

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

10.6.8. **Percentual de Cirurgias Eletivas em Lista de Espera com Tempo Máximo Aceitável para Tratamento (TMAT) Expirado (↓)**

Conceituação: Indicador que sinaliza o percentual de cirurgias eletivas em lista de espera na unidade estão com o tempo de espera máximo expirado, conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade.

Fórmula: [Número de cirurgias eletivas em lista de espera da unidade com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera total da unidade) x 100

10.6.9. **Percentual de Partos Cesáreos**

Conceituação: Mede o percentual de cirurgias cesáreas realizadas em relação ao número total de partos.

Fórmula: [Nº de cesáreas realizadas/Total de partos realizados] x 100 - mensal

10.6.10. **Percentual de Partos Cesáreos nos Grupos 1 e 3 de Robson.**

Conceituação: Mede o percentual de partos cesáreos realizados em parturientes classificadas nos grupos 1 e 3 de Robson. Gestantes classificadas nestes grupos, são geralmente consideradas de baixo risco, o que torna a cesariana uma cirurgia desnecessária na maioria dos casos. Compreendem gestantes nulíparas e multíparas, que entraram em trabalho de parto espontâneo, com feto único, apresentação cefálica e a termo. Portanto, a não ser que haja uma indicação individualizada e clara, a cesariana não deve ser realizada de maneira rotineira nestes grupos.

Fórmula: [Número de partos de gestantes dos grupos 1 e 3 de Robson que foram submetidas a cesárea/Número total de partos de gestantes dos grupos 1 e 3 de Robson] x100

10.6.11. **Percentual de Parto Cesáreos no Grupo 8 de Robson**

Conceituação: Mede o percentual de partos cesáreos realizados em parturientes classificadas no grupo 8 de Robson. Considerando este grupo, deve-se observar que gestações gemelares entre 32 semanas

e 38 semanas e 6 dias de idade gestacional, a realização de cesariana programada não demonstrou reduzir ou aumentar o risco de óbito fetal ou neonatal, nem o de morbidade neonatal grave. Por isso, nas gestações gemelares não complicadas em que o primeiro feto apresenta posição cefálica, a decisão sobre a via de nascimento deve ser individualizada.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de partos de gestantes do grupo 8 de Robson que foram submetidas a cesárea}}{\text{Número total de partos de gestantes do grupo 8 de Robson}} \right] \times 100$

10.6.12. **Percentual de Parto Cesáreo nos Grupos 10 de Robson.**

Conceituação: Mede o percentual de partos cesáreos realizados em parturientes classificadas no grupo 10 de Robson. Considerando este grupo, na ausência de outras indicações, a cesariana não deve ser realizada de forma rotineira em casos de parto pré-termo com apresentação cefálica. As evidências disponíveis não demonstram benefício da cesariana na redução de desfechos neonatais graves, como mortalidade neonatal ou paralisia cerebral. Assim, a cesariana não é recomendada apenas em função da prematuridade. A conduta deve ser individualizada, levando em consideração fatores como idade gestacional, integridade das membranas, posição fetal, presença de comorbidades maternas ou fetais, entre outros aspectos clínicos relevantes.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Número de partos de gestantes do grupo 10 de Robson que foram submetidas a cesárea}}{\text{Número total de partos de gestantes do grupo 10 de Robson}} \right] \times 100$

10.6.13. **Proporção de Recém-nascidos com Todas as Triagens Neonatais Realizadas**

Conceituação: Mede a quantidade de recém-nascidos que acessam a rede estadual de saúde e que realizam as triagens neonatais obrigatórias, que são: teste da orelhinha, teste do olhinho, teste da linguinha, teste do coraçozinho e teste do pezinho.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Nº de RN's que realizaram as 5 triagens neonatais antes da alta hospitalar}}{\text{nº total de RN's elegíveis para as triagens}} \right] \times 100 - \text{mensal}$

10.6.14. **Percentual de Recém-nascidos de Baixo Risco que Receberam Fórmula Infantil Após o Nascimento**

Conceituação: Verificar se a oferta de fórmulas infantis a recém-nascidos de risco habitual é feita de forma criteriosa ou indiscriminada nas unidades hospitalares da SES.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Nº de RN's de baixo risco que receberam fórmula infantil}}{\text{nº total de RN's de baixo risco internados na unidade de saúde}} \right] \times 100$

10.6.15. **Percentual de Recém-Nascidos que Receberam Alta da Unidade Neonatal em Aleitamento Materno Exclusivo**

Conceituação: Verificar o quantitativo de crianças que receberam alta das unidades neonatais em aleitamento materno exclusivo.

Fórmula: $\left[\frac{\text{Nº de RN's que receberam alta da unidade neonatal em AME}}{\text{nº total de RN's que receberam alta da unidade neonatal}} \right] \times 100$

Obs.: Os indicadores 10.6.10 à 10.6.15 serão considerados para monitoramento até o 6º (sexto) mês após o início da vigência do presente termo. A partir do 7º mês serão contabilizados na valoração dos indicadores.

10.6.16. **Índice de Lesões por Extravasamento de Quimioterapia**

Conceituação: Dentre os principais eventos adversos relacionados à administração endovenosa da terapia antineoplásica, o extravasamento se destaca como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto ao paciente e exigindo dos profissionais habilidades para prevenir, diagnosticar e intervir precocemente. O extravasamento de antineoplásicos é definido como o escape da droga do vaso sanguíneo aos tecidos circunjacentes. A ação das drogas antineoplásicas ao tecido extravasado pode acarretar em grave destruição tecidual. O grau de lesão tissular está diretamente relacionado ao potencial de lesão da droga, concentração e o intervalo entre o reconhecimento e tratamento.

Fórmula: $\left[\frac{\text{casos de extravasamento por drogas antineoplásica em 30 dias}}{\text{Total de pacientes que receberam a droga antineoplásica em 30 dias}} \right] \times 100$

10.6.17. **Percentual de Exames de Imagem com Resultado Liberado em até 72 Horas**

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: $[\text{Número de exames de imagem liberados em até 72 horas} / \text{total de exames de imagem liberados no período multiplicado}] \times 100$.

10.6.18. **Taxa de Acurácia do Estoque**

Conceituação: Permite monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.

Fórmula: $[\text{Quantitativo de itens de medicamentos em conformidade no estoque (ao comparar físico e sistema)} / \text{Quantidade total de itens em estoque}] \times 100$

10.6.19. **Taxa de Perda Financeira por Vencimento de Medicamentos**

Conceituação: Permite monitorar a perda de medicamentos por vencimento pelas unidades de saúde, a partir do aprimoramento e implantação de ferramentas e processos de trabalho.

Fórmula: $[\text{Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R\$)} / \text{valor financeiro de medicamentos inventariado no período (R\$)}] \times 100$

10.6.20. **Taxa de Aceitabilidade das Intervenções Farmacêuticas**

Conceituação: Permite monitorar o desempenho do serviço de farmácia clínica e a importância desse serviço para a segurança do paciente através da prevenção de problemas relacionados a medicamentos.

Fórmula: $[\text{Número de intervenções aceitas} / \text{Número absoluto de intervenções registradas que requer aceitação}] \times 100$

ANEXO Nº II/2025/SES/GEDES-18345

11. ENSINO E PESQUISA

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

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

11.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Conjunta MEC/MS nº 8.033/2025, de 29 de agosto de 2025, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

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

11.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Conjunta MEC/MS nº 8.033/2025, de 29 de agosto de 2025 e alterações posteriores, quando existentes.

11.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás devem funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO.

11.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios

para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES-GO.

11.8. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

11.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG/SES-GO) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios e das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

11.10. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG/SES-GO) acompanha, assessora e monitora os Programas de Residência Médica no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

11.11. O Contrato de Gestão/Termo de Colaboração que rege o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece neste os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

11.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como Notificação, Advertência, Suspensão do Ajuste, até Rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

11.13. A seleção de preceptores, tutores, supervisores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnico científica e como profissional em exercício na instituição.

11.13.1. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da Unidade de Saúde.

11.13.2. As contratações de preceptores, tutores, supervisores e coordenadores em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas - CTL deverão obedecer ao Regulamento de Recursos Humanos aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás - CGE e SES-GO.

11.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e normativas referentes aos Programas.

11.14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na Unidade de Saúde.

11.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, tendo como valores mínimos os praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria, supervisão e coordenação.

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

11.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

11.18. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores, conforme normas legais disciplinares e conforme o Anexo II do Contrato de Gestão/Termo de Colaboração/Termo Aditivo.

11.19. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição de servidores em exercício de docência (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua Unidade de Saúde, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO.

11.19.1. A substituição do servidor para o exercício da docência (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) deverá ocorrer em até 60 (sessenta) dias.

11.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

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

12.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS** são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

12.2. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRMS/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores e supervisores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e Coordenador.

12.3. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

12.3.1. O programa de residência deve possibilitar a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

12.4. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

12.5. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

12.6. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado, pela SES-GO, exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG/SES-GO por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

12.6.1. A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico, compostos pelos coordenadores de COREMEs, COREMU-SESG e equipe da coordenação de assessoramento técnico das COREMEs, serão responsáveis por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo.

12.7. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 22.524/2024, de 03 de janeiro de 2024.

12.7.1. O valor a que se refere o item anterior será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

12.7.2. **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES-GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

12.8. O profissional contratado para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor, tutor, independente do regime de contratação, fará jus ao valor da gratificação, em razão da equidade.

12.9. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

12.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, contratados conforme quadro de Pessoal estabelecido pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

12.11. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

12.12. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva Unidade de Saúde.

12.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente, em conjunto com a COREME e COREMU local, voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

12.13.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

13. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

13.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais Resoluções da CNRM vigentes.

13.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

13.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 de setembro de 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da Unidade de Saúde, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

13.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal, dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

13.4.1. O Coordenador das COREME's nas Unidades de Saúde deverão ser profissionais com vínculo efetivo ou celetista.

13.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO e Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022).

13.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

13.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG/SES-GO, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES-GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

13.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da avaliação institucional, cujos dados deverão ser disponibilizados à Coordenação de Assessoramento Técnico das COREMES/SESG/SES-GO.

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

13.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC (Quadro 01, 02, 03 e 04).

Quadro 01 - Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital HCN de Mar/2025 a Fev/2026

HCN	Coorde Super Prece			Resid	Bolsa SES/G
Clínica Médica	1	1	6	8	8
Cirurgia Geral		1	8	12	12

Anestesiologia	1	3	4	0
TOTAL	1	3	17	24
			20	

Quadro 02 - Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital HCN de Mar/2026 a Fev/2027

HCN	Coorde	Super	Prece	Resid	Bolsa SESG
Clínica Médica	1	1	6	8	8
Cirurgia Geral		1	8	12	12
Anestesiologia		1	4	6	0
Pediatria		1	2	2	2
Oncologia Clínica		1	2	2	2
Medicina de Emergência		1	2	2	2
Ortopedia e Traumatologia		1	3	4	4
TOTAL	1	7	27	36	30

Quadro 03 - Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital HCN de Mar/2027 a Fev/2028

HCN	Coorden	Super	Prece	Resid	Bolsa SESG
Clínica Médica	1	1	6	8	8
Cirurgia Geral		1	8	12	12
Anestesiologia		1	4	6	0
Pediatria		1	3	4	4
Oncologia Clínica		1	3	4	4
Medicina de Emergência		1	3	4	4
Ortopedia e Traumatologia		1	6	8	8
TOTAL	1	7	33	46	40

Quadro 04 - Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital HCN de Mar/2028 em diante.

HCN	Coorden	Super	Prece	Resid	Bolsa SESG
Clínica Médica	1	1	6	8	8
Cirurgia Geral		1	8	12	12
Anestesiologia		1	4	6	0
Pediatria		1	4	6	6
Oncologia Clínica		1	4	6	6
Medicina de Emergência		1	4	6	6

Ortopedia e Traumatologia		1	8	12	12
TOTAL	1	7	38	56	50

13.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela Instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRMs e das atribuições da COREME.

13.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME, devendo cada unidade dispor de preceptores para o acompanhamento dos residentes recepcionados de outras instituições.

13.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

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

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

14.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais da Saúde, desenvolvidas pela SES-GO e gerenciadas pela SESG/SES-GO.

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

14.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES-GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

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

14.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos Hospitais e/ou Unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Coordenação de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais da Saúde (COREMU local) da Unidade de Saúde, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

14.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor, bem como um servidor Executor Administrativo. É a instância responsável por repassar ao **PARCEIRO PRIVADO** sobre as normativas legais informadas pela COREMU/SESG/SES-GO. Sendo suas atribuições estabelecidas em Regimento Interno.

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

14.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde, sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação, conforme descrito na Portaria nº 1266/2023 SES-GO ou outra posterior que vier a substituí-la.

14.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada

em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas, conforme descrito na Portaria nº 1266/2023 SES-GO ou outra posterior que vier a substituí-la:

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

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

14.10. O Preceptor é o profissional com titulação mínima de especialista e experiência prática mínima de 6 meses, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades de Saúde onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes). O preceptor do eixo específico, deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

14.11. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

14.12. O Coordenador da COREMU Local deverá ser o profissional de vínculo efetivo ou celetista e que atendam aos requisitos para a função.

14.12.1. Os critérios de seleção devem atender as normas da CNRMS e Portaria nº 1266/2023 SES-GO ou outra posterior que vier a substituí-la.

14.12.2. O nome do profissional deverá ser informado à COREMU/SESG/SES-GO para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

14.13. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade de Saúde, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG/SES-GO.

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

14.13.2. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnico científica e, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

14.14. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Quando houver, na Unidade de Saúde, Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

14.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa/COREMU Local, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas Ministeriais e da SES-GO.

14.16. Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

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

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

14.18.1. Os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, em observância ao Projeto Pedagógico.

14.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC descrito no Quadro 05 e 06

Quadro 05. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Emergência mar/25 à fev/26

Programa de Residência em Urgência e Emergência	Coordenador	Tutor		Prece Resid		Bolsa SES
		Cam	Núcleo			
Enfermagem	1	1	1	2	2	0
Fisioterapia			1	2	2	0
Nutrição			1	2	2	0
TOTAL	1	4*	6	6	0	

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria Nº 1266/2023 – SES.

Quadro 05. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Emergência mar/26 em diante.

Programa de Residência em Urgência e Emergência	Coordenador	Tutor		Prece Resid		Bolsa SES
		Cam	Núcleo			
Enfermagem	1	1	1	3	4	0
Fisioterapia			1	3	4	0
Nutrição			1	3	4	0
TOTAL	1	4*	9	12	0	

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria Nº 1266/2023 – SES.

14.20. A COREMU/SESG/SES-GO deverá avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da avaliação institucional, cujos dados ficarão disponíveis na COREMU local.

15. DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

15.2. Caberá às respectivas Comissões (COREME e COREMU local) o devido acompanhamento e informação ao **PARCEIRO PRIVADO** e à SESG/SES-GO das situações de não preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, licenças e desligamento do Programa de Residência Médico e Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

15.3. Ocorrendo a situação descrita no item anterior, caberá à SESG/SES-GO informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES-GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão/Termo de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

15.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, destas, 04 (quatro) bolsas são financiadas pelo MS e 20 (vinte) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadro 07, 08, 09 e 10).

Quadro 07 - Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Multiprofissional do HCN
Mar/25 à fev/26.

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (R\$4.106,09) + contribuição patronal*	20	4.927,31	98.546,20
Auxílio-moradia**	24	1.231,83	29.563,92
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREME***	21	876,49	18.406,29
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREMU***	11	876,49	9.641,39
Despesa de custeio diverso por Residente COREME****	24	730,00	17.520,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU****	06	730,00	4.380,00
Total Geral		178.057,80	

Observações:

* Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

** Valores baseados no percentual de 30% no valor da bolsa de Residência Médica. Os valores deverão ser repassados de acordo com o regulamento a ser expedido pela SES e/ou quando houver determinação

*** Gratificação de 15% sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado, quando se encontrar em efetivo exercício das funções de coordenador, preceptor, supervisor ou tutor de residência, conforme artigo nº 12 da Lei nº 22.524 de 03/01/2024.

****As despesas do item contratual denominada "Custeio Diverso" deverão ser executadas de acordo com o fluxo e normas instauradas pela Portaria nº 2.828, de 13 de setembro de 2024.

Quadro 08 - Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Multiprofissional do HCN
Mar/26 à fev/27.

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (R\$4.106,09) + contribuição patronal*	30	4.927,31	147.819,30
Auxílio-moradia**	36	1.231,83	44.345,88
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREME***	35	876,49	30.677,15
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREMU***	14	876,49	12.270,86
Despesa de custeio diverso por Residente COREME****	36	730,00	26.280,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU****	12	730,00	8.760,00
Total Geral		270.153,19	

Observações:

* Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

** Valores baseados no percentual de 30% no valor da bolsa de Residência Médica. Os valores deverão ser repassados de acordo com o regulamento a ser expedido pela SES e/ou quando houver determinação

*** Gratificação de 15% sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado, quando se encontrar em efetivo exercício das funções de coordenador, preceptor, supervisor ou tutor de residência, conforme artigo nº 12 da Lei nº 22.524 de 03/01/2024.

****As despesas do item contratual denominada "Custeio

Diverso" deverão ser executadas de acordo com o fluxo e normas instauradas pela Portaria nº 2.828, de 13 de setembro de 2024.

Quadro 09 - Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Multiprofissional do HCN
Mar/27 à fev/28.

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (R\$4.106,09) + contribuição patronal*	40	4.927,31	197.092,40
Auxílio-moradia**	46	1.231,83	56.664,18
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREME***	41	876,49	35.936,09
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREMU***	14	876,49	12.270,86
Despesa de custeio diverso por Residente COREME****	46	730,00	33.580,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU****	12	730,00	8.760,00
Total Geral		344.303,53	

Observações:

* Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

** Valores baseados no percentual de 30% no valor da bolsa de Residência Médica. Os valores deverão ser repassados de acordo com o regulamento a ser expedido pela SES e/ou quando houver determinação

*** Gratificação de 15% sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado, quando se encontrar em efetivo exercício das funções de coordenador, preceptor, supervisor ou tutor de residência, conforme artigo nº 12 da Lei nº 22.524 de 03/01/2024.

****As despesas do item contratual denominada "Custeio Diverso" deverão ser executadas de acordo com o fluxo e normas instauradas pela Portaria nº 2.828, de 13 de setembro de 2024.

Quadro 10 - Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Multiprofissional do HCN
Mar/28 em diante

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (R\$4.106,09) + contribuição patronal*	50	4.927,31	246.365,50
Auxílio-moradia**	56	1.231,83	68.982,48
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREME***	46	876,49	40.318,54
Gratificação do Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador COREMU***	14	876,49	12.270,86
Despesa de custeio diverso por Residente COREME****	56	730,00	40.880,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU****	12	730,00	8.760,00
Total Geral		417.577,38	

Observações:

* Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

** Valores baseados no percentual de 30% no valor da bolsa de Residência Médica. Os valores deverão ser repassados de acordo com o regulamento a ser expedido pela SES e/ou quando houver determinação

*** Gratificação de 15% sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado, quando se encontrar em efetivo exercício das funções de coordenador, preceptor, supervisor ou tutor de residência, conforme artigo nº 12 da Lei nº 22.524 de 03/01/2024.

****As despesas do item contratual denominada "Custeio Diverso" deverão ser executadas de acordo com o fluxo e normas instauradas pela Portaria nº 2.828, de 13 de setembro de 2024.

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

15.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG/SES-GO.

15.7. Os valores referentes ao auxílios-moradias, quando devidos, serão pagos diretamente aos beneficiários. Não caberá o pagamento do referido auxílio pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

15.8. O quantitativo dos valores referentes ao auxílio-moradia poderá ser alterado, a qualquer tempo, de acordo com a legislação, ordens judiciais e a metodologia de custeio usada pela SESG/SES-GO/SES-GO.

15.9. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da Unidade de Saúde.

15.9.1. Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária de 12 horas diária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

15.10. Em caso de inaplicabilidade ou aplicabilidade inadequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG/SES-GO, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, indicará e solicitará o desconto financeiro/glosa do valor.

16. ESTÁGIOS CURRICULARES

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

16.2. Os estágios no âmbito da SES-GO são gerenciados e regulados pela SESG/SES-GO, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES-GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

16.2.1. As contrapartidas previstas na Portaria nº 1.096/2023 – SES-GO, de 22 de maio de 2023 e ofertadas pelas Instituições de Ensino, são de gestão da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás/ Secretaria do Estado da Saúde.

16.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES-GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

16.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente um percentual mínimo de 10% de vagas em relação ao número de servidores da mesma especialidade profissional conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO.

16.4. O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG/SES-GO conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pelo gerenciamento das Unidades de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

16.5. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG/SES-GO, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino, previamente cadastradas.

16.6. Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG/SES-GO, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

16.7. A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

16.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

17. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

17.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá promover a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político institucional da Unidade de Saúde como preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

17.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá identificar as necessidades de treinamento dos seus colaboradores, independente do regime de contratação da Unidade de Saúde.

17.2.1. Após identificar as necessidades de treinamento deverá construir um Plano Anual de Educação Permanente em Saúde (PAEPS/US) que deve ser validado e aprovado pela SESG/SES-GO.

17.2.2. O Plano anual deverá conter a Programação das Ações de Educação Permanente da Unidade de Saúde juntamente com o levantamento dos problemas e as necessidades de treinamento.

17.3. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG/SES-GO, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão/ Termo de Colaboração, para que o setor técnico competente da SESG/SES-GO possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

17.4. A SESG/SES-GO monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, mensalmente, por meio de relatórios via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS).

17.5. As atividades relacionadas à Educação Permanente deverão ser conduzidas de maneira eficiente e eficaz, utilizando-se dos recursos já alocados para a gestão da Unidade de Saúde. Não serão disponibilizados recursos adicionais para a execução do Plano de Educação Permanente

17.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

18. PESQUISA CIENTÍFICA

18.1. A SESG/SES-GO promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

18.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SES-GO.

18.2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 - SES-GO, ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade de Saúde que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

18.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa científica, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

18.2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG/SES-GO de trabalho científico resultante de pesquisa científica em dados públicos, pesquisas de revisão da literatura e relatos de experiência produzidos em Unidade de Saúde da SES-GO.

18.2.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas científica realizadas dentro das Unidades de Saúde da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

18.3. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento e monitoramento das pesquisas científicas realizadas na Unidade de Saúde, por meio das áreas técnicas competentes da SESG/SES-

GO, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

18.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a continuidade das pesquisas em andamento e de suas atividades realizadas na Unidade de Saúde.

18.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade de Saúde esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

18.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade de Saúde da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

18.5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade de Saúde está credenciada, junto à CONEP.

18.5.3. Existindo CEP institucional na Unidade de Saúde SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outro ato normativo que venha a modificar e/ou substituir.

18.6. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade de Saúde com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG/SES-GO fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

18.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade de Saúde pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

18.8. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG/SES-GO, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

18.9. Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade de Saúde conforme fluxo estabelecido na Portaria nº 1.265/2023 - SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir.

18.9.1. O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

18.9.2. No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade de Saúde, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

18.9.3. Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

18.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá enviar à SESG/SES-GO, anualmente, via protocolo no SEI!, um relatório detalhando todas as pesquisas realizadas no ano corrente.

18.10.1. O relatório deve incluir informações sobre as pesquisas ativas/em execução, finalizadas e canceladas.

18.10.2. O setor técnico competente da SESG/SES-GO irá avaliar, monitorar e acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 - SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir.

18.10.3. Em caso de não conformidade com a referida Portaria, o **PARCEIRO PÚBLICO** oficializará o **PARCEIRO PRIVADO** quanto a regularização das pesquisas científicas.

18.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes às Pesquisas, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS),

conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outro ato normativo que venha modificá-la e/ou substituí-la.

ANEXO Nº III/2025/SES/GGP-SGI-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da Parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes: Especificações Técnicas, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e Quadro de Servidores cedidos.

19. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

19.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

19.1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

19.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

19.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

19.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

19.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR - 32/2005 do MTE;

19.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

19.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

19.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

19.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

19.1.10. Avaliar a necessidade em substituir os servidores cedidos que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias, e/ou remanejar os colaboradores da Unidade de Saúde de forma a não prejudicar o bom andamento dos serviços;

19.1.11. Caso haja necessidade de substituir o servidor cedido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá arcar com os custos referentes a contratação consignada no item anterior.

19.1.12. Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora pactuados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

19.1.13. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

19.1.14. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

19.1.15. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

19.1.16. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (eSocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;

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

19.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

19.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

19.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

19.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regimentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

19.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

19.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, 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, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

19.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

19.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet, mediante regulamentação da SES-GO;

19.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

19.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO;

20. **QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS**

20.1. Conforme estabelecido na Metodologia - Celebração de Parcerias (SEI nº 61236473) aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde (SEI nº 62277618), os valores estimados referentes ao custo com os servidores cedidos constantes nos quadros abaixo são apenas para fins informativos;

20.1.1. Caberá ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento dos servidores cedidos;

20.1.2. O valor referente ao custo com os servidores cedidos não entra no câmputo do valor da parceria.

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao Hospital Estadual do Centro Norte Goiano - HCN - Julho/2025.

CARGOS	TOTAL DE SERVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
TOTAL GERAL ESTIMADO*	-	R\$ -
MÉDIA ESTIMADA MENSAL**	-	R\$ -
Fonte: RHNet Ref.: Julho de 2025.		
* As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios. ** Média calculada com base nos valores mensais dos últimos 12 meses (Ref. Ago/2024 a Jul/2025).		

Nos anos de 2024 e 2025 ocorreram os seguintes reajustes:

Lei nº 22.524 de 03 de janeiro de 2024 Plano Carreira aos servidores da secretaria de Estado da Saúde;

Lei nº 22.692 de 15 de maio de 2024 que concede a revisão geral anual dos vencimentos, dos subsídios e dos proventos do pessoal civil e militar, ativo, inativo e pensionista, inclusive empregados públicos, do Poder Executivo estadual;

Lei nº 23.232 de 16 de janeiro de 2025 Plano de Cargos e Remuneração do Quadro Transitório da Secretaria de Estado da Saúde;

Lei nº 23.236 de 16 de janeiro de 2025 que concede a revisão geral anual dos vencimentos, dos subsídios e dos proventos do pessoal civil e militar, ativo, inativo e pensionista, inclusive empregados públicos, do Poder Executivo estadual.

ANEXO Nº IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO - SES/GEC - 21282

21. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DO HOSPITAL ESTADUAL DO CENTRO NORTE GOIANO (HCN)

21.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)** para a celebração do 6º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 80/2021-SES/GO, com o objeto de ajuste de leitos, metas e atualização dos custos.

21.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG) assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) e do sistema de gestão de custos *Key Performance Indicators for Health* (KPIH).

21.3. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, são encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

21.4. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

22. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

22.1. A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)** foi segmentada em centro de custos, conforme possíveis linhas de contratação. No entanto, para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade, o perfil assistencial a ser adotado e o acompanhamento e monitoramento da unidade com a realização de visita técnica, e conforme orientação da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I.

22.2. Destaca-se que as diárias de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais); Atendimentos de emergência; Demais cirurgias e partos; Quimioterapia; SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) para atendimento interno; CRIE

(Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais) e Escritório de gestão de alta, não possuem meta numérica, mas devem ser ofertados, sendo necessário calcular a estimativa de custeio desses serviços.

22.3. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção e custo unitário, seguiu-se os seguintes critérios:

- I - Serviços e quantitativos definidos no Anexo I;
- II - Capacidade física instalada e operacional da Instituição, observando a existência de serviços que não se enquadram como meta, mas possuem produção e consequentemente custos;
- III - Estimada **produção** para os serviços não definidos como metas no anexo I, mas correlacionados à realização dos serviços propostos;
- IV - Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil;
- V - Tipos de atendimentos a serem disponibilizados na unidade;
- VI - **Custo unitário do Benchmark** extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, do sistema KPIH, referentes aos últimos 12 meses, ou seja, **de junho 2024 a maio/2025**, extraídos de unidade hospitalar que possui centros de custos semelhantes, a partir da metodologia de custeio por absorção.
- VII - **Projeção de produção** realizada a partir da própria Unidade, extraída do Relatório de Produção do Sistema KPIH, referente ao período **de junho 2024 a maio/2025**.

23. MÉTODO DE CÁLCULO

23.1. Metodologia

23.1.1. Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que é a metodologia adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), do Ministério da Saúde. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

23.1.2. O Custeio por Absorção consiste no custeio integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) registrados aos produtos/serviços finais (Manual Técnico de Custos, PNGC, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

23.1.3. Para o cálculo das linhas de contratações/centro de custos, foram utilizados custos unitários do relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH, nos últimos 12 meses, referente ao período de **junho/2024 a maio/2025**, conforme comprovante (SEI nº 80278186). Cumpre esclarecer que a extração do relatório em data e horário distintos podem gerar dados distintos devido a sua atualização constante.

23.1.4. As unidades de saúde pertencentes à base de dados da Planisa utilizam-se justamente da metodologia de custeio por absorção, com padronização no processo de coleta, apuração e periodicidade mensal, gerando assim, relatórios contendo 3 (três) valores por centro de custos/linha de contratação, sendo:

- I - Percentil 25 (P25), que se refere a posição 25% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;
- II - Percentil 50 (P50), que se refere a posição 50% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;
- III - Percentil 75 (P75), que se refere a posição 75% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;

23.1.5. O Percentil adotado foi o **P50**, buscando a compatibilização dos custos com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que, buscou-se uma referência que pode representar menos despesas, se adequando a realidade da Unidade de Saúde, não importando assim em sobrepreço e tampouco deixando-a inexecutável.

23.1.6. Com exceção das linhas de contratação de cirurgias eletivas hospitalares de alto custo e consulta médica oncológica, que devido ao seu alto custo, foi utilizado o valor do custo no **P75**; e o

Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), que foi utilizado **P25**, devido as vacinas serem fornecidas pelo MS.

23.1.7. Assim, **a estimativa de custeio das linhas de contrações/centro de custos foi estimado multiplicando-se o quantitativo de serviços pelo seu respectivo custo unitário.**

23.1.8. O cálculo, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Objetiva-se que a unidade de saúde seja cada vez mais produtiva e eficiente.

23.1.9. Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento para cima na numeração decimal.

23.2. **Memória de Cálculo**

23.2.1. O critério usado para o custeio das **"Internações Hospitalares"** é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês).

23.2.1.1. O Número de Leitos e taxa de ocupação foram extraídos do Anexo I. O número de dias do mês foi considerado a ano civil que corresponde a 365 dias do ano, dividindo pelo número de meses, correspondendo a 30,4 dias/mês.

23.2.2. Assim, o custeio deste serviço foi obtido multiplicando a quantidade de pacientes-dia projetados, pelo respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH.

23.2.3. Para elucidação dos quantitativos, temos:

Internação	Quantidade dias do mês	Taxa de ocupação	Leitos	Paciente-dia	MP	Saídas
Clínica Cirúrgica Adulto	30,4	90%	30	821	4,0	205
	30,4	90%	10	274	2,0	137
	30,4	90%	20	548	6,0	91
			60	1.643		433
Clínica Médica Adulto	30,4	90%	48	1.314	4,0	329
Clínica Cirúrgica Ortopédica	30,4	90%	15	411	4,0	103
	30,4	90%	5	137	2,0	69
	30,4	90%	10	274	6,0	46
			30	822		218
Clínica Obstétrica	30,4	85%	30	776	4,0	194
Clínica Médica Oncológica	30,4	85%	12	311	3,5	89
Clínica Cirúrgica Oncológica	30,4	85%	18	466	4,0	117
Clínica Pediátrica	30,4	85%	12	311	4,0	78
Clínica Psiquiátrica (Saúde Mental)	30,4	85%	12	311	15,0	21
UTI Adulto	30,4	90%	30	821	-	-
UTI Neonatal	30,4	90%	10	274	-	-
UTI Pediátrica	30,4	90%	10	274	-	-

UCIN	30,4	80%	5	122	-	-
Total			277	7.445		1.479

Referência: Anexo I e Relatório de Produção KPIH (junho/2024 a maio/2025)

23.2.4. O custeio dos atendimentos da "**Emergência/Pronto atendimento**" foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos projetados pelo respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH.

23.2.5. O quantitativo foi obtido pela quantidade média de atendimentos realizadas no período, acrescidos de 4% de projeção de aumento.

23.2.6. Para elucidação dos quantitativos, temos:

Emergência	Atendimentos/mês
Atendimento PA/PS	2.496

Referência: Relatório de Produção KPIH (junho/2024 a maio/2025)

23.2.7. O custeio do "**Hospital Dia**" foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos no Anexo I pelo respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH.

Hospital dia	Atendimentos/mês
Atendimento	274

Referência: Anexo I

23.2.8. O custeio da "**Quimioterapia**" foi estimado multiplicando a quantidade média de atendimentos realizados no período, acrescidos de 10% de projeção de aumento, pelo respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH.

Quimioterapia	Sessão/mês
Sessão	444

Referência: Anexo I

23.2.9. O custeio do "**Atendimento Ambulatorial**" foi estimado multiplicando o quantitativo descrito no Anexo I para cada um destes serviços, pelo respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH.

23.2.10. O quantitativo de cada serviço pode ser esquematizado da seguinte forma:

Atendimento Ambulatorial	Atendimentos/mês
Consulta Médica - exceto oncologia	2.800
Consulta Médica - oncologia	1.200
Consulta Multiprofissional	3.400
Total	7.400

Referência: Anexo I

23.2.11. O custeio das "**Cirurgias**" foi estimado com o seguinte cálculo: nº de saídas cirúrgicas x tempo médio operatório x custo unitário da hora cirúrgica.

23.2.12. A quantidade de cirurgias eletivas foi estimada de acordo com o estabelecido no Anexo I. As demaís cirurgias, correspondem à diferença entre saídas cirúrgicas e a meta de cirurgias eletivas.

Foi estabelecido o tempo médio de 2,0 para cirurgias de alto giro e oncológicas, 3,0 para cirurgias de média ou alta complexidade e 5,0 para cirurgias de alto custo. Para as demais cirurgias foi estabelecido o tempo médio cirúrgico da Unidade (1,7h), obtido pela divisão da média de horas cirúrgicas produzidas no período de junho/2024 a maio/2025 (1152h44min) pelo número médio de cirurgias no período (675 cirurgias/mês), conforme dados extraídos do relatório Demonstração dos Custos Unitários dos Centros Cirúrgicos, do sistema KPIH.

23.2.13. O custeio dos "**Partos cesarianos**" foi estimado multiplicando o número de partos cesarianos x tempo médio operatório x custo unitário da hora cirúrgica, sendo estimado o tempo de 1,4h por parto cesariano.

23.2.14. O custeio dos "**Partos naturais**" foi estimado multiplicando o número de partos pelo respectivo custo unitário do parto. O quantitativo foi estimado pela média de partos naturais realizados na unidade.

23.2.15. O quantitativo de cirurgias e partos podem ser esquematizados da seguinte forma:

Cirurgias e partos	Horas	Cirurgias	Total de horas
Cirurgias eletivas de alto giro	2,0	60	120,0
Cirurgias eletivas média ou alta complexidade (sem alto custo)	3,0	150	450,0
Cirurgias eletivas hosp. alto custo	5,0	18	90,0
Cirurgias oncológicas	2,0	86	172,0
Demais cirurgias	1,7	454	771,8
Partos - cesarianos	1,4	68	95,2
Partos - normais	-	42	0,0
Total		878	1.699,0

Referência: Anexo I

23.2.16. O custeio do "**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**" para atendimento interno foi estimado multiplicando o quantitativo estimado de exames pelo seu respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH

23.2.17. O quantitativo de cada SADT interno foi estimado a partir da média histórica de produção da Unidade no período de 12 meses, acrescido das variações de incremento dos atendimentos e da quantidade prevista para as OCIs estimadas no Anexo I.

23.2.18. O quantitativo pode ser esquematizado da seguinte forma:

SADT Interno	Quantidade
Agência Transfusional	354
Análises Clínicas	31.174
Anatomia Patológica	512
Broncoscopia	10
Colonoscopia	89
CPRE	10
Ecocardiograma	194
Ecodoppler	409
Eletrocardiograma	649
Eletroencefalograma	41

Endoscopia	153
Holter	16
Mamografia	98
Mapa	19
Radiografia com e sem contraste	3.500
Ressonância Magnética	586
Teste Ergométrico	96
Tomografia Computadorizada	2.026
Ultrassonografia	561
Fisioterapia	9.275
Fonoaudiologia	468
Hemodiálise	87
Psicologia	1.448
Total	51.775

Referência: Relatório de Produção KPIH (junho/2024 a maio/2025)

23.2.19. O custeio do "**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**" para atendimento externo, foi estimado multiplicando o quantitativo de procedimentos pelo seu respectivo custo unitário.

23.2.19.1. O quantitativo de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico Externo esperado foi estimada conforme quantitativo descrito no Anexo I e os custos unitários extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH.

23.2.19.2. O quantitativo pode ser esquematizado da seguinte forma:

SADT Externo	Quantidade
Análises Clínicas	150
Anatomia Patológica	0
Broncoscopia	5
Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	80
CPRE	5
Ecocardiograma	150
Ecodoppler	20
Eletrocardiograma	5
Eletroencefalograma com e sem estímulo	15
Endoscopia	105
Holter	40
Mamografia	50
Mapa	30
Radiografia com e sem contraste	10
Ressonância Magnética com e sem contraste	500

Teste ergométrico	20
Tomografia Computadorizada/Angiotomografia	350
Ultrassonografia	150
Total	1.685

Referência: Anexo I

23.3. O custeio do "**Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)**" foi estimado multiplicando o quantitativo de vacinas esperadas, pelo seu respectivo custo unitário extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos. Trata-se de serviço novo a ser implantado na Unidade, onde foi utilizado o quantitativo previsto no aditivo anterior.

CRIE	Quantidade
Vacinas	1.387

Referência: Anexo I

23.4. O custeio do "**Escritório de Gestão de Alta**" foi estimado multiplicando a quantidade de leitos pelo custo da diária de um atendimento de pronto socorro sem mat/med e sem honorários médicos, multiplicado por 30,4 dias, extraído do Relatório Painel Comparativo de Custos, retirado do sistema Key Performance Indicators for Health - KPIH da própria unidade.

Escritório de gestão de alta	Atendimentos/mês
Leitos	2

Referência: Anexo I

23.5. Contas de Custos

23.5.1. Os salários e encargos sociais dos servidores estatutários, pagos diretamente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** aos servidores, foram excluídos dos custos unitários dos serviços/procedimentos. Os valores referentes à folha de pagamento dos servidores cedidos à Unidade serão informados mensalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

23.5.2. Ressaltamos que na composição dos custos unitários dos serviços/procedimentos estão incluídos todos os gastos necessários para o gerenciamento do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)**, incluindo as despesas com futuras rescisões trabalhistas que deverão ser provisionadas mensalmente pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

23.5.3. Assim, todos os gastos relacionados nas contas de custos abaixo, de modo exemplificativo e não exaustivo, estão incorporados por absorção no valor do custo unitário dos serviços/procedimentos contido na Planilha de Custeio:

Quadro I

Contas de Custos	
Custos Diretos	
Pessoal Não Médico	Salários e Ordenados Não Médicos - CLT
	Benefícios Não Médicos - CLT
	Encargos Sociais Não Médicos - CLT
	Provisões Não Médicos - CLT
	Salários e Ordenados Diretoria - CLT
	Benefícios Diretoria - CLT
	Encargos Sociais Diretoria - CLT
	Provisões Diretoria - CLT
	Outros Custos com Pessoal Não Médico
	Salários e Ordenados Médicos - CLT

Pessoal Médico	Benefícios Médicos - CLT
	Encargos Sociais Médicos - CLT
	Provisões Médicos - CLT
	Outros Custos com Pessoal Médico
Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	Medicamentos
	Materiais de Uso Laboratorial
	Materiais Médicos Hospitalares e Odontológicos
	Materiais de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
	Outros Materiais e Medicamentos de uso no Paciente
Materiais de Consumo Geral	Combustíveis e Lubrificantes
	Gases Industriais
	Gêneros Alimentícios
	Materiais de E.P.I.
	Materiais de Escritório, Impressos e de Informática
	Peças e Materiais de Manutenção - Equipamentos
	Peças e Materiais de Manutenção - Predial
	Uniformes e Enxovais
	Peças e Materiais de Manutenção - Equipamentos Engenharia Clínica
	Outros Materiais de Consumo Geral
Prestação de Serviços	Serviços de Lavanderia
	Serviço de Nutrição
	Serviços de Limpeza
	Serviços de Esterilização
	Serviços de Vigilância
	Serviços de Informática
	Serviço de Banco de Dados e Hospedagem em Nuvem
	Serviços de Manutenção de Engenharia Clínica
	Serviços Laboratoriais
	Serviços Diversos - PJ - Outros
	Serviços de Auditoria/Consultoria
	Serviços de Dedetização
	Serviços de Manutenção Predial
	Serviços de Manutenção de Ar Condicionado
	Serviços de Manutenção Elevador
	Serviços de Manutenção Gerador
	Serviços de Manutenção de Veículos
	Serviços de Coleta de Resíduos
	Serviços de Manutenção de Equipe. Eletromédicos
	Outras Prestações de Serviços
	Locação de Equipamentos de Informática / Impressora
	Locação de Bens Móveis e Equipamentos
	Locação de Veículos

Gerais	Marketing, Propaganda, Publicidade e Anúncios
	Seguros (veículos/fiança/equipamentos)
	Telefonia Fixa
	Internet / Comunicação
	Outros Custos Gerais
Custos Indiretos	
Gerais	Água e Esgoto
	Energia Elétrica
	Impostos, Taxas, Contribuições e Desp. Legais
	Seguro Predial
	Outros Custos Gerais

23.5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá gerir a Unidade de Saúde de acordo com o orçamento estimado, buscando sempre a eficiência do gasto público.

24. VALOR MENSAL ESTIMADO

24.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços e quantitativos projetados, o **custeio estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)**, é de **R\$19.411.133,38 (dezenove milhões, quatrocentos e onze mil cento e trinta e três reais e trinta e oito centavos)**.

24.2. Para melhor elucidação dos valores encontrados, apresenta-se a tabela abaixo, e observações específicas estão no rodapé da matriz.

HOSPITAL: HCN					Valores referentes a 06.2024 a 05.2025 - extraídos em 09.09.2025					
Descrição dos Serviços (c/HM e c/ Mat/Med)		Critério	Quantidade Projetada			P25	P50	P75	Amostra	Custo total
1. INTERNAÇÃO			Leitos	Ocupação	Quantidade					
1.1	Clínica Cirúrgica Adulto	Paciente-dia	60	90%	1.643	864,08	1.009,63	1.491,20	55	1.658.822,09
1.2	Clínica Médica Adulto	Paciente-dia	48	90%	1.314	864,08	1.009,63	1.491,20	55	1.326.653,82
1.3	Clínica Cirúrgica Ortopédica	Paciente-dia	30	90%	822	864,08	1.009,63	1.491,20	55	829.915,86
1.4	Clínica Obstétrica	Paciente-dia	30	85%	776	858,25	1.110,22	1.461,96	47	861.530,72
1.5	Clínica Médica Oncológica	Paciente-dia	12	85%	311	719,00	1.113,65	1.900,43	7	346.345,15
1.6	Clínica Cirúrgica Oncológica	Paciente-dia	18	85%	466	719,00	1.113,65	1.900,43	7	518.960,90
1.7	Clínica Pediátrica	Paciente-dia	12	85%	311	1.051,29	1.401,43	2.040,82	45	435.844,73
1.8	Clíica Psiquiátrica (Saúde Mental)	Paciente-dia	12	85%	311	906,54	1.072,30	1.329,25	22	333.485,30
			222		5.954					6.311.558,57
1.9	UTI Adulto	Paciente-dia	30	90%	821	2.218,92	2.550,30	3.072,17	89	2.093.796,30
1.10	UTI Neonatal	Paciente-dia	10	90%	274	2.405,68	2.910,38	3.322,60	33	797.444,12
1.11	UTI Pediátrica	Paciente-dia	10	90%	274	2.944,91	3.364,47	4.130,72	39	921.864,78
1.12	UCIN	Paciente-dia	5	80%	122	925,25	1.089,49	1.595,23	23	132.917,78
			55		1.491					3.946.022,98
2. EMERGENCIA			Quantidade							
2.1	Pronto Atendimento (PA/PS)	Atendimento	2.496			216,30	334,22	675,11	60	834.213,12
3. CIRURGIAS E PARTOS			Qtde	Tempo (h)	Total de Horas					
3.1	Cirurgias eletivas de alto giro	Horas Cirúrgicas	60	2,0	120,0	1.847,50	2.301,76	3.183,21	90	276.211,20
3.2	Cirurgias eletivas média ou alta complexidade (sem alto custo)	Horas Cirúrgicas	150	3,0	450,0	1.847,50	2.301,76	3.183,21	90	1.035.792,00
3.3	Cirurgias eletivas hosp. alto custo	Horas Cirúrgicas	18	5,0	90,0	1.847,50	2.301,76	3.183,21	90	286.488,90
3.4	Cirurgias oncológicas	Horas Cirúrgicas	86	2,0	172,0	1.847,50	2.301,76	3.183,21	90	395.902,72
3.5	Demais cirurgias	Horas Cirúrgicas	454	1,7	771,8	1.847,50	2.301,76	3.183,21	90	1.776.498,37
3.6	Partos - cesarianos	Horas Cirúrgicas	68	1,4	95,2	1.027,76	1.498,68	2.175,49	15	142.674,34
3.7	Partos - normais	Parto	42	-	0	3.345,59	4.391,74	5.628,72	22	184.453,08
			878		1.699,0					4.098.020,61
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL			Quantidade							
4.1	Consulta Médica - exceto oncologia	Consulta	2.800			99,67	143,50	195,46	81	401.800,00
4.2	Consulta Médica - oncologia	Consulta	1.200			99,67	143,50	195,46	81	234.552,00
4.3	Consulta Multiprofissional	Consulta	3.400			41,47	66,38	122,06	47	225.692,00
			7.400							862.044,00
5. HOSPITAL DIA			Poltronas	Quantidade						
5.1	Leito Dia	Atendimento	6	274		247,79	352,93	795,58	18	96.702,82
6. QUIMIOTERAPIA			Quantidade							
6.1	Quimioterapia	Sessão	444			626,87	993,36	1.877,82	22	441.051,84
7. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO			Quantidade							
7.1	Agência Transfusional	Bolsa transfundida	354			284,32	426,82	618,94	36	151.094,28
7.2	Análises Clínicas	Exame	31.174			7,72	10,47	15,19	69	326.391,78
7.3	Anatomia Patológica	Exame	512			54,37	94,64	183,01	45	48.455,68
7.4	Broncoscopia	Exame	10			1.240,92	1.899,70	2.261,73	3	18.997,00
7.5	Colonoscopia	Exame	89			584,53	609,56	994,18	7	54.250,84
7.6	CPRE	Procedimento	10			2.357,96	2.998,02	4.355,78	-	29.980,20
7.7	Ecocardiograma	Exame	194			132,13	181,04	264,44	61	35.121,76
7.8	Ecodoppler	Exame	409			166,36	203,80	253,06	10	83.354,20
7.9	Eletrocardiograma	Exame	649			28,49	42,83	55,16	38	27.796,67
7.10	Eletroencefalograma	Exame	41			212,08	372,82	615,16	18	15.285,62

7.11	Endoscopia	Exame	153	510,46	696,26	1.172,57	22	106.527,78
7.12	Holter	Exame	16	152,90	180,55	266,12	16	2.888,80
7.13	Mamografia	Exame	98	92,05	116,24	137,09	24	11.391,52
7.14	Mapa	Exame	19	109,79	182,29	236,51	12	3.463,51
7.15	Radiografia com e sem contraste	Exame	3.500	54,55	74,01	97,91	83	259.035,00
7.16	Ressonância Magnética	Exame	586	255,78	405,50	513,32	38	237.623,00
7.17	Teste Ergométrico	Exame	96	143,84	189,23	284,83	11	18.166,08
7.18	Tomografia Computadorizada	Exame	2.026	124,28	167,40	218,64	67	339.152,40
7.19	Ultrassonografia	Exame	561	80,68	108,49	157,97	82	60.862,89
7.20	Fisioterapia	Sessão	9.275	24,26	33,11	46,59	50	307.095,25
7.21	Fonoaudiologia	Sessão	468	37,74	58,02	86,19	61	27.153,36
7.22	Hemodiálise	Sessão	87	409,08	594,43	927,82	53	51.715,41
7.23	Psicologia	Sessão	1.448	39,62	51,44	74,47	55	74.485,12
			51.775					2.290.288,15
8. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO			Quantidade					
8.1	Análises Clínicas	Exame	150	7,72	10,47	15,19	69	1.570,50
8.2	Broncoscopia	Exame	5	1.240,92	1.899,70	2.261,73	3	9.498,50
8.3	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	Exame	80	584,53	609,56	994,18	7	48.764,80
8.4	CPRE	Procedimento	5	2.357,96	2.998,02	4.355,78	-	14.990,10
8.5	Ecocardiograma	Exame	150	132,13	181,04	264,44	61	27.156,00
8.6	Ecodoppler	Exame	20	166,36	203,80	253,06	10	4.076,00
8.7	Eletrocardiograma	Exame	5	28,49	42,83	55,16	38	214,15
8.8	Eletroencefalograma com e sem estímulo	Exame	15	212,08	372,82	615,16	18	5.592,30
8.9	Endoscopia	Exame	105	510,46	696,26	1.172,57	22	73.107,30
8.10	Holter	Exame	40	152,90	180,55	266,12	16	7.222,00
8.11	Mamografia	Exame	50	92,05	116,24	137,09	24	5.812,00
8.12	Mapa	Exame	30	109,79	182,29	236,51	12	5.468,70
8.13	Radiografia com e sem contraste	Exame	10	54,55	74,01	97,91	83	740,10
8.14	Ressonância Magnética com e sem contraste	Exame	500	255,78	405,50	513,32	38	202.750,00
8.15	Teste ergométrico	Exame	20	143,84	189,23	284,83	11	3.784,60
8.16	Tomografia Computadorizada/Angiotomografia	Exame	350	124,28	167,40	218,64	67	58.590,00
8.17	Ultrassonografia	Exame	150	80,68	108,49	157,97	82	16.273,50
			1.685					485.610,55
9. CRIE								
9.1	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	Vacinas	1.387	25,22	74,09	139,76	7	34.980,14
10. ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA								
10.1	Escritório de gestão de alta	Leitos	2	4.000,64	5.320,30	10.045,98	-	10.640,60
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO								19.411.133,38
1.6 e 1.7 - Clínica Médica Oncológica e Clínica Cirúrgica Oncológica - Valores extraídos do Painel Comparativo de custos Hosp. Estadual de Itumbiara São Marcos (06.2024 a 05.2025).								
1.13 - UCIN - Valor extraído do Pacientes-Dia Cuidados Intermediários Neonatal - Painel Comparativo de custos HEMU (06.2024 a 05.2025).								
3.7 - Partos normais - Valor extraído do Painel Comparativo de custos HEF (06.2024 a 05.2025).								
4.2 - Consulta Médica (oncologia) - Utilizado valor do P75 Consulta Médica.								
7.4 e 8.3 - Broncoscopia - Valor extraído do Painel Comparativo de custos HDT (06.2024 a 05.2025).								
7.6 e 8.5 - CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) - Correspondente ao valor da endoscopia + hora cirúrgica. Exame realizado em centro cirúrgico.								
9.1 - CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais) - Valor extraído do Painel Comparativo de custos HEMU (06.2024 a 05.2025).								
10.1 - Escritório de gestão de alta - Valor inerente ao custo unitário do atendimento de PA/PS sem mat/med e sem honorários multiplicado por 30,4 dias - Painel Comparativo de custos - HCN (06.2024 a 05.2025).								

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE - SES/GEC - 21282

25. REGRAS E CRONOGRAMA DE REPASSE

25.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

25.1.1. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN) da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde - SPAIS elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG.

25.1.2. Para o funcionamento do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)** foram considerados as seguintes linhas de serviços, para definição das metas de produção:

25.1.2.1. Internação

- a) Clínica médica;
- b) Clínica Oncológica;
- c) Clínica Pediátrica;
- d) Clínica Cirúrgica Ortopédica;
- e) Clínica Cirúrgica Oncológica;
- f) Clínica Cirúrgica Especialidades;
- g) Clínica Obstétrica;
- h) Clínica de Saúde Mental.

25.1.2.2. Atendimento Ambulatorial

- a) Consulta médica na atenção especializada;
- b) Consulta médica oncológica;
- c) Consulta multiprofissional.

25.1.2.3. **Cirurgias eletivas**

- a) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;
- b) Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo);
- c) Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME);
- d) Cirurgia oncológica.

25.1.2.4. **Hospital dia**

25.1.2.5. **SADT Externo**

- a) Análises Clínicas;
- b) Broncoscopia;
- c) Colonoscopia/Retosigmoidoscopia;
- d) CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica);
- e) Ecocardiograma;
- f) Ecodoppler;
- g) Eletrocardiograma;
- h) Eletroencefalograma;
- i) Endoscopia;
- j) Holter;
- k) Mamografia;
- l) MAPA;
- m) Radiografia;
- n) Ressonância Magnética;
- o) Teste ergométrico;
- p) Tomografia computadorizada/ Angiotomografia;
- q) Ultrassonografia.

25.1.3. As diárias de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais); Atendimentos de emergência; Demais cirurgias e partos; Quimioterapia; SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) para atendimento interno; CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais) e Escritório de gestão de alta, não compõem as Linhas de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar, Sistema de Gestão de Custos e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

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

26. **SISTEMA DE REPASSE**

26.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)** varia conforme fases.

26.2. Do valor mensal, **90% (noventa por cento)**, está vinculado à avaliação dos **Indicadores de Produção** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo. Esse valor divide-se em linhas de serviços que compõe a meta e linhas de serviços que não compõe a meta.

26.3. Do valor constante no Item anterior, 70% corresponde à parte fixa de custeio e 30% corresponde à parte variável, vinculada aos indicadores de produção.

26.4. Do valor mensal, **10% (dez por cento)**, está vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

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

Tabela I - Distribuição percentual da meta de produção e indicador de desempenho

Custeio mensal estimado	Meta de Produção	Indicadores de desempenho
100% do custeio	90% do custeio	10% do custeio
19.411.133,38	17.470.020,04	1.941.113,34

26.6. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de contratação das atividades assistenciais) e metas de Indicadores de Desempenho, assim, os percentuais de repasse serão de acordo com as tabelas abaixo:

Tabela II - Distribuição percentual para efeito de desconto financeiro dos indicadores de produção

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO: 90% DO VALOR MENSAL		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO: METAS DE PRODUÇÃO		PORCENTAGEM (%)
Metas	Saídas Hospitalares (Enfermarias)	64,74%
	Cirurgias eletivas e oncológicas	20,45%
	Atendimento ambulatorial	8,84%
	Hospital-dia	0,99%
	SADT Externo	4,98%
Total		100,00%

Tabela III - Distribuição percentual para efeito de desconto financeiro dos indicadores de desempenho

DISTRIBUIÇÃO DO VALOR PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DAS METAS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO: 10% DO VALOR MENSAL		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO: DESEMPENHO	VALOR (R\$)	REPRESENTAÇÃO DA META (%)
Desempenho	1.941.113,34	100,00%

26.7. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas nos itens 25.1.2 e 25.1.3, deste Anexo V, distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio.

26.8. A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contratos de Gestão.

26.9. O Sistema Integrado das Unidades de Saúde - SIGUS disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

26.10. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor no mês ou meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.

26.11. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados no mês ou meses subsequentes à análise dos indicadores.**

26.12. 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 do Termo Aditivo ao Contratos de Gestão, acordada entre as partes, nas respectivas reuniões de Monitoramento e Avaliação.

26.13. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

26.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

26.15. O **PARCEIRO PÚBLICO** informará mensalmente, ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores referente aos proventos e encargos sociais dos **servidores estatutários** cedidos, caso houver.

26.15.1. O **PARCEIRO PRIVADO** registrará mensalmente no sistema de gestão de custos o valor da folha e encargos sociais dos servidores estatutários cedidos, como **despesa e receita**, conforme apurado mensalmente, caso houver, tendo em vista que a metodologia de precificação excluiu dos cálculos o custo com mão de obra estatutária e considerando que no Anexo III a informação do quantitativo de servidores cedidos e valores serem estimados.

26.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** informará mensalmente, ao **PARCEIRO PRIVADO**, o valor das **bolsas de residências** e encargos sociais pagas pela SES e MS diretamente aos residentes, caso houver.

26.16.1. O **PARCEIRO PRIVADO** registrará mensalmente no sistema de gestão de custos o valor das **bolsas de residências** e encargos sociais pagas pela SES e MS diretamente aos residentes como **despesa e receita**, conforme apurado mensalmente, caso houver.

26.16.2. O valor das **gratificações dos preceptores** COREME e COREMU recebido pelo **PARCEIRO PRIVADO** para pagamento dos preceptores CELETISTAS deverá ser **registrado mensalmente no sistema de gestão de custos** como **receita**, conforme apurado mensalmente, e somado ao valor recebido do programa de residência, caso houver.

26.16.3. O valor do **custeio diverso** COREME e COREMU recebidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** para custear as despesas com o programa de residência, deverá ser **registrado mensalmente no sistema de gestão de custos** como **receita**, conforme apurado mensalmente, e somado ao valor recebido do programa de residência, caso houver.

26.17. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos, pontualmente, de todos os gastos da unidade de saúde gerida.

26.18. É de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** a apuração e o lançamento dos dados no sistema de gestão de custos, dentro do prazo estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

27. CRITÉRIOS DE REPASSE

27.1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - 90% DO CONTRATO DE GESTÃO

27.1.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **em regra, trimestralmente, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde**.

27.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na *Tabela IV - Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado*, para o gerenciamento do **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)**.

27.1.3. 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 IV a seguir apresentada:

Tabela IV - Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)

Modalidade de Contratação	Atividade Realizada	Valor a pagar
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das saídas hospitalares
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das saídas hospitalares

Saídas hospitalares (enfermarias)	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às saídas hospitalares
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado às saídas hospitalares
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados às saídas hospitalares
Cirurgias eletivas e oncológicas	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias eletivas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias eletivas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às cirurgias eletivas
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado às cirurgias eletivas
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado às cirurgias eletivas
Atendimento ambulatorial	Acima do volume contratado	100% do peso percentual do atendimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual do atendimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial
Hospital-dia	Acima do volume contratado	100% do peso percentual do hospital dia
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual do hospital dia
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado ao hospital dia
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado ao hospital dia
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado ao hospital dia
SADT Externo	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de SADT Externo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de SADT Externo
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames de SADT Externo
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos exames de SADT Externo
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinados aos exames de SADT Externo

27.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DO CONTRATO DE GESTÃO

27.2.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – **Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser

pago.

27.2.2. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **em regra, trimestralmente, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

27.2.3. Os **Indicadores de Desempenho** a serem monitorados na Unidade de Saúde e percentuais de metas foram estabelecidos no Anexo Técnico I e relacionados na Tabela V abaixo:

Tabela V - Relação de Indicadores de desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 90 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 13
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Índice de Giro de Leitos Institucional	≥ 5
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 7%
Percentual de Cirurgias Eletivas em Lista de Espera com Tempo Máximo Aceitável para Tratamento (TMAT) Expirado (↓)	<20%
Percentual de partos cesáreos (↓) Redução anual em 10% do percentual de cesariana até atingir o percentual ≤35%	≤ 35%
Percentual de parto cesáreas nos grupos 1 e 3 de Robson*	≤ 15%
Percentual de parto cesáreas no grupo 8 de Robson (↓)*	≤ 60%
Percentual de parto cesáreo nos grupos 10 de Robson (↓)*	≤ 40%
Proporção de Recém-nascidos com todas as triagens neonatais realizadas (↑)*	≥ 95%
Percentual de recém-nascidos de baixo risco que receberam fórmula infantil após o nascimento (↓)*	≤5%
Percentual de Recém-Nascidos que receberam alta da unidade neonatal em Aleitamento Materno Exclusivo (↑)*	≥60%
Índice de Lesões por Extravasamento de Quimioterapia	< 5%
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 72 horas	≥ 70%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%
Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 1 %
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 85%

27.2.4. Cada indicador de Desempenho descrito na tabela acima terá avaliada a sua performance calculando-se o Percentual de Cumprimento de Meta (PCM) de acordo com o Valor Atingido (VA) no período dividido pelo Valor da Meta (VM) estabelecida.

27.2.5. Para o indicador com polaridade positiva, ou seja, quanto **maior** o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = \frac{VA \times 100}{VM}$$

Onde:

PCM= Percentual de Cumprimento da Meta;

VA= Valor Atingido;

VM= Valor da Meta.

27.3. Para o indicador com polaridade negativa, ou seja, quanto **menor** o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = \{1 - [(VA - VM) / VM]\} \times 100$$

27.4. Uma vez calculado e encontrado o Percentual de Cumprimento de Meta (PCM) para cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela VI a seguir.

Tabela VI - Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,01% até 100,00%	10
80,01% até 90,00%	9
70,01% até 80,00%	8
60,01% até 70,00%	7
0,00% até 60,00%	6

27.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\text{Pontuação global} = \text{Somatória (nota de cada indicador)} / \text{Quantidade de indicadores}$$

27.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global atingida, respeitando-se os percentuais estabelecidos na Tabela VII a seguir:

Tabela VII - Pontuação global

Valor a receber do desempenho	
10 pontos	100%
9,01 a 10 pontos	100%
8,01 A 9 pontos	90%
7,01 A 8 pontos	80%
6 a 7 pontos	70%

27.7. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** em seu site eletrônico, para análise por meio de *link (gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

27.8. A Organização Social de Saúde deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal nº 12.527/11 e Estadual nº 18.025/13, à Resolução Normativa nº 9/2024 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e à Instrução Normativa nº 1/2019 da Controladoria-Geral do Estado de Goiás.

27.9. Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.

27.10. É esse, portanto, o sistema de repasse para o **Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN)** definido pela SES-GO.

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde / Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas / Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV - Estimativa de Custeio e V - Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos / Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.



Documento assinado eletronicamente por **ANDRÉ FONSECA LEME, Usuário Externo**, em 29/11/2025, às 14:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 29/11/2025, às 14:56, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **83152432** e o código CRC **BA207E14**.

GERÊNCIA DE MODELAGEM RUA SC-01 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-3726.		
--	--	--



Referência: Processo nº 202500010076480



SEI 83152432