



**9º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018 CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE SANTA CATARINA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO IDEAS, COM A INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de Santa Catarina, pela sua **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - ÓRGÃO SUPERVISOR**, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, **Aldo Baptista Neto**, e a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO DESENVOLVIMENTO ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IDEAS**, denominada **EXECUTORA**, neste ato representada pelo seu Diretor-Executivo, **Sandro Natalino Demétrio**, com interveniência da **SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO - INTERVENIENTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Administração, **Jorge Eduardo Tasca**, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018, com fundamento na Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004 e alterações posteriores, e no Decreto Estadual nº 4.272, de 28 de abril de 2006, e demais disposições legais aplicáveis, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem, conforme **SES 2088/2022**:

**CLÁUSULA PRIMEIRA  
DO OBJETO**

O presente Termo Aditivo tem por objeto a repactuação das metas assistenciais e indicadores de qualidade, alterando os Anexos Técnicos I, II e III, do 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 03/2018, firmado com o Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, para gerenciamento dos serviços de saúde no Hospital Materno Infantil Santa Catarina.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

As adequações das metas e indicadores de qualidade **não** resultarão em alteração financeira, mantendo-se dessa forma, o custeio mensal atual.



### CLÁUSULA TERCEIRA

Fica acrescido ao **item 2.1** da Cláusula Segunda – Das Obrigações das partes, o subitem:

**2.1.71** No que se refere às Atividades Educacionais e Pesquisa, a Executora poderá desenvolver programas de Estágio Supervisionado Curricular Obrigatório, regulamentado por Termo de Cooperação Técnica, que firmado com a SES, estará sob a gestão do Núcleo de Estágios da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

### CLÁUSULA QUARTA

Ficam mantidas e inalteradas as demais cláusulas e condições do Contrato de Gestão nº 003/2018 ora aditado e respectivos Termos Aditivos.

E, por estarem assim, justos e acordados, firmam os partícipes o presente Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 003/2018, na presença das testemunhas abaixo.

Florianópolis, (data da assinatura digital).

*(assinado digitalmente)*

**Aldo Baptista Neto**

Secretário de Estado da Saúde

*(assinado digitalmente)*

**Jorge Eduardo Tasca**

Secretário de Estado da Administração

*(assinado digitalmente)*

**Sandro Natalino Demétrio**

Diretor Executivo da Organização Social Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde -  
IDEAS

**Testemunhas:**

*(assinado digitalmente)*

Nome: **Cesar Augusto de Magalhães**

CPF: 476.696.830-15

*(assinado digitalmente)*

Nome: **Famarion da Silva Lucas**

CPF: 658.498.760-49



## ANEXO TÉCNICO I – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

### I – DAS CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

1.1 As adequações previstas nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo passarão a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022.

1.2 A **Executora** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, ambulatorial, ou outros).

1.3 O Serviço de Admissão da **Executora** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

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

1.5 Em caso de hospitalização, a Executora fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, encaminhar, por meio da Central de Regulação do Estado e/ou do Município, aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a Executora, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde, bem como na hipótese de leito vago, fica obrigada a informar a Central de Regulação Estadual e/ou Macrorregional de Internações Hospitalares, para oferta de atendimento aos usuários do SUS no Estado.

1.6 O acesso ao Atendimento Ambulatorial e aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC).

1.7 O acompanhamento das atividades realizadas pela Executora serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Ministério da Saúde, bem como através de sistemas de informação, formulários e instrumentos para registro de dados de produção e gerenciais definidos pelo Órgão Supervisor.

1.8 A Contratada deverá manter os Serviços Habilitados e/ou de Referência já em funcionamento Hospital Materno Infantil Santa Catarina.

1.8.1 São considerados Serviços Habilitados àqueles que contêm Código de Habilitação pelo Ministério da Saúde.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**1.8.2** São considerados Serviços de Referência àqueles pactuados na gestão Estadual.

**1.9** A Contratada deverá manter observância às políticas nacional e estadual de referência de média e alta complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela SES/SC, sendo que na política de assistência ambulatorial e hospitalar a prestação de serviços será de média complexidade à população, prioritariamente, da região do sul do Estado, conforme abaixo:

- a) Prestação de serviços de urgência e emergência em pronto socorro;
- b) Prestação de serviços de internação em especialidades clínicas, cirúrgicas, obstétrica e pediátrica, no âmbito estadual, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência hospitalar de Santa Catarina, nas especialidades listadas neste Contrato de Gestão;
- c) Prestação de serviços ambulatoriais nas especialidades listadas de acordo as especialidades listas neste Contrato de Gestão;
- d) Prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Interno e Externo, nas especialidades clínicas, cirúrgicas, obstétrica, pediátrica e neonatal, de acordo com este Contrato de Gestão, bem como para suprir às necessidades dos Serviços Habilitados e/ou Cadastrados listados no item 1.8, entre outras que se fizerem necessárias.

**1.10** A prestação dos serviços deverá contemplar o diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos aos usuários do Sistema Único de Saúde, devendo o projeto definir, de forma pormenorizada, todos os serviços e equipamentos inerentes que deverão ser disponibilizados.

**1.11** Na política de referência em Média Complexidade ambulatorial e hospitalar, deverá manter o credenciamento junto ao Ministério da Saúde (MS) para prestação do atendimento nos serviços com credenciamento vigente e proceder ao credenciamento de outros, inclusive em Alta Complexidade, que se fizerem necessários de acordo com a necessidade da rede de referência assistencial no Estado de Santa Catarina.

**1.12** A cobertura populacional para as referências de atendimento segue à PPI da Assistência, bem como aos Planos Estaduais estruturantes, aprovados ou em aprovação, devendo ser consideradas, ainda, as repactuações com as alterações das referências e suas respectivas repercussões financeiras.

**1.13** Para os serviços oferecidos, deverão ser obedecidos os critérios de atendimento de 100% (cem por cento) da população usuária do SUS, conforme PPI da Assistência e parâmetros definidos no Contrato de Gestão.



## **II – ESTRUTURA DAS ATIVIDADES CONTRATADAS**

2. As metas propostas englobam os procedimentos executados pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina, devidamente processados no DATASUS, bem como dos que não são possíveis de apresentação junto ao DATASUS dos pacientes atendidos pela Rede Ambulatorial e Hospitalar do Estado de Santa Catarina.

### **3. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

3.1 O HOSPITAL deverá realizar atendimentos de urgência e emergência, 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não programados que ocorram de forma referenciada e espontânea, em clínica médica (tratamento clínico durante a gestação, parto e puerpério), cirurgia geral, pediatria e gineco-obstetrícia, com funcionamento do centro cirúrgico e anestesiologia presencial, apoio diagnóstico e terapêutico e nas demais especialidades médicas de neuropediatria e cirurgia pediátrica, em regime de sobreaviso.

3.2 Deverão estar disponibilizados leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência e emergência, por período de até 24 horas.

3.2.1 Se a assistência prestada em regime de urgência e emergência no Hospital der origem à internação do usuário, não se registrará como atendimento de urgência, mas como internação hospitalar;

3.2.2 Se, em consequência do atendimento de urgência e emergência no Hospital, o usuário é colocado em regime de observação (leitos de observação) por um período menor que 24 horas, não ocorrendo internação ao final desse período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de internação (AIH).

3.3 Deverá manter a porta hospitalar de urgência e emergência, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) e diretrizes da SES/SC), por meio do Acolhimento com Classificação de Risco, utilizando protocolo que tenha validação científica, priorizando o atendimento por gravidade do caso conforme protocolo pré-estabelecido, e não por ordem de chegada.

3.4 O Hospital disponibilizará atendimentos de urgência e emergência de acordo com o disposto no item 3.1, distribuídas em blocos de atendimento:

<b>ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>
Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada



Atendimento de Urgência em Atenção Especializada
--

Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória
--

#### **4. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

**4.1** A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos em saúde oferecidos ao usuário desde sua admissão no Hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

**4.2** No processo de hospitalização estão incluídos:

- a) Assistência por equipe médica especializada;
- b) Assistência por equipes de enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, ou outra equipe de apoio técnico, em situação de excepcionalidade, que se fizer necessária;
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- e) Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas;
- f) Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital;
- g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação, nos limites da capacidade instalada;
- h) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado, ou individual quando necessário devido às condições especiais do usuário, e/ou quarto de isolamento;
- i) Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- j) Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- k) Serviço de Hemoterapia para disponibilização de hemoderivados;
- l) Assistência no processo de Amamentação e disponibilização de leite humano, viabilizada por meio do Banco de Leite existente no hospital;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- m) Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- n) Alimentação, incluída a assistência nutricional, alimentação parenteral e enteral para pacientes e acompanhantes de mulheres em período de trabalho de parto, parto, pós-parto imediato; idosas que realizaram cirurgias eletivas e crianças;
- o) Fornecimento de roupas hospitalares;
- p) Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes (Lei nº. 10.741 de 01/10/2003).

**4.3** O Hospital disponibilizará internações hospitalares de acordo com a tabela a seguir, distribuídas em blocos de atendimento:

<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>
Clínica Cirúrgica
Clínica Médica
Clínica Obstétrica
Clínica Pediátrica

- 4.3.1** As saídas hospitalares relativas à Clínica Cirúrgica correspondem à alta dos pacientes provindos do centro cirúrgico do HMISC através das cirurgias eletivas, complicações pós-cirúrgicas, procedimentos realizados por meio do Método de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), curetagens, cirurgias de urgência em gestante, puérpera e pediátrica;
- 4.3.2** As saídas hospitalares relativas à Clínica Médica correspondem à Alta das pacientes em tratamento clínico no HMISC durante a gestação, parto e puerpério;
- 4.3.3** As saídas hospitalares relativas à Clínica Obstétrica correspondem à Alta das pacientes oriundas do centro obstétrico e centro cirúrgico que realizaram parto cesáreo, parto normal e parto cesáreo com laqueadura tubária;
- 4.3.4** As saídas hospitalares relativas à Clínica Pediátrica correspondem à Alta de pacientes oriundos da UCI, UTI e internação pediátrica, para tratamento clínico e pós-cirúrgico.

## **5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

**5.1** O Hospital disponibilizará consultas e procedimentos ambulatoriais nas especialidades abaixo elencadas para usuários egressos do próprio Hospital. Após pactuação com o Hospital, também poderão ser encaminhados pacientes pelas Centrais de Regulação do Estado e dos municípios da





**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

região do sul do Estado, em especialidades previamente definidas pelo Órgão Supervisor, com agendas ofertadas à Regulação, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

**5.2** O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar das 7h às 17h, no mínimo, de segunda à sexta-feira.

**5.3** O Atendimento Ambulatorial compreenderá as avaliações de:

- a) Primeira Consulta;
- b) Primeira Consulta de Egresso;
- c) Interconsulta;
- d) Consulta Subsequente;

**5.3.1** Entende-se por **Primeira Consulta** a avaliação inicial do paciente encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Básica, por meio das Centrais de Regulação do Estado e do Município, de acordo com as agendas ofertadas, após pactuação com o Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

**5.3.2** Entende-se por **Primeira Consulta de Egresso** a primeira avaliação do paciente encaminhado pelo próprio Hospital, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

**5.3.3** Entende-se por **Interconsulta**, a avaliação realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pelo próprio Hospital.

**5.4** Entende-se por **Consulta Subsequente**, todas as avaliações de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto da Primeira Consulta oferecida à Atenção Básica quanto às subsequentes da Primeira Consulta de Egresso e da Interconsulta.

**5.5** Serão consideradas as consultas médicas e as consultas por profissionais de nível superior não médico, nas áreas de: Bucomaxilofacial, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.

**5.5.1** Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia e Nutrição, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como Consultas Subsequentes, desde que devidamente registrados em prontuário.

**5.5.2** Atendimentos realizados pela Enfermagem **não serão considerados** no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informados conforme as normas definidas pela SES.

**5.6** Atendimentos realizados pelo Serviço Social **não serão consideradas** no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela SES.





**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**5.7** Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

**5.8** O Atendimento Ambulatorial realizado na Unidade deverá seguir as orientações da Deliberação nº 104, de 03 de maio de 2018, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na qual são definidos parâmetros para agendamento de retorno hospitalar e ambulatorial em Santa Catarina.

**5.9** Os quantitativos previstos para as Consultas Médicas e Não Médicas deverão ser distribuídos de forma que, pelo menos 50% de cada especialidade, seja destinado para 1º Consulta, sendo o restante garantido como Retorno.

**5.10** Os quantitativos destinados às 1ªs Consultas deverão ser regulados pela Central de Regulação do Estado, na sua integralidade.

**5.11** O Hospital disponibilizará atendimentos ambulatoriais de acordo com a tabela a seguir, distribuídas em blocos de atendimento:

<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	
<b>CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS</b>	Alergia e Imunologia Pediátrica
	Cardiologia Pediátrica
	Cirurgia Geral (pós cirúrgicos de urgência) Adulto e Pediátrica
	Cirurgia Ginecológica
	Cirurgia Pediátrica
	Dermatologia Pediátrica
	Endocrinologia Pediátrica
	Gastroenterologia Pediátrica
	Genética por meio de tele consulta
	Gestação de Alto Risco
	Ginecologia/Mastologia
	Infectologia Pediátrica
	Infertilidade
	Neonatologia



	Neurologia Clínica Pediátrica
	Oftalmologia Pediátrica
	Ortopedia Pediátrica
	Otorrino Pediatria
	Pneumologia Pediátrica
	Urologia Pediátrica
<b>CONSULTAS ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS</b>	Bucomaxilofacial
	Consulta Fonoaudiologia
	Consulta Psicológica
	Nutrição

## 6. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

**6.1** A Contratada deverá manter os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo por meio da disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, listados no item 6.7 deste Anexo, aos usuários atendidos no ambulatório, egressos do próprio Hospital ou provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado e do Município para os serviços previamente definidos após pactuação com o Hospital, no limite da capacidade operacional do SADT.

**6.2** O funcionamento do SADT Externo deverá ser programado para atender das 7h às 17h, no mínimo, de segunda à sexta-feira.

**6.3** A Contratada deverá manter os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Interno por meio da disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação do próprio Hospital.

**6.4** O funcionamento do SADT Interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.

**6.5** Os exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico internos **não serão considerados** no total de serviços do SADT, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informados conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

**6.6** Os quantitativos contratados para os Exames realizados por meio do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico deverão ser regulados pela Central de Regulação do Estado, na sua integralidade.

**6.7** O Hospital disponibilizará o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de acordo com a tabela a seguir:



SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO
Biopsia de Colo Uterino
Mamografia Bilateral para Rastreamento
Diagnóstico por Ultrassonografia (inclusive Ultrassonografia de Mamária Bilateral)
Histeroscopia Diagnóstica

### **III - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

7. Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, a Executora e/ou o Órgão Supervisor, se propuserem a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES/SC, bem como a exclusão de atividades existentes, conforme necessidade.

7.1 Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do Hospital, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado através de Termo Aditivo a este Contrato de Gestão.

### **IV - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS AO ÓRGÃO SUPERVISOR**

8. A **Executora** encaminhará ao **Órgão Supervisor** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por este determinado.

8.1 A **Executora** deverá prestar informações ao **Órgão Supervisor** por meio de relatórios e/ou sistema de informação disponibilizado pela SES, nos prazos e periodicidade estabelecidos no Contrato de Gestão.

8.2 São integrantes das informações que deverão ser encaminhadas ao **Órgão Supervisor** os seguintes itens:

- a) Metas de Produção, para fins de aferição dos Indicadores de Produção Assistencial do Contrato, com Planilhas de: Atendimento de Urgência e Emergência, Assistência Hospitalar, Atendimento Ambulatorial e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo;
- b) Indicadores de Qualidade, para fins de aferição dos Indicadores de Qualidade do Contrato, com Planilhas de: Pesquisa de Satisfação do Usuário, Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Indicador de Controle de Infecção Hospitalar e Indicador de



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Mortalidade Operatória;

- c) Planilha de Dimensionamento de Pessoal referente aos Recursos Humanos contratado pela Executora;
- d) Planilha de Informações Complementares sobre a Assistência Hospitalar;
- e) Planilha de Informações sobre a Farmácia Hospitalar;
- f) Planilha de Informações sobre Materiais Hospitalares;
- g) Planilha de Receitas e Despesas Mensais com informações financeiras do Hospital.

**8.3 A Executora** deverá seguir o seguinte cronograma de envio de planilhas com informações acerca da assistência e contábil-financeira do Hospital.

PLANILHA	DIA PARA ENVIO	DESTINO NA SES
Relatório de Avaliação de Execução - incluindo as Metas de Produção Assistencial, Indicadores de Qualidade, Atas das Comissões Hospitalares e documentos complementares.	Até o 20º dia do mês subsequente, mensalmente	GAEMC
Planilha de Supervisão e Acompanhamento da Execução do Contrato de Gestão - incluindo informações Assistenciais, de Qualidade, de Recursos Humanos, Complementares, de Farmácia, de Materiais e Financeira.		



## ANEXO TÉCNICO II - METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E INDICADORES DE QUALIDADE

### 1. METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

1.1. O HOSPITAL deverá informar mensalmente as Metas de Produção Assistencial (MPA), que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

1.1.1 As MPA devem ser enviadas em relatórios oficiais e em arquivo eletrônico, até o **20º (vigésimo) dia de cada mês** ao gestor estadual (SES).

1.1.2 São considerados como Metas de Produção, doravante identificados como MPA, os seguintes critérios:

MP I – Atendimento de Urgência e Emergência

MP II – Assistência Hospitalar

MP III – Atendimento Ambulatorial

MP IV – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo

1.2. Poderão ser reavaliadas e alteradas, semestralmente, as Metas de Produção Assistencial, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão. As Metas constantes da Proposta de Trabalho constituem obrigação contratual.

### 2. MP I – Atendimento de Urgência e Emergência

2.1 O Hospital deverá realizar Meta de Produção mensal de **3.550 (três mil, quinhentos e cinquenta) atendimentos/mês**, observando a variação  $\pm 15\%$ .

2.2 Para fins de aferição de meta serão considerados como Atendimentos de Urgência e Emergência os atendimentos referentes aos códigos 03.01.06.002-9 - Atendimento de Urgência C/ Observação até 24 Horas em Atenção Especializada<sup>1</sup> e 03.01.06.006-1 - Atendimento de

---

<sup>1</sup>Compreende o exame inicial e o acompanhamento ao paciente em situação de urgência. Neste caso o atendimento vai além consulta, pois o paciente permanece em observação por até no máximo 24 horas. Neste tempo pode ser administrado medicação conforme o quadro clínico do paciente, ou ainda podem ser realizados exames para esclarecimento diagnóstico. Até 24 horas o paciente pode ter condições de ser liberado e se ultrapassar as 24 horas ele deve ser internado ou transferido. (Fonte: SIGTAP. Disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301060029/05/2022>>. Acesso em 30.03.2022.)



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Urgência em Atenção Especializada<sup>2</sup>, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia do atendimento do paciente no Hospital.

**2.2.1** Todos os serviços prestados em decorrência dos Atendimentos em Atenção Especializada devem ser realizados pela Unidade normalmente e deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

**2.3** O Atendimento de Urgência e Emergência será realizado no serviço de urgência e emergência do Hospital, em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, do tipo Porta Aberta, ou seja, atendendo usuários encaminhados pela Central de Regulação de Urgências do SAMU, pelas Centrais de Regulação do Estado e dos municípios da região do Sul do Estado e os que chegarem de forma espontânea.

**2.4** Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado de urgência e emergência.

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

**2.4.2** Os serviços do SADT Interno deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

**2.5** A Unidade Hospitalar deverá desenvolver mecanismos de conscientização da população acerca do serviço prestado na Unidade, orientando nos casos em que o atendimento deve ser realizado pela Atenção Básica.

**2.6** A Unidade deverá manter em funcionamento os atendimentos abaixo relacionados distribuídos de acordo com a tabela a seguir:

<b>ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	<b>Meta Mês</b>
Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada	320
Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.200
Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30
<b>TOTAL</b>	<b>3.550</b>

<sup>2</sup> *Atendimento de urgência em atenção especializada consiste nas consultas médicas/odontológicas realizadas em unidades hospitalares ou em outros estabelecimentos de serviço de atendimento às urgências, prontos socorros especializados e/ou serviços de atenção às urgências. Esses estabelecimentos devem dispor de profissionais que prestem atenção em especialidades. (Fonte: SIGTAP. Disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301060029/05/2022>>. Acesso em 30.03.202.)*



### 3. MP II – Assistência Hospitalar

3.1 O Hospital deverá realizar Meta de Produção mensal de 490 (quatrocentas e noventa) saídas hospitalares/mês, com variação de + 15%;

3.1.1 Após a implantação dos leitos de UTI Neonatal prevista neste Termo, o Hospital deverá realizar Meta de Produção mensal de 500 (quinhentos) saídas hospitalares/mês.

3.2 Para fins de aferição de meta serão considerados as Saídas Hospitalares ocorridas entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de saída do paciente do Hospital (dia Alta, dia da transferência externa e dia do óbito).

3.2.1 O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR que será acompanhada através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde (MS).

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

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

3.3.2 Os serviços do SADT Interno deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no atendimento às internações hospitalares.

3.4 É garantida a oferta de Terapias de Apoio em nível hospitalar em: Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.

3.5 A Contratada deverá informar sobre a **Assistência Hospitalar** os dados nos moldes das planilhas a seguir:

Clínicas	Leito Existente	Leito Desativado	Leito Bloqueado	Leito Extra
Clínica Cirúrgica				
Clínica Médica				
Clínica Oncológica				
Clínica Obstétrica				
Clínica Pediátrica				
Total				





**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Clínicas	Número de Saídas Hospitalares		Bases para o cálculo do número de saídas		
	Média Mensal	% Total	Leitos Operacionais	Permanência Média	Taxa de Ocupação
Clínica Cirúrgica					
Clínica Médica					
Clínica Obstétrica					
Clínica Pediátrica					
<b>Total</b>					

**3.6** Deverá manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais distribuídos de acordo com a tabela a seguir, com as seguintes Metas de Produção por Clínicas Hospitalares:

<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	<b>Meta Mês</b>
Clínica Cirúrgica	135
Clínica Médica	30
Clínica Obstétrica	220
Clínica Pediátrica	105
<b>TOTAL</b>	<b>490</b>

**3.7** Após a implantação dos leitos de UTI Neonatal (5º Termo Aditivo), o Hospital deverá manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais distribuídos de acordo com a tabela a seguir, com as seguintes Metas de Produção por Clínicas Hospitalares:

<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	<b>Meta Mês</b>
Clínica Cirúrgica	135
Clínica Médica	30
Clínica Obstétrica	220
Clínica Pediátrica	115
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>

**3.8** As saídas hospitalares da Clínica Cirúrgica mencionada nas tabelas acima devem atender os quantitativos abaixo:



Saídas Hospitalares Clínica Cirúrgica	Meta Mês
Bucomaxilofacial Pediátrico	05
Cirurgia do Aparelho Geniturinário (Adulto e Pediátrico)	30
Cirurgia Ginecológica (Adulto e Pediátrico)	30
Cirurgia Pediátrica	40
Cirurgia Ortopédica (Pediátrica)	10
Otorrinolaringologia (Pediátrica)	20
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>

#### 4. MP III – Atendimento Ambulatorial

4.1 O Hospital deverá realizar Meta de Produção mensal de **1.285 (mil, duzentos e oitenta e cinco) atendimentos/mês** nas especialidades médicas e não médicas, observando a variação  $\pm$  15%.

4.2 Para fins de aferição de meta serão considerados como **Atendimentos Ambulatoriais em Especialidades Médicas** os atendimentos referentes ao código **03.01.01.007-2** - Consulta Médica em Atenção Especializada<sup>3</sup>, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia da consulta do paciente no Hospital.

4.3 Para fins de aferição de meta serão considerados como **Atendimentos Ambulatoriais em Especialidades Não Médicas** os atendimentos relacionados no quadro correspondente abaixo, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia da consulta do paciente no Hospital.

4.3.1 Para os atendimentos em **Bucomaxilofacial** (CBO 2232-68), **Fonoaudiologia** (CBO 223810), **Nutrição** (CBO 2237-10) e **Psicologia** (CBO 25.15-10/2515-20) será considerado o código **03.01.01.004-8** - Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)<sup>4</sup>, de acordo com o CBO da especialidade.

4.4 Todos os atendimentos prestados em decorrência dos Atendimento Ambulatoriais devem ser realizados pela Unidade normalmente e deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento do Ambulatório.

4.5 O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, no

<sup>3</sup>Consulta Clínica do Profissional Médico na Atenção Especializada.

<sup>4</sup>Consulta Clínica de Profissionais de Saúde (exceto médico) de Nível Superior na Atenção Especializada



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e usuários provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado e do Município para as especialidades previamente definidas, após pactuação com o Hospital, no limite da capacidade operacional do ambulatório.

**4.6** Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como Consultas Subsequentes, desde que devidamente registrados em prontuário.

**4.7** Atendimentos realizados pela Enfermagem **não serão considerados** no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informados conforme as normas definidas pela SES.

**4.8** Atendimentos realizados pelo Serviço Social **não serão consideradas** no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela SES.

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

**4.10** As Consultas Médicas e Não Médicas deverão ser informadas a SES, conforme público de Atendimento (Adulto ou Pediátrico), para fins de verificação das atividades realizadas no atendimento ambulatorial.

**4.11** As Consultas Médicas devem atender os quantitativos abaixo:

<b>CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS</b>	<b>Meta Mês</b>
Alergia e Imunologia Pediátrica	10
Cardiologia Pediátrica	40
Cirurgia Geral (pós cirúrgicos de urgência) Adulto e Pediátrica	70
Cirurgia Ginecológica	100
Cirurgia Pediátrica	60
Dermatologia Pediátrica	10
Endocrinologia Pediátrica	15
Gastroenterologia Pediátrica	20
Genética por meio de tele consulta	10
Gestação de Alto Risco	280
Ginecologia/Mastologia	80



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Infectologia Pediátrica	40
Infertilidade	10
Neonatologia	80
Neurologia Clínica Pediátrica	20
Oftalmologia Pediátrica	20
Ortopedia Pediátrica	50
Otorrino Pediatria	40
Pneumologia Pediátrica	20
Urologia Pediátrica	20
<b>TOTAL</b>	<b>995</b>

**4.12** As Consultas Não Médicas devem atender os quantitativos abaixo:

<b>CONSULTAS ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS</b>	<b>Meta Mês</b>
Bucomaxilofacial	20
Consulta Fonoaudiologia	210
Consulta Psicológica	30
Nutrição	30
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>

**4.13** As consultas terão realização mensal especificada para cada tipo de especialidade, de acordo com as tabelas acima.

**4.14** As execuções dos atendimentos deverão estar sob controle do Gestor correspondente, e principalmente os atendimentos ambulatoriais deverão fazer parte da agenda do respectivo Gestor (central de marcação de consultas e exames).

#### **5. MP IV – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo**

**5.1** O Hospital deverá realizar Meta de Produção mensal de **110 (cento e dez) exames/mês**, observando a variação  $\pm 15\%$ .

**5.2** Para fins de aferição de meta serão considerados **Exames Externos** atendimentos realizados conforme o Caráter de Atendimento Eletivo, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia em que o paciente realizou o exame no Hospital.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**5.2.1** O indicador de aferição será o quantitativo de Exames realizados que serão acompanhados por meio dos Boletins Ambulatoriais conforme processamento e faturamento pelo Ministério da Saúde (MS).

**5.2.1.1** A Unidade deverá preencher os atendimentos dos pacientes em seus respectivos registros, zelando pelo fiel cumprimento e veracidade da informação, sendo indispensável o preenchimento correto acerca do Caráter de Atendimento de cada Exame realizado.

**5.3** O SADT Externo deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, no mínimo, disponibilizando exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos no ambulatório, egressos do próprio Hospital ou provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado para os serviços previamente definidos após pactuação com o Hospital, no limite da sua capacidade operacional.

**5.4** Os Exames Externos terão realização mensal especificada para cada tipo de exame, de acordo com a tabela abaixo.

**5.5** Os Exames devem atender os quantitativos abaixo:

<b>SADT Externo</b>	<b>Meta Mês</b>
Biopsia de Colo Uterino	40
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55
Histeroscopia Diagnóstica	15
<b>Total</b>	<b>110</b>

## **6. INDICADORES DE QUALIDADE**

**6.1** O Hospital deverá informar mensalmente os Indicadores de Qualidade (IQ), que estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

**6.1.1** Os IQ devem ser enviados em relatórios oficiais e em arquivo eletrônico, até o 20º (vigésimo quinto) dia de cada mês ao gestor estadual (SES).

**6.2** Poderão ser reavaliados, ou seja, alterados ou introduzidos novos Indicadores de Qualidade, trimestralmente, considerando que a complexidade dos Indicadores é crescente e gradual e em proporção direta ao tempo de funcionamento da unidade, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão.



6.3 São considerados como Indicadores de Qualidade, doravante identificados como IQ, os seguintes:

- IQ I – Atenção ao Usuário;
- IQ II – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- IQ III – Controle de Infecção Hospitalar;
- IQ IV – Mortalidade Operatória;
- IQ V – Banco de Leite Humano;
- IQ VI – Rede Cegonha;
- IQ VII – Banco de Olhos<sup>5</sup>.

#### 6.4 - IQ I - Atenção ao Usuário

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) sobre o atendimento do Hospital têm por finalidade avaliar a qualidade de satisfação do serviço prestado, pelos pacientes ou acompanhantes, por meio da aplicação de um questionário.

Este Indicador será avaliado por meio do *Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados*, bem como por meio do *Nível de Satisfação dos Entrevistados*.

Mensalmente deverá ser avaliada a PSU, utilizando como instrumento de pesquisa um questionário-padrão, aplicado por equipe capacitada em pacientes ou acompanhantes de pacientes, registrado em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica, dividida em quatro grupos de usuários a serem pesquisados.

##### 6.4.1 *Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados*

Este Indicador tem por finalidade avaliar a relação entre o número total de atendimentos ambulatoriais e hospitalares e o número de pacientes/accompanhantes entrevistados.

**Meta:** Realizar pesquisa com, pelo menos, 10% de pacientes ou acompanhantes de cada grupo, conforme o público-alvo definido para este Indicador:

Unidades para aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário		
Setor		% de PSU/mês
A	Pacientes ou acompanhantes em atendimento no serviço de urgência e emergência	10%

<sup>5</sup> As metas para o Indicador Banco de Olhos serão acompanhadas até o mês de junho de 2022. Durante os meses de julho e agosto ocorrerá o período de transição tendo em vista a mudança da estrutura física do Banco de Olhos, conforme o disposto no Processo SES nº 137524/2022.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

B	Pacientes ou acompanhantes de pacientes internados	10%
C	Pacientes ou acompanhantes de pacientes em atendimento ambulatorial ou SADT Externo	10%
D	Pacientes ou acompanhantes de pacientes após alta hospitalar	10%

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de Pesquisas Realizadas no Grupo}}{\text{Nº Total de pacientes ou acompanhantes do Grupo}} \times 100$$

#### 6.4.2 Nível de Satisfação dos Entrevistados

Este Indicador tem por finalidade avaliar o grau de satisfação dos pacientes/acompanhantes entrevistados.

**Meta:** Alcançar, pelo menos, 90% de satisfação dos pacientes/acompanhantes entrevistados no total dos grupos.

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de Manifestação "Muito Satisfeito" + "Satisfeito"}}{\text{Nº Total de manifestações}} \times 100$$

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações referentes à Pesquisa de Satisfação contendo os dados e resultados da pesquisa.

O Indicador de Qualidade Atenção ao Usuário será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, a partir de julho de 2022, a fim de que a Unidade possa reorganizar seus fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas.

#### 6.5 - IQ II – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar.

**Meta:** Atingir 100% (cem por cento) de todas as AIHs autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês de competência.





**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de AIHs registradas/informadas pela GMAPS}^6}{\text{Nº de Saídas Hospitalares registradas/informadas pela Organização Social}} \times 100$$

O Hospital deverá apresentar o seguinte IQ - AAIH a serem monitorados:

<b>IQ II</b>	<b>AAIH = Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar</b>
A	100% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar
B	Menos de 100% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, os registros relativos às Saídas Hospitalares. A Gerência de Monitoramento, Avaliação e Processamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais Relatório Oficiais da Apresentação de Autorização Hospitalar.

### **6.6 - IQ III – Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar**

O Indicador Controle de Infecção Hospitalar (ICIH) têm por finalidade avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores a serem monitorados que incluem:

- Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Pediátrica e Neonatal;
- Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Pediátrica e Neonatal;
- Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica e Neonatal.

**Meta:** Enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI's Pediátrica e Neonatal que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

O Hospital deverá apresentar os seguintes ICIH a serem monitorados:

<sup>6</sup> Gerência de Monitoramento, Avaliação e Processamento em Saúde.



IQ III	ICIH = Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar
A	Envio do Relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar que contenha o valor das taxas no mês, os resultados encontrados e as medidas implementadas
B	Não envio do Relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, os registros relativos às infecções hospitalares, bem como a Ata da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, devidamente assinada pelos seus membros, que contenha os valores das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

#### 6.6.1. Conceitos acerca do Indicador de Controle de Infecção Hospitalar

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo *National Nosocomial Infection Surveillance System*<sup>7</sup>(NNISS) que é a metodologia utilizada pelo *Center for Disease Control (CDC - EUA)*<sup>8</sup>.

As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepSES clínicas.

As informações relativas à UTI Neonatal devem ser apresentadas conforme a estratificação de peso:

- ↳ UTI Neo <= 1000g
- ↳ UTI Neo 1001 - 1500g
- ↳ UTI Neo 1501 - 2500g
- ↳ UTI Neo > 2500g

#### Definições:

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

<sup>7</sup>Sistema Nacional de Vigilância de Infecção Nosocomial.

<sup>8</sup>Centro para Controle de Doenças.



**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de Infecções Hospitalares na UTI Pediátrica/Neonatal}}{\text{Nº de Pacientes-dia na UTI Pediátrica/Neonatal}} \times 1000$$

- **Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Pediátrica/Neonatal (DIH-CVC):** número de infecções hospitalares na corrente sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000.

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de Infecções Hospitalares associada ao CVC na UTI Pediátrica/Neonatal}}{\text{Nº de Pacientes-dia com CVC na UTI Pediátrica/Neonatal}} \times 1000$$

- **Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica/Neonatal:** número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de Pacientes-dia com CVC UTI Pediátrica/Neonatal}}{\text{Nº de Pacientes-dia na UTI Pediátrica/Neonatal}} \times 100$$

### 6.7 - IQ IV – Indicadores de Mortalidade Operatória

O Indicador de Mortalidade Operatória (IMO) tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência por meio do desempenho assistencial na área de cirurgia mensurado pela Taxa de Mortalidade Operatória por mês.

**Meta:** Apresentar, mensalmente, a Taxa de Mortalidade Operatória, conforme a Classificação *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA)*, dentro dos parâmetros da Agência Nacional de Saúde (ANS - novembro/2012).

**Memória de Cálculo:** Identificar se a Taxa de Mortalidade Operatória apresentada está de acordo com o parâmetro da ANS.

O Hospital deverá apresentar os seguintes IMO a serem monitorados:

IQ IV	IMO - Indicadores de Mortalidade Operatória
A	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

	Agência Nacional de Saúde (novembro/2012). ASA I = 0 a 0,1% ASA II = 0,3 a 5,4% ASA III = 1,8 a 17,8% ASA IV = 7,8 a 65,4% ASA V = 9,4 a 100%
B	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela Agência Nacional de Saúde (novembro/2012).

\* Fonte: Taxa de Mortalidade Cirúrgica. Agência Nacional de Saúde. V1.01 (novembro de 2012).

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, os dados relativos aos Óbitos, bem como a Ata da Comissão de Óbito (com a análise dos resultados), devidamente assinada pelos seus membros.

#### 6.7.1. Conceitos acerca do Indicador de Mortalidade Operatória

- **Taxa de Mortalidade Operatória:** é a relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram durante ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Nº de óbitos até 7 dias após cirurgia conforme Classificação ASA}}{\text{Nº de pacientes submetidos à cirurgia conforme Classificação ASA}} \times 100$$

- **Classificação do Estado Físico da ASA:** os critérios adotados a seguir são os estabelecidos pela classificação da *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology* (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes (de 1 a 5).

Pacientes Cirúrgicos segundo Classificação ASA	
ASA-1	Paciente saudável
ASA-2	Paciente com doença sistêmica leve
ASA-3	Paciente com doença sistêmica grave
ASA-4	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ASA-5	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia
-------	---

### 6.8 IQ V – Banco de Leite Humano

O Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Leite Humano do Hospital.

**Meta:** Atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador:

Indicadores Banco de Leite Humano	Metas Mês
Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestaçao de Alto Risco do ambulatório do HMISC	01
Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explanar os as dúvidas pertinentes a doação de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10
Visita domiciliar à doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10
Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15
Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20
Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15
Quantidade de exames microbiológicos realizados	100
Quantidade de crematócritos realizados	100
Quantidade de testes de acidez dornic realizados	100
Quantidade de litros recebidos/mês	30
Quantidade de litros pasteurizados/mês	30
Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Quantidade Realizada}}{\text{Quantidade Contratada}} \times 100$$

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas ao Indicador.



### 6.9 IQ VI – Rede Cegonha

O Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho da Rede Cegonha.

Este Indicador será avaliado por meio dos *Indicadores Rede Cegonha, Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR (dias) e as Taxas relacionadas à Rede Cegonha.*

#### 6.9.1 Indicadores Rede Cegonha

**Meta:** Atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador:

Indicadores Rede Cegonha	Metas Mês
Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	280
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (HT, HGB, VDRL, HIV, EAS, E GLICEMIA) até a 20ª semana de gestação	84
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (HT, HGB, VDRL, HIV, EAS, E GLICEMIA) entre a 28ª e 36ª semana de gestação	84
Número de partos prematuros (< 36 semanas de idade gestacional ao nascer) em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	15

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Quantidade Realizada}}{\text{Quantidade Contratada}} \times 100$$

6.9.2 *Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR (dias)*

**Meta:** Apresentar, mensalmente, tempo médio de permanência de 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR.

Indicadores Rede Cegonha	Metas Mês
Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	5 (dias)



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR Contratado}}{\text{Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR Realizado}} \times 100$$

### 6.9.3 Taxas relacionadas à Rede Cegonha

**Meta:** Atender, mensalmente, as taxas conformes as metas contratadas:

Indicadores Rede Cegonha	Metas Mês
Taxa da utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	$\leq 10,00\%$
Taxa de APGAR no 1º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	$\geq 50,00\%$
Taxa de APGAR no 5º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	$\geq 50,00\%$
Taxa de infecção no sítio cirúrgico de pacientes gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que tiveram parto cesariana	$\leq 10,00\%$
Taxa de inserções do DIU no pós-parto/pós-abortamento nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	$\leq 25,00\%$
Taxa de mortalidade de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	$\leq 2,00\%$
Taxa de mortalidade de puérperas que fizeram acompanhamento no PNAR	$\leq 2,00\%$
Taxa de partos cesarianas em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	$\geq 25,00\%$
Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	$\geq 25,00\%$
Taxa de transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	$\leq 10,00\%$

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas à Rede Cegonha.





#### 6.10 VII – Banco de Olhos

O Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Olhos do Hospital.

Este Indicador será avaliado, mensalmente, por meio dos Indicadores Quantitativos do Banco de Olhos, Avaliação positiva para transplante óptico e Entrevistas com familiares.

Este indicador será acompanhado até o mês de junho de 2022. Durante os meses de julho e agosto de 2022 ocorrerá o período de transição, ocasião na qual a Unidade adotará as providências necessárias, em conjunto com a GETRA, para a transferência do serviço, conforme o disposto no Processo SES nº 137524/2022.

O detalhamento das necessidades do Banco de Olhos que deverão ser atendidas pela Organização Social Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS quanto à estrutura de recursos materiais e humanos para execução das atividades do Banco de Olhos e cumprimento das metas estabelecidas.

- Área de abrangência: O serviço de Banco de Olhos da Região Sul do Estado terá como área de abrangência todas as Unidades de Saúde dos municípios da região Sul do Estado que tenham potencial para geração de doadores de tecidos oculares. Por potencial gerador para tecido ocular entende-se o número de óbitos anuais de cada unidade hospitalar. Municípios que compõem a região Sul do Estado de Santa Catarina:

- Araranguá
- Armazém
- Balneário
- Arroio do Silva
- Balneário Gaivota
- Balneário Rincão
- Braço do Norte
- Capivari de Baixo
- Cocal do Sul
- Criciúma
- Ermo
- Forquilha
- Grão Pará



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- Gravatal
- Içara
- Imaruí
- Imbituba
- Jacinto Machado
- Jaguaruna
- Laguna
- Lauro Muller
- Maracajá
- Meleiro
- Morro da Fumaça
- Morro Grande
- Nova Veneza
- Orleans
- Passo de Torres
- Pedras Grandes
- Pescaria Brava
- Praia Grande
- Rio Fortuna
- Sangão
- Santa Rosa de Lima
- Santa Rosa do Sul
- São João do Sul
- São Ludgero
- São Martinho
- Siderópolis
- Sombrio
- Timbé do Sul
- Treviso
- Treze de Maio
- Tubarão



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- Turvo
- Urussanga
  
- Principais Unidades Hospitalares da Região Sul:
  - Araranguá - Hospital Regional de Araranguá
  - Braço do Norte – Hospital Santa Teresinha
  - Criciúma – Hospital São José
  - Içara - Fundação Social Hospitalar de Içara
  - Imbituba - Hospital São Camilo
  - Laguna - Hospital de Caridade Senhor Bom Jesus dos Passos
  - Lauro Muller - Hospital Municipal Henrique Lage
  - Tubarão – Hospital Nossa Senhora Conceição
  - Urussanga - Hospital Nossa Senhora da Conceição
  
- Atribuições do Banco de Olhos que devem ser executadas:

Realizar a procura de doadores e entrevista familiar para doação de tecido ocular quando não houver profissional habilitado no estabelecimento onde esteja o doador;

Realizar o procedimento de retirada de globos oculares (enucleação) quando não houver profissional habilitado no estabelecimento onde esteja o doador;

Realizar a análise, preservação e armazenamento do tecido ocular captado dentro do Banco de Olhos;

Proceder à distribuição (encaminhamento) dos tecidos oculares para transplante nos estabelecimentos transplantadores, conforme solicitação da Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (Compete à Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina a determinação dos receptores que irão receber tecido ocular para transplante).
  
- Recursos que devem ser disponibilizados:

Recursos Humanos:

Função		Especialidade/Função	Quantidade
01	Médico	Especialidade em oftalmologia, com experiência comprovada na área de córnea e doenças externas oculares, e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes desta função (20 horas	02



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

		semanais)	
02	Enfermeiro	Atuação na supervisão das atividades de gestão do Banco de Tecido Ocular, entrevista familiar, captação, processamento, armazenamento e distribuição de tecido ocular	01
03	Técnicos de nível médio na área da saúde (exceto técnico de enfermagem)	Retirada de globos oculares e atividades internas inerentes ao Banco de Tecido Ocular	03

*\* Na impossibilidade de contratação de técnicos de nível médio (03), poderão ser contratados profissionais de nível superior de enfermagem.*

**Medicamentos/Soluções:**

Deverão ser disponibilizados todas as soluções, líquidos conservantes, medicamentos e materiais de enfermagem necessários para a execução das atividades do Banco de Tecido Ocular, tais como: Líquido de preservação de córnea, Soro fisiológico 0,9%, Tobramicina 0,3% 3mg/ml colírio, Dextrano 70 + hipromelose 1mg/ml frasco colírio, Clorexidina, Gluconato 4% 1000ml, Iodopovidona 10% frasco 1000 ml, Glicerina estéril, Alcool 70% para uso hospitalar, Avental Cirúrgico, Campo Cirúrgico, Gaze, Lâmina de Bisturi, Luvas esterilizadas, luvas de procedimento (não estéril), máscara cirúrgica, potes plásticos para preservação/acondicionamento e demais itens que forem necessários.

**Materiais de expediente:**

Deverão ser disponibilizados todos os materiais de expediente necessários para operacionalização do Banco de Tecido Ocular, líquidos conservantes, medicamentos necessários e materiais de enfermagem necessários para a execução das atividades do Banco de Tecido Ocular.

**Serviços operacionais:**

Para manutenção da estrutura operacional do Banco de Tecido Ocular deverão ser disponibilizados:

- Material de informática como computadores, impressoras, pendrives e outros necessários para operação;
- Serviço de suporte de manutenção em informática;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- Serviço de Esterilização de materiais cirúrgicos, potes e embalagens;
- Serviço de manutenção preventiva e corretiva da câmara de segurança biológica;
- Serviço de manutenção preventiva e corretiva das geladeiras e freezers;
- Serviço de manutenção preventiva e corretiva lâmpada de fenda;
- Serviço de limpeza predial;
- Serviço de recolhimento lixo comum;
- Serviço de recolhimento lixo hospitalar;
- Transporte dos profissionais para captação de tecido ocular;
- Transporte de tecidos oculares até locais de despacho/recebimento de encomendas das empresas de transporte rodoviário ou aéreo.

- Produção:

Toda a produção do Banco de Olhos deve obrigatoriamente ser lançada mensalmente para faturamento via SUS utilizando os seguintes códigos:

Procedimentos
05.03.03.005-8 – Retirada de globo ocular uni/bilateral (para transplante)
05.04.01.003-4 – Separação e avaliação biomicroscópica de córnea
05.03.04.006-1 – Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
05.04.01.001-8 – Contagem de células endoteliais da córnea
05.06.01.005-8 – Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes
07.02.12.006-5 – Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ML)

- Relatórios - Qualidade da Informação:

Dados que devem ser apresentados mensalmente para a Gerência de Transplantes/SES:

- a) Número de potenciais doadores de tecido ocular (pacientes em morte por parada cardíaca) da Região Sul, detalhado por Instituição e Município;
- b) Número de potenciais doadores elegíveis para doação (pacientes sem contra indicações clínicas);
- c) Número de entrevistas familiares realizadas e tipo de conclusão (autorização ou não autorização familiar);
- d) Número de captações realizadas com detalhamento por Instituição e Município;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- e) Número de globos oculares recebidos no Banco de Olhos que não foram captados por profissionais do Banco de Olhos;
  - f) Número de globos oculares processados;
  - g) Número de descartes e motivo;
  - h) Justificativa caso a meta mensal não seja atingida.
- Metas a serem atingidas:
    - a) Produção: 40 (quarenta) doadores de tecido ocular por mês equivalendo a 80 globos oculares.
    - b) O tecido ocular doado e captado deve resultar avaliação positiva para transplante óptico em pelo menos 65% (sessenta e cinco por cento) das vezes.
    - c) Entrevistas para Doação de Tecido Ocular com no mínimo de 65% (sessenta por cento) de autorizações familiares.
  - Cláusula 2.1.48.2 do Contrato de Gestão nº 03/2018:

Esta cláusula permanece inalterada juntamente com o complemento da cláusula quinta do 1º TA.

*6.10.1 Indicadores Quantitativos do Banco de Olhos*

**Meta:** Atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador:

<b>Indicadores Banco de Olhos</b>	<b>Metas Mês</b>
Quantidade de córneas captadas	20
Quantidade de córneas preservadas	20
Quantidade de córneas desprezadas por mal retirada	05
Contagem de células endoteliais	20
Captção de globos oculares (40 doadores)	80

**Memória de Cálculo:** 
$$\frac{\text{Quantidade Realizada}}{\text{Quantidade Contratada}} \times 100$$



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas ao Indicador.

*6.10.2 Avaliação positiva para transplante óptico*

**Meta:** Apresentar, mensalmente, resultado de avaliação positiva para transplante óptico em, pelo menos, 65% (sessenta e cinco por cento) dos tecidos oculares doados e captados.

Indicadores Banco de Olhos	Metas Mês
Taxa de utilização da córnea após encaminhamento a Central	≥ 65,00%

**Memória de Cálculo:**

$$\frac{\text{Nº tecido ocular doado e captado com avaliação positiva para transplantes}}{\text{Nº total de tecido ocular doado e captado}} \times 100$$

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas ao Indicador.

*6.10.3 Entrevistas com familiares*

**Meta:** Apresentar, mensalmente, pelo menos, 65% (sessenta por cento) de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular.

Indicadores Banco de Olhos	Metas Mês
Autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular	≥ 65,00%

**Memória de Cálculo:**

$$\frac{\text{Nº de autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular}}{\text{Nº total de entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular}} \times 100$$

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas ao Indicador.





#### 6.10.4 Faturamento da Produção do Banco de Olhos

**Meta:** Lançar, mensalmente, os procedimentos relacionados ao atendimento do Banco de Olhos para fins de para faturamento via SUS utilizando os seguintes códigos:

Procedimentos
05.03.03.005-8 – Retirada de globo ocular uni/bilateral (para transplante)
05.04.01.003-4 – Separação e avaliação biomicroscópica de córnea
05.03.04.006-1 – Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
05.04.01.001-8 – Contagem de células endoteliais da córnea
05.06.01.005-8 – Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes
07.02.12.006-5 – Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ML)

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, a relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos.

#### 6.10.5 Relatórios - Qualidade da Informação

**Meta:** Encaminhar, mensalmente, para a Gerência de Transplantes/SES as informações abaixo relacionadas:

Informações
Número de potenciais doadores de tecido ocular (pacientes em morte por parada cardíaca) da Região Sul, detalhado por Instituição e Município
Número de potenciais doadores elegíveis para doação (pacientes sem contraindicações clínicas)
Número de entrevistas familiares realizadas e tipo de conclusão (autorização ou não autorização familiar)
Número de captações realizadas com detalhamento por Instituição e Município
Número de globos oculares recebidos no Banco de Olhos que não foram captados por profissionais do Banco de Olhos
Número de globos oculares processados
Número de descartes e motivo
Justificativa caso a meta mensal não seja atingida



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**Documentos comprobatórios para aferição da Meta:** A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, comprovante de envio das informações para a Gerência de Transplantes/SES, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos.



**ANEXO TÉCNICO III - SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO, CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO, REGRAS E CRITÉRIOS PARA AFERIÇÃO DAS METAS E INDICADORES DE QUALIDADE E, DE APLICAÇÃO DE DESCONTO**

**I. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE PAGAMENTO**

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

**1. DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DA EXECUTORA**

**1.1** A atividade assistencial da **Executora** subdivide-se em **4 (quatro)** modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I – Plano de Trabalho, nas modalidades abaixo assinaladas:

- a) Atendimento de Urgência e Emergência
- b) Assistência Hospitalar
- c) Atendimento Ambulatorial
- d) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo

**1.1.1** As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **Executora**.

**1.2** Além das atividades de estabelecidas no Contrato, a Executora poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização do Órgão Supervisor.

**2. DO ORÇAMENTO**

**2.1** O orçamento econômico-financeiro do Hospital Materno Infantil Santa Catarina repassados por meio de parcelas fixas mensais seguirão o seguinte cronograma para o ano de 2022:

	jan./22	fev./22	mar./22
Assistencial (90%)	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60
Qualidade (9%)	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36
Investimento (1%)	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60
<b>Total</b>	<b>R\$ 3.860.159,56</b>	<b>R\$ 3.860.159,56</b>	<b>R\$ 3.860.159,56</b>

	abr./22	mai./22	jun./22
Assistencial (90%)	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Qualidade (9%)	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36
Investimento (1%)	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60
<b>Total</b>	<b>R\$ 3.860.159,56</b>	<b>R\$ 3.860.159,56</b>	<b>R\$ 3.860.159,56</b>

	<b>jul./22</b>	<b>ago./22</b>	<b>set/22<sup>9</sup></b>
Assistencial (90%)	R\$ 4.926.156,22	R\$ 5.653.207,41	R\$ 5.586.607,41
Qualidade (9%)	R\$ 492.615,62	R\$ 565.320,74	R\$ 558.660,74
Investimento (1%)	R\$ 54.735,07	R\$ 62.813,42	R\$ 62.073,42
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.473.506,91</b>	<b>R\$ 6.281.341,57</b>	<b>R\$ 6.207.341,57</b>

	<b>out/22</b>	<b>nov./22</b>	<b>dez/22</b>
Assistencial (90%)	R\$ 5.586.607,41	R\$ 5.586.607,41	R\$ 5.586.607,41
Qualidade (9%)	R\$ 558.660,74	R\$ 558.660,74	R\$ 558.660,74
Investimento (1%)	R\$ 62.073,42	R\$ 62.073,42	R\$ 62.073,42
<b>Total</b>	<b>R\$ 6.207.341,57</b>	<b>R\$ 6.207.341,57</b>	<b>R\$ 6.207.341,57</b>

**2.2** Os valores apresentados neste cronograma relativos aos meses de julho em diante correspondem aos reajustes realizados por meio do 6º e 7º Termos Aditivos ao Contrato de Gestão nº 03/2018.

**2.3** Após a implantação dos Leitos de UTI Neonatal (5º Termo Aditivo) o custeio mensal será acrescido de R\$ 388.991,33 (trezentos e oitenta e oito mil, novecentos e noventa e um reais e trinta e três centavos).

### **3. DO PAGAMENTO**

**3.1** 90% (noventa por cento) do valor de custeio serão repassados em parcelas mensais fixas, vinculados à avaliação das Metas de Produção Assistencial e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, repassados da seguinte forma:

- a. 10% de 90% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Atendimento de Urgências e Emergências;

<sup>9</sup> A partir do mês de setembro de 2022 o custeio mensal do HMISC corresponderá ao valor de R\$ 6.207.341,57, tendo em vista a dedução de R\$ 74.000,00, referente ao banco de Olhos.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- b. 70% de 90% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Atendimento Hospitalar (internação);
- c. 15% de 90% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Atendimento Ambulatorial;
- d. 5% de 90% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com a execução dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

**3.2** 9% (nove por cento) do valor de custeio serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas vinculados à avaliação dos Indicadores de Qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, repassados da seguinte forma:

- a) 10,00% de 9%-10% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Indicador Atenção ao Usuário:
  - a.1) *5% do valor do Indicador Atenção ao Usuário corresponde ao custeio do Subgrupo Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados;*
  - a.2) *5% do valor do Indicador Atenção ao Usuário corresponde ao custeio do Subgrupo Nível de Satisfação dos Entrevistados.*
- b) 10,00% de 9%-10% do valor global estimado corresponde ao custeio do Indicador Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- c) 10,00% de 9%-10% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Indicador Controle de Infecção Hospitalar;
- d) 10,00% de 9%-10% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Indicador Mortalidade Operatória;
- e) 20,00% de 9%-10% do valor global estimado corresponde ao custeio do Indicador Bando de Leite Humano;
- f) 20,00% de 9%-10% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas com o Indicador Rede Cegonha:
  - f.1) *5% do valor do Indicador Rede Cegonha corresponde ao custeio do Subgrupo Indicadores Rede Cegonha;*
  - f.2) *5% do valor do Indicador Rede Cegonha corresponde ao custeio do Subgrupo Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAE;*
  - f.3) *10% do valor do Indicador Rede Cegonha corresponde ao custeio do Subgrupo Taxas relacionadas à Rede Cegonha.*
- g) 20,00% de 9%-10% do valor de custeio mensal correspondem ao custeio das despesas



com o Indicador Banco de Olhos<sup>10</sup>:

*h.1) 4,00% do valor do Indicador Banco de Olhos corresponde ao custeio do Subgrupo Indicadores Quantitativos do Banco de Olhos.*

*h.2) 4,00% do valor do Indicador Banco de Olhos corresponde ao custeio do Subgrupo Avaliação positiva para transplante óptico.*

*h.3) 4,00% do valor do Indicador Banco de Olhos corresponde ao custeio do Subgrupo Entrevistas com familiares.*

*h.4) 4,00% do valor do Indicador Banco de Olhos corresponde ao custeio do Subgrupo Faturamento da Produção do Banco de Olhos.*

*h.5) 4,00% do valor do Indicador Banco de Olhos corresponde ao custeio do Subgrupo Relatórios – Qualidade da Informação.*

**3.2.1** Dos 10%, pode ser retido o valor de até 1% (dois por cento) repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas a título de investimento;

**3.2.2** Caso a Executora opte em não utilizar 1% (dois por cento) do valor repassado a título de investimento, os Indicadores de Qualidade corresponderão a 10% (dez por cento).

#### **4. REGRAS E CRITÉRIOS PARA AFERIÇÃO DAS METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E INDICADORES DE QUALIDADE**

**4.1** O acompanhamento dos Resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão será realizado trimestralmente, conforme os trimestres do exercício financeiro.

**4.2** As Metas de Produção Assistencial serão avaliadas a cada período de 06 (seis) meses, de acordo com o exercício financeiro pelo **Órgão Supervisor** que procederá à análise das Metas de Produção Assistencial das atividades realizadas pela **Executora**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato e realizará os descontos cabíveis, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão e Anexos.

**4.3** As Metas de Produção Assistencial constantes neste Plano de Trabalho passarão a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022.

---

<sup>10</sup> A partir de setembro de 2022, a distribuição percentual do Indicador correspondente ao seu pagamento será redistribuída para os demais indicadores conforme o item 6.3.1, deste Anexo.



**4.3.1** Considerando a vigência do presente contrato, as avaliações das Metas de Produção Assistencial ocorrerão de janeiro a junho de 2022, correspondendo ao 1º semestre do exercício financeiro de 2022; e de junho a dezembro de 2022, correspondendo ao 2º semestre do exercício financeiro de 2022. As avaliações seguintes seguem esta mesma periodicidade conforme o exercício financeiro correspondente.

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

**4.3.3** A análise referida no item 4.3.1 deste Anexo não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **Executora** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

**4.4** Os Indicadores de Qualidade serão avaliados a cada período de 03 (três) meses, de acordo com o exercício financeiro pelo **Órgão Supervisor** que procederá à análise dos Indicadores de Qualidade realizados pela **Executora**, verificando e avaliando os resultados ocorridos em relação às metas estabelecidas neste Contrato e realizará os descontos cabíveis, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão e Anexos.

**4.4.1** As Metas pactuadas para os Indicadores de Qualidade constantes neste Plano de Trabalho passarão a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022.

**4.4.2** Considerando a vigência do presente contrato, as avaliações dos Indicadores de Qualidade ocorrerão da seguinte forma: ocorrerão de janeiro a março, correspondendo ao 1º trimestre do exercício financeiro de 2022; ocorrerão de abril a junho, correspondendo ao 2º trimestre do exercício financeiro de 2022; ocorrerão de julho a setembro, correspondendo ao 3º trimestre do exercício financeiro de 2022; ocorrerão de outubro a dezembro, correspondendo ao 4º trimestre do exercício financeiro de 2022. As avaliações seguintes seguem esta mesma periodicidade conforme o exercício financeiro correspondente.

**4.4.3** O Indicador de Qualidade **Atenção ao Usuário** será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, a partir de julho de 2022, a fim de que a Unidade possa





reorganizar seus fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas.

**4.4.4** O Indicador de Qualidade **Banco de Olhos** será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, até o mês de junho de 2022. Nos trimestres seguintes o Indicador não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído para os demais indicadores conforme o item 6.3.1, deste Anexo.

**4.5** Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas à **Executora** no Anexo Técnico I - Descrição dos Serviços, deverá encaminhar mensalmente, até o 20º (vigésimo) dia a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina.

**4.6** As informações mensais relativas a Metas de Produção Assistencial, Indicadores de Qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos pelo **Órgão Supervisor**.

**4.7** Quando implantado o sistema informatizado, deverão ser emitidos os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Materno Infantil Santa Catarina.

**4.8** O **Órgão Supervisor** procederá à análise dos dados enviados pela **Executora** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sexta – Do Pagamento/Reajuste do Contrato de Gestão.

## 5. REGRAS E CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DE DESCONTO – METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

**5.1** As Metas de Produção Assistencial referem-se aos indicadores correspondentes a 90% do valor do custeio.

**5.2** A Aferição Financeira das Metas de Produção Assistencial refere-se à verificação do percentual cumprimento das metas resultante da relação entre os serviços contratados, os resultados alcançados e as regras para pagamento constantes desde Contrato, identificando possíveis descontos por não cumprimento de meta.

**5.2.1** A referida aferição ocorrerá cada seis meses, conforme o exercício financeiro.

**5.2.2** Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.



5.3 A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme cumprimento percentual total de cada modalidade conforme tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades apresentadas em cada modalidade de atividade assistencial e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **Executora**.

5.4 A tabela a seguir define o pagamento dos serviços realizados conforme cumprimento percentual total de cada modalidade:

	<b>% DE CUMPRIMENTO DE META</b>	<b>VALOR A PAGAR</b>
<b>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual destinado para o serviço
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual destinado para o serviço
<b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do peso percentual destinado para o serviço
<b>SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO</b>	Entre 69,99% e 50% do volume contratado	70% do peso percentual destinado para o serviço
	Abaixo de 50% do volume contratado	50% do peso percentual destinado para o serviço

## 6. REGRAS E CRITÉRIOS PARA APLICAÇÃO DE DESCONTO – METAS DOS INDICADORES DE QUALIDADE

6.1 Os Indicadores de Qualidade corresponderão a 9% - Caso a **Executora** não opte em utilizar 1% do valor repassado a título de investimento, os Indicadores de Qualidade corresponderão a 10%;

6.2 A Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade refere-se à verificação do cumprimento das Metas avaliando os Indicadores contratados constantes deste documento e suas respectivas regras para pagamento e identificando possíveis descontos por não cumprimento de meta.

6.2.1 A referida aferição ocorrerá cada três meses, conforme o exercício financeiro.

6.2.2 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.

6.3 A tabela a seguir define o pagamento conforme peso percentual de cada Indicador de Qualidade:

<b>Indicadores</b>	<b>PESO (%)</b>
Atenção ao Usuário	10,00%



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	10,00%
Controle de Infecção Hospitalar	10,00%
Mortalidade Operatória	10,00%
Banco de Leite Humano	20,00%
Rede Cegonha	20,00%
Banco de Olhos	20,00%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>

**6.3.1** A tabela a seguir define o pagamento conforme peso percentual de cada Indicador de Qualidade, a partir do 3º trimestre de 2022:

<b>Indicadores</b>	<b>PESO (%)</b>
Atenção ao Usuário	13,00%
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	13,00%
Controle de Infecção Hospitalar	13,00%
Mortalidade Operatória	13,00%
Banco de Leite Humano	24,00%
Rede Cegonha	24,00%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>

**6.4** A Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade (verificação de descontos) será realizada considerando o peso percentual de cada indicador e sua respectiva regra para pagamento, conforme as tabelas a seguir:

**6.4.1 IQ I – Atenção ao Usuário**

<b>INDICADOR DE QUALIDADE</b>	<b>Δ% DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR DE QUALIDADE</b>	<b>VALOR A PAGAR</b>
IQ I – Atenção ao Usuário	<i>Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados</i>	
	Realização de pesquisas com, pelo menos, 10% de pacientes/ acompanhantes em todos os grupos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes/ acompanhantes em um dos grupos	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador



	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes/ acompanhantes em dois ou mais grupos	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	<i>Nível de Satisfação dos Entrevistados</i>	
	Atendimento entre 90% e 100% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 80% e 89,99% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% do total de satisfação dos pacientes / acompanhantes entrevistados	70% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento abaixo de 50% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador

#### 6.4.2 IQ II – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

INDICADOR DE QUALIDADE	Δ% DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
IQ II – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Atendimento entre 95% e 100% de proporcionalidade entre a produção hospitalar produzida em relação à produção hospitalar apresentada para o DATASUS	100% do valor destinado ao Indicador
	Atendimento entre 90% e 94,99% de proporcionalidade entre a produção hospitalar produzida em relação à produção hospitalar apresentada para o DATASUS	90% do valor destinado ao Indicador
	Atendimento abaixo de 89,99% de proporcionalidade entre a produção hospitalar produzida em relação à produção hospitalar apresentada para o DATASUS	50% do valor destinado ao Indicador

#### 6.4.3 IQ III – Controle de Infecção Hospitalar

INDICADOR DE QUALIDADE	Δ% DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
------------------------	--	---------------



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

IQ III - Controle de Infecção Hospitalar	Envio de relatório elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI's Pediátrica e Neonatal com as taxas, a análise dos resultados e medidas implementadas	100% do valor destinado ao Indicador
	Não envio de Relatório no prazo estabelecido / Envio de Relatório com ausência das informações necessárias	0% do valor destinado ao Indicador

**6.4.4 IQ IV – Indicador de Mortalidade Operatória (IMO)**

INDICADOR DE QUALIDADE	Δ% DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
IQ IV – Indicador de Mortalidade Operatória (IMO)	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela ANS (Nov/2012) em pelo menos 3 Classificações ASA	100% do valor destinado ao Indicador
	Taxa de Mortalidade Operatória <u>fora</u> da variação aceita pela ANS (Nov/2012) em mais de 2 Classificações ASA	0% do valor destinado ao Indicador

**6.4.5 IQ V – Banco de Leite Humano**

INDICADOR DE QUALIDADE	Δ% DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
IQ V – Banco de Leite Humano	Atendimento entre 90% e 100% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	100% do valor destinado ao indicador
	Atendimento entre 80% e 89,99% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	90% do valor destinado ao indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	70% do valor destinado ao indicador
	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	50% do valor destinado ao indicador



#### 6.4.6 IQ VI – Rede Cegonha

INDICADOR DE QUALIDADE	Δ% DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
IQ VI – Rede Cegonha	<i>Indicadores Rede Cegonha</i>	
	Atendimento entre 90% e 100% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 80% e 89,99% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	70% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	<i>Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR (dias)</i>	
	Tempo médio de permanência de até 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Tempo médio de permanência maior de 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	<i>Taxas relacionadas à Rede Cegonha</i>	
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha entre 4 a 6 subindicadores	80% do valor destinado ao subgrupo do indicador	





	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em apenas 3 ou menos subindicadores	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
--	---	--

#### 6.4.7 IQ VII – Banco de Olhos

INDICADOR DE QUALIDADE	Δ% DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
IQ - VII – Banco de Olhos	<i>Indicadores Quantitativos do Banco de Olhos</i>	
	Atendimento entre 90% e 100% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 80% e 89,99% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	70% do valor destinado subgrupo do ao indicador
	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta: realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador	50% do valor destinado subgrupo do ao indicador
	<i>Avaliação positiva para transplante óptico</i>	
	Resultado de avaliação positiva para transplante óptico em, pelo menos, 65% dos tecidos oculares doados e captados	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Resultado de avaliação positiva para transplante óptico entre 50,00% e 64,99% dos tecidos oculares doados e captados	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Resultado de avaliação positiva para transplante óptico abaixo de 50,00% dos tecidos oculares doados e captados	0,00% do valor destinado ao subgrupo do indicador





<i>Entrevistas com familiares</i>	
Apresentação de, pelo menos, 65% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Apresentação entre 50,00% e 64,99% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Apresentação abaixo de 50,00% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	0,00% do valor destinado ao subgrupo do indicador
<i>Faturamento da Produção do Banco de Olhos</i>	
Envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Não envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
<i>Relatórios - Qualidade da Informação</i>	
Envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Não envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador



# Assinaturas do documento



Código para verificação: **TV05M98J**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



**ALDO BAPTISTA NETO** (CPF: 800.XXX.609-XX) em 10/08/2022 às 15:43:10

Emitido por: "SGP-e", emitido em 19/06/2020 - 12:00:54 e válido até 19/06/2120 - 12:00:54.

(Assinatura do sistema)



**FLAMARION DA SILVA LUCAS** (CPF: 658.XXX.760-XX) em 10/08/2022 às 16:06:23

Emitido por: "SGP-e", emitido em 18/02/2019 - 15:27:43 e válido até 18/02/2119 - 14:27:43.

(Assinatura do sistema)



**SANDRO NATALINO DEMETRIO** (CPF: 003.XXX.649-XX) em 10/08/2022 às 16:16:14

Emitido por: "AC Instituto Fenacon RFB G3", emitido em 18/11/2020 - 10:17:51 e válido até 18/11/2023 - 10:17:51.

(Assinatura ICP-Brasil)



**CESAR AUGUSTO DE MAGALHAES** (CPF: 476.XXX.830-XX) em 10/08/2022 às 16:23:48

Emitido por: "AC SAFEWEB RFB v5", emitido em 06/10/2021 - 17:00:26 e válido até 06/10/2024 - 17:00:26.

(Assinatura ICP-Brasil)



**JORGE EDUARDO TASCA** (CPF: 912.XXX.999-XX) em 15/08/2022 às 17:42:19

Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/10/2019 - 11:38:00 e válido até 01/10/2119 - 11:38:00.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwMDIwODhfMjEzMDV8yMDIyX1RWMDVNOTk> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00002088/2022** e o código **TV05M98J**

ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

PORTARIA N.844 de 15/08/2022  
O CORREGEDOR DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e conforme delegação de competência estabelecida nos termos da Portaria nº 292/2020, resolve: PRORROGAR, de acordo com o artigo 24, da Lei Complementar nº 491/2010, os efeitos da Portaria nº 430/2022 publicada no Diário Oficial do Estado nº 21.805 de 04/07/2022, para conclusão dos trabalhos da Comissão de Sindicância Investigativa nos autos do processo SES nº 61077/2022, a contar de 03/08/2022.  
MARCIO MAIENBERGER COELHO  
Corregedor

Cod. Mat.: 847874

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**EDITAL DE EXECUÇÃO DE PENALIDADES**

**A DIRETORA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA** da Secretaria de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições que lhe conferem o inciso I do art. 44 do Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Estadual nº 4.793/94, faz publicar as penalidades aplicadas aos infratores da legislação sanitária, constantes do **ANEXO ÚNICO**, na forma do Art. 70 da Lei Estadual nº 6.320/83 e Art. 69 do Decreto Estadual nº 23.663/84, para que surta seus efeitos jurídicos, permitindo a inscrição dos mesmos em Dívida Ativa na Secretaria de Estado da Fazenda de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de agosto de 2022

Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj

**ANEXO ÚNICO**

**1) INFRATOR:** Clube Atlético Tubarão  
**CNPJ:** 23.614.158/0001-57

**ENDEREÇO** Rua Simeão Esmeraldino de Menezes, 400 - DEHON - TUBARÃO - SC - CEP: 88.704-090

**1. Processo SES 00139435/2021 - AIP Nº 1000005856/22 - Penalidade: MULTA**, no valor pecuniário de R\$840.00 (oitocentos e quarenta reais).

Cod. Mat.: 847725

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**EDITAL DE NOTIFICAÇÃO DE AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE 1ª INSTÂNCIA.**

**A DIRETORA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA** da Secretaria de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições que lhe conferem o inciso I do art. 44 do Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Estadual nº 4.793/94 e o inciso III do artigo 64 da Lei Estadual nº 6.320/1983 e o artigo 53 do Decreto Estadual nº 23.663/1984, notifica o autuado identificado no Anexo Único, deste Edital, a tomar ciência quanto ao **Auto de Imposição de Penalidade abaixo relacionado**. Poderá ser interposto recurso contra a autuação no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da efetiva notificação, na forma do art. 69 da Lei Estadual nº 6.320/1983. A documentação relativa à autuação encontra-se à disposição do autuado na Diretoria de Vigilância Sanitária, na Av. Rio Branco, 152, Centro, Florianópolis/SC. E, para que produza os efeitos legais e de direito, foi lavrado o presente edital, ficando sujeito às penalidades previstas em lei.

Florianópolis, 15 de agosto de 2022

Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj

**1. AUTUADO:** COMPANHIA CATARINENSE DE ÁGUAS E SANEAMENTO - CASAN  
**CNPJ/CPF:** 82.508.433/0040-23  
**PROCESSO:** SES 00003752/2019  
**AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE 1ª INSTÂNCIA:** 1000006333/22

Cod. Mat.: 847733

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**EDITAL DE NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO DE 2ª INSTÂNCIA.**

A Diretora da Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando: o Decreto Estadual nº 4.793, de 31.08.1994, que lhe autoriza os serviços de Vigilância Sanitária; o inciso III do artigo 64 da Lei Estadual nº 6.320/83 e a Portaria nº. 194/SES/2014, notifica o autuado relacionado no **ANEXO ÚNICO**, a tomar ciência quanto a **DECISÃO DE 2ª INSTÂNCIA**, que declara **Improcedente o Recurso** interposto, mantendo a penalidade imposta através do Auto de Imposição de Penalidade-AIP 1ª Instância, referente ao julgamento do Processo Administrativo Sanitário – SES. Poderá ser apresentado recurso por escrito, no prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados da efetiva notificação, na forma do artigo 69, § 1º da Lei Estadual nº 6.320/83, ao Secretário de Estado da Saúde, no endereço: Av. Rio Branco, 152, Centro, Florianópolis/SC. A documentação relativa à autuação se encontra à disposição do autuado na Diretoria de Vigilância Sanitária.

Florianópolis, 15 de agosto de 2022

Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj

**1. AUTUADO:** CARPE DIEM CAFE LTDA  
**CNPJ:** 15.584.159/0001-78  
**PROCESSO Nº:** SES 00130194/2020  
**AUTO DE INFRAÇÃO Nº:** 10000011603/20  
**AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE Nº:** 1000000869/17;  
**PENALIDADE:** Multa de R\$840.00 (oitocentos e quarenta reais).  
Cod. Mat.: 847745

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**EDITAL DE NOTIFICAÇÃO DE AUTO DE INFRAÇÃO.**

**A DIRETORA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA** da Secretaria de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições que lhe conferem o inciso I do art. 44 do Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Estadual nº 4.793/94 e o inciso III do artigo 64 da Lei Estadual nº 6.320/83, notifica o autuado relacionado no Anexo Único, deste Edital, a tomar ciência quanto ao **Auto de Infração abaixo relacionado**. Poderá ser apresentada defesa e/ou impugnação no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da efetiva notificação, na forma do artigo 66 da Lei Estadual nº 6.320/83. A documentação relativa à autuação encontra-se à disposição do autuado na Diretoria de Vigilância Sanitária, na Av. Rio Branco, 152, Centro, Florianópolis/SC.

Florianópolis, 15 de agosto de 2022

Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj

**ANEXO ÚNICO**

O autuado abaixo relacionado fica notificado pela prática de infração com o seguinte histórico:

**1. AUTUADO:** COMPANHIA CATARINENSE DE AGUAS E SANEAMENTO CASAN  
**CNPJ/CPF:** 82.508.433/0004-60  
**PROCESSO Nº** SES 000126158/2022  
**AUTO DE INFRAÇÃO Nº** 1000016623/22.  
**Infração Cometida:** As registradas no Auto de Infração citado acima.  
**ENQUADRAMENTO LEGAL DA INFRAÇÃO:** Artigos 12, 25 caput, 32 caput, 61 caput, incisos XXX, XXXII, XXXIII e XXXIV da Lei Estadual nº 6.320/83; c/c Artigos 23, 24 e 25 caput, inciso I do Decreto Estadual nº 24.622/84; c/c Artigos 5º inciso XIV, 14 incisos XI, XII e XIII, 28 § 3º, 29 § 3º 4º 6º 7º e 8º, 36 § 1º, 40 e 44 caput, 42 § 1º e 2º, 43 § 1º inciso III, 56 caput e § 6º, Anexos 02, 09 e 13 (notas 06 e 09) do Anexo XXda PRC GM/MS 005/2017 alterado pela PRT GM/MS 888/2021; c/c Artigos 27 § 1º, 29 e 31 caput e 33 parágrafo único do Decreto Estadual 1846/2018; c/c Artigo 1º da Portaria SES Estadual 421/2016; c/c Artigos 2, 3 § 3º, 4º e 7º caput da Resolução Normativa 004 DIVS/SES de 10/09/2020

Cod. Mat.: 847754

**EXTRATO DO 9º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018 CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE SANTA CATARINA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO IDEAS, COM A INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de Santa Catarina, pela sua **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - ÓRGÃO SUPERVISOR**, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Aldo Baptista Neto, e a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO DESENVOLVIMENTO ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IDEAS**, denominada **EXECUTORA**, neste ato representada pelo seu Diretor-Executivo, Sandro Natalino

Demétrio, com interveniência da **SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO - INTERVENIENTE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Administração, Jorge Eduardo Tasca, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2018**, com fundamento na Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004 e alterações posteriores, e no Decreto Estadual nº 4.272, de 28 de abril de 2006, e demais disposições legais aplicáveis, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem, conforme **SES 2088/2022**: **OBJETO:** O presente Termo Aditivo tem por objeto a repactuação das metas assistenciais e indicadores de qualidade, alterando os Anexos Técnicos I, II e III, do 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 03/2018. **SIGNATÁRIOS:** ÓRGÃO SUPERVISOR, Aldo Baptista Neto – Secretário de Estado da Saúde; pela EXECUTORA, Sandro Natalino Demétrio – Diretor-Executivo da Organização Social Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS; INTERVENIENTE, Jorge Eduardo Tasca – Secretário de Estado da Administração. Florianópolis, 15 de agosto de 2022.

**Aldo Baptista Neto**

Secretário de Estado da Saúde

**Jorge Eduardo Tasca**

Secretário de Estado da Administração

Cod. Mat.: 847982

A Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde, torna público o que segue:

**EXTRATO DE TERMO DE CONVÊNIO nº 2022TR001621.**

**CONCEDENTE:** O Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde – SES, gestora do Fundo Estadual de Saúde – FES. **CONVENIENTE:** Associação Beneficente Hospital São Lucas, com sede no município de Guaraciaba. **OBJETO:** Aquisição de equipamentos para o Hospital São Lucas do município de Guaraciaba com a finalidade de oferecer melhor atendimento aos usuários do SUS. **VALOR DOS RECURSOS:** Total de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por parte do CONCEDENTE, em parcela única. **DOS RECURSOS:** As despesas serão realizadas na seguinte classificação orçamentária: 48000 – 48091 – 480091 – 10 – 302 – 0400 – 1076 – 014240 – 4 – 44 – 50 – 42, Programa Transferência: 2022011302, Fonte dos Recursos: 0100, Natureza da Despesa: 44504201, conforme Nota de Empenho nº 2022NE020598, de 11/08/2022, constante no processo SES 55588/2022. **PRAZO DE VIGÊNCIA:** Até 31 de dezembro de 2022, condicionada sua eficácia à publicação, deste extrato, no DOE. **DATA:** Florianópolis, 11 de agosto de 2022. **SIGNATÁRIO:** Aldo Baptista Neto, pela SES e Cleusa Teresinha Pasinato, pela Associação. Lz/scc  
Cod. Mat.: 847991

**Colegiado Superior de Segurança Pública e Perícia Oficial**

**Polícia Militar**

**PORTARIA Nº 311/PMSC de 11/08/2022.**

**DESIGNO**, com base no Art. 22, inciso XXI, da CF/88, combinado com o Art. 4º do Decreto-Lei nº 667/69, o Art. 107 da CE/89, o Art. 5º da Lei Complementar nº 380/07, e o § 4º do Art. 10 do Decreto nº 333/07 e LC 767/2020 e com Decreto-Lei 1274/2021, para compor o Corpo Temporário de Inativos da Segurança Pública no Estado – **Adailton Luiz Machado de Oliveira**, 3º Sargento PM RR Mat. 921045-8, a contar de **12/08/2022**, **Venício dos Santos**, Cabo PM RR Mat. 908540-8, **Jair Pereira Dias**, 3º Sargento PM RR Mat. 909151-3, **Ivo Varela Ribeiro**, Subtenente PM RR Mat. 910297-3, **Volmir Adriano Lopes**, 3º Sargento PM RR Mat. 925685-7, **João Domingos Zimmermann**, Cabo PM RR Mat. 907406-6, **Gilberto Soares Prestes**, Subtenente PM RR Mat. 923005-0 a contar de **15/08/2022**.

**MARCELO PONTES**

Coronel PM Comandante-Geral da PMSC

Cod. Mat.: 847709

Portaria nº306/PMSC, de 12/08/2022.

Com fulcro no Art. 22, XXI, da Constituição Federal, no Art. 4º do Decreto-Lei nº 667/69, com redação dada pelo Decreto-Lei nº 2.010/83, de acordo com o Art. 107 da Constituição do Estado de Santa Catarina e o Decreto nº 1.860 de 13 de abril de 2022 (Art.4º, III), TRANSFIRO, COM ÔNUS PARA O ESTADO, por necessidade do serviço, com vistas à manutenção e composição estratégica dos quadros funcionais da Corporação, vindo a reforçar o efetivo Policial Militar na OPM de Destino, para que seja possível o adequado