

**CONTRATO REGISTRADO SECON Nº 98716 / 2025 - SEI Nº 23.0.000142931-0****CONTRATO I  
PROCESSO ADMINISTRATIVO 23.0.000142931-0**

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O **INSTITUTO ANIMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA LTDA.**, e o **CENTRO UNIVERSITÁRIO RITTER DOS REIS (UNIRITTER)**, DA **SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO RITTER DOS REIS LTDA.**, VISANDO INTEGRAR OS SERVIÇOS À REDE DE SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE, ATRAVÉS DA OPERACIONALIZAÇÃO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA UNIRITTER (CEO-UNIRITTER).

O **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Praça Montevideú, nº 10, em Porto Alegre/RS, inscrito no CNPJ sob o nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde, Fernando Ritter, conforme delegação de competência estabelecida pelo Decreto 19.932/2018, doravante denominada CONTRATANTE, e o **INSTITUTO ANIMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA LTDA.**, CNPJ 27.629.449/0068-87 e a **SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO RITTER DOS REIS LTDA.**, com sede em Porto Alegre, Estado Rio Grande do Sul, com endereço na R Avenida Manoel Elias, nº 2001, bairro Passo das Pedras, cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul RS, mantenedora do **Centro Universitário Ritter dos Reis**, neste ato representado pelos diretores Átala Simões da Cunha e Guilherme Colin de Soárez, doravante denominada CONTRATADA, resolvem celebrar o presente Contrato nos termos da Lei 14.133/2021, Art. 74, caput, da Lei nº 14.133/2021, e pelas seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. Execução de serviços odontológicos para atuação no campo de formação dos alunos de graduação em Odontologia do **Centro Universitário Ritter dos Reis**, integrando tais serviços à Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre, através da operacionalização do Centro de Especialidades Odontológicas da UniRitter (CEO-UniRitter).

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

2.1. São obrigações da CONTRATADA, todas aquelas que se referirem aos aspectos técnicos da presente contratação, incluindo-se, sem prejuízo do que já foi disposto neste instrumento:

- 2.1.1. A CONTRATADA obriga-se a prestar à CONTRATANTE, serviços para o desenvolvimento dos trabalhos, conforme objeto descrito neste instrumento;
  - 2.1.2. Responsabilizar-se pelo sigilo e confidencialidade, por si e seus alunos de graduação do Centro Universitário Ritter dos Reis para execução dos serviços contratados;
  - 2.1.3. Observar todas as normas, mesmo as de caráter administrativo, aplicáveis à execução dos serviços objeto do presente Contrato;
  - 2.1.5 Disponibilizar consultórios, equipamentos, insumos, mobiliário e recursos humanos para atendimento SUS, a fim de manter o credenciamento de CEO TIPO I, junto ao Ministério da Saúde;
  - 2.1.6. Manter o cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) atualizado, com disponibilidade mínima de 120 horas de auxiliar de saúde bucal (ASB) e 120 horas de cirurgia dentista (CD) especialista, considerando a Portaria nº 599/GM/MS de 23 de março de 2006, que estabelece os critérios para manutenção do credenciamento dos CEO, na qual define a oferta mínima de 40 horas de CD de ASB por consultório odontológico.
  - 2.1.7. Manter, minimamente, 03 (três) consultórios odontológicos para atendimento, totalizando 120 horas semanais de atendimento.
  - 2.1.8. Ofertar mensalmente consultas especializadas nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, atendimento a pessoas com necessidade especiais (PNE), estomatologia e odontopediatria;
  - 2.1.9. Garantir o funcionamento ininterrupto do CEO durante todo o período letivo;
  - 2.1.10. Garantir a utilização do Sistema de Regulação de Consultas Especializadas (GERCON), como forma de recebimento de encaminhamentos, sendo vedado o atendimento de casos não regulados por esta Secretaria (GERCON) no CEO UniRitter;
  - 2.1.11. Garantir a transparência da agenda através do GERCON para cada especialidade;
  - 2.1.12. Garantir a utilização do sistema e-SUS (PEC CEO) para o registro das evoluções;
  - 2.1.13. Realizar o contrarreferenciamento dos usuários à APS para seguimento do cuidado e/ou ordenamento do atendimento de demandas de competência atenção terciária, seguindo os fluxos de regulação de consultas da Secretaria Municipal da Saúde, via sistema GERCON;
  - 2.1.14. Lançar os procedimentos ambulatoriais realizados no serviço durante cada mês no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS, impreterivelmente, até o 5º dia do mês subsequente;
  - 2.1.15. Atender as disposições do presente CONTRATO a fim de fazer jus ao repasse mensal conforme produção apresentada;
  - 2.1.16. Providenciar e manter a adequação visual do local de instalação do CEO para os itens considerados obrigatórios, em conformidade com o Manual de Sinalização dos Serviços (Brasil Sorridente), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria n.º 599/GM de 23 de março de 2006.
- 2.2 São obrigações da CONTRATANTE todas aquelas que se referirem aos aspectos técnicos da presente contratação, incluindo-se, sem prejuízo do que já foi disposto neste instrumento:
- 2.2.1. Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato e o cumprimento das obrigações pela CONTRATADA;
  - 2.2.2. Efetuar o pagamento a CONTRATADA do valor correspondente à execução do objeto, no prazo, forma e condições estabelecidos no presente Contrato;

**CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS E FORMA DE PAGAMENTO**

3.1. Os recursos financeiros necessários à execução do objeto deste Contrato, no montante de repasse mensal de **R\$ 25.850,00 (vinte e cinco mil oitocentos e cinquenta reais)**, serão disponibilizados pela CONTRATANTE ao INSTITUTO ANIMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA LTDA da seguinte forma:

- a) O repasse estará atrelado ao recebimento, por parte do município, dos valores integrais do incentivo financeiro Federal para custeio de CEO Tipo I, conforme Portaria 1924/GM/MS, de 17 de novembro de 2023, no montante de até R\$ 23.100,00 (vinte e três mil e cem reais), e do incentivo financeiro Estadual para custeio de CEO Tipo I, conforme a Portaria SES 110/2024 no montante de até R\$ 2.750,00 (dois mil setecentos e cinquenta reais), os quais estarão vinculados ao cumprimento do elenco mínimo de procedimentos odontológicos exigidos para o CEO pelas Portarias GM/MS nº 600/2006 e nº 1341/2012.

b) O repasse total será dividido conforme desempenho quantitativo e qualitativo, sendo que 95% (noventa e cinco por cento) do montante total estará vinculado à quantidade de procedimentos executados, podendo chegar ao valor teto de R\$ 24.557,5 (vinte e quatro mil quinhentos e cinquenta e sete reais e cinquenta centavos), e que 5% (cinco por cento) deste estará subordinado à qualidade do serviço, a qual será mensurada através indicadores qualitativos, podendo chegar ao valor teto de R\$ 1.292,50 (um mil duzentos e noventa e dois reais e cinquenta centavos).

3.2. Os valores referidos no inciso "a", serão automaticamente alterados caso haja redução ou incremento nos montantes do incentivo repassados pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde/RS à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

3.3. Os 95% (noventa e cinco por cento) do montante que trata o inciso "a" estará vinculado ao desempenho quantitativo, o qual será calculado multiplicando-se o número de procedimentos executados, constantes no ANEXO 01, pelo valor de cada procedimento (R\$ 96,30 – noventa e seis reais e trinta centavos), até o teto máximo de cada tipo de procedimento, como segue:

a) Procedimentos básicos (exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais e odontopediatria): 80 (oitenta) procedimentos correspondem ao teto, representando o valor de R\$ 7.704,31 (sete mil setecentos e quatro reais e trinta e um centavos) para este tipo de procedimento;

a.1) Caso o número de procedimentos executados seja inferior a 80 (oitenta), o pagamento será proporcional ao número de procedimentos executados. Da mesma forma, caso o número de procedimentos ultrapasse o teto estabelecido, o pagamento não ultrapassará o valor estipulado para o teto;

b) Procedimentos periodontais: 60 (sessenta) procedimentos correspondem ao teto, representando o valor de R\$ 5.778,24 (cinco mil setecentos e setenta e oito reais e vinte e quatro centavos) para este tipo de procedimento. Caso o número de procedimentos executados seja inferior a 60 (sessenta), o pagamento será proporcional ao número de procedimentos executados. Da mesma forma, caso o número de procedimentos ultrapasse o teto estabelecido, o pagamento não ultrapassará o valor estipulado para o teto;

c) Procedimentos endodônticos: 35 (trinta e cinco) procedimentos correspondem ao teto, representando o valor de R\$ 3.370,64 (três mil trezentos e setenta reais e sessenta e quatro centavos) para este tipo de procedimento. Caso o número de procedimentos executados seja inferior a 35 (trinta e cinco), o pagamento será proporcional ao número de procedimentos executados. Da mesma forma, caso o número de procedimentos ultrapasse o teto estabelecido, o pagamento não ultrapassará o valor estipulado para o teto;

d) Procedimentos cirúrgicos (inclui os procedimentos da especialidade de estomatologia) - 80 (oitenta) procedimentos correspondem ao teto, representando o valor de R\$ 7.704,31 (sete mil setecentos e quatro reais e trinta e um centavos) para este tipo de procedimento. Caso o número de procedimentos executados seja inferior a 80 (oitenta), o pagamento será proporcional ao número de procedimentos executados. Da mesma forma, caso o número de procedimentos ultrapasse o teto estabelecido, o pagamento não ultrapassará o valor estipulado para o teto.

3.4. O teto de execução prevista no item 3.3 subitens a, b, c, e d estão relacionados com a produção estabelecida para CEO TIPO I na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011;

3.5. Os 5% (cinco por cento) do montante que trata o subitem a da cláusula 3 estará vinculado ao desempenho qualitativo, o qual será calculado através da soma dos valores referentes aos indicadores de satisfação e qualificação, podendo atingir o teto de R\$ 1.292,50 (um mil duzentos e noventa e dois reais e cinquenta centavos), como segue:

I - Indicador de satisfação: a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados será aferida através da aplicação de questionário de satisfação estruturado (ANEXO 02). O valor a ser pago será proporcional à porcentagem de avaliações positivas, ou seja, aquelas que somarem no mínimo 40 pontos, por avaliação. Serão contabilizadas apenas as situações com o preenchimento completo das evoluções no GERCON, as quais deverão ser apresentadas mensalmente, conforme ANEXO 03. Este indicador corresponde a 50% do desempenho qualitativo, podendo atingir o teto de repasse de R\$ 646,25 (seiscentos e quarenta e seis reais e 25 centavos). Caso a porcentagem de avaliações positivas seja inferior a 100% (cem por cento), o pagamento será proporcional ao número de avaliações positivas (mínimo 40 pontos);

II - Indicador de qualificação: a fim de estimular o correto preenchimento das evoluções diárias e contrarreferências no GERCON, este indicador corresponderá a 50% do repasse do desempenho qualitativo. Serão avaliadas todas as evoluções e contrarreferências dos pacientes elencados no relatório mensal, conforme modelo constante no ANEXO 03. Caso a porcentagem de evoluções seja inferior a 100% (cem por cento), o pagamento será proporcional porcentagem executada. O teto do repasse será de R\$ 646,25 (seiscentos e quarenta e seis reais e 25 centavos);

3.6. O repasse estará atrelado ao recebimento, por parte do município, dos valores integrais do incentivo financeiro Federal para custeio de CEO Tipo I (conforme Portaria 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012), no montante de até R\$ 23.100,00 (vinte e três mil e cem reais), e do incentivo financeiro Estadual para custeio de CEO Tipo I (conforme Resolução nº 574/12 CIB/RS, de 24 de setembro de 2012), no montante de até R\$ 2.750,00 (dois mil setecentos e cinquenta reais), os quais estarão vinculados à proporção qualitativa e quantitativa do elenco de procedimentos odontológicos cumpridos entre os exigidos para os CEO pela Portaria GM/MS nº 600/2006 e pela Portaria GM/MS nº 1341/2012;

3.7. Os valores referentes à cláusula terceira deverão ser utilizados exclusivamente na clínica Escola de Odontologia da Uniritter, para custeio de materiais de consumo, manutenção e reposição de equipamentos.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DA EXECUÇÃO**

4.1. As atividades decorrentes do presente contrato, as quais o Instituto Anima de Extensão Universitária LTDA se obriga perante a CONTRATANTE, serão executadas pela Clínica Escola de Odontologia da Uniritter, tendo o Coordenador do projeto responsabilidade pela administração dos recursos.

4.2. Não será permitida subcontratação, transferência ou cedência, total ou parcial do objeto do Contrato a terceiros.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA FISCALIZAÇÃO**

5.1. O acompanhamento das atividades previstas neste Contrato será realizado por uma Coordenação composta por representantes das entidades partes, assim definidos:

5.1.1. pela CONTRATANTE: Representante a ser definido através de publicação de Portaria da SMS.

5.1.2. pela CONTRATADA: Representante a ser definido através de formalização por parte da Contratada.

5.2. A fiscalização das atividades previstas neste contrato e no projeto, por parte da CONTRATADA, será realizada por representante designado oficialmente.

5.3. A prestação de contas deverá ser procedida pela CONTRATADA, diretamente à Coordenação de Saúde Bucal/DAPS/SMS, respeitando o decreto 11.417/96, mediante envio, até o quinto dia útil da competência subsequente, de Relatório mensal das atividades realizadas (conforme modelo previsto no Anexo 03), juntamente com o comprovante de lançamento da produção no SIA, pelo e-mail dapssaudebucal@portoalegre.rs.gov.br, o qual será avaliado e validado pela Coordenação de Saúde Bucal/DAPS/SMS.

5.4. Após o término do processamento e conferências, o pagamento será realizado até o quinto dia útil do mês seguinte à apresentação da produção;

5.5. A CONTRATADA deverá atingir as metas quantitativas e qualitativas previstas no DDA (Anexo 04), cuja avaliação será realizada sistematicamente;

5.6. A CONTRATADA deverá se submeter às avaliações do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal).

#### **CLÁUSULA SEXTA – DAS METAS**

6.1. Valorização da pesquisa, ensino e desenvolvimento institucional, estimulando a integração da formação e ensino odontológico com os serviços de saúde, através do curso de Graduação.

6.2. Impactar os indicadores de saúde bucal da população de Porto Alegre.

6.3. Assumir posição colaborativa e estratégica no desempenho da Faculdade de Odontologia da Uniritter junto ao Sistema Único de Saúde.

6.4. Integrar-se às demais Unidades de Atenção Especializada (CEO Santa Marta, CEO IAPI, CEO Vila dos Comerciantes, CEO Bom Jesus, CEO UFRGS e CEO GHC) e às Unidades de Atenção Primária à Saúde, a fim de operacionalizar, de forma contínua e distritalizada, um programa efetivo de assistência na área de saúde bucal para a população de Porto Alegre.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

7.1. As partes declaram-se ciente dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/2018) ("LGPD"), e obrigam-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir o uso legalmente autorizado destes dados, por si, bem como seu pessoal, colaboradores, empregados e subcontratados, que utilizem os Dados Protegidos, na extensão autorizada na referida LGPD.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA**

8.1. O presente contrato terá duração de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante a lavratura de Termo Aditivo, de acordo com o Art. 107 da Lei nº 14.133/2021 e mediante a celebração de aditivo, desde que haja prévia análise da efetividade no cumprimento do seu objeto, bem como do cumprimento das metas estabelecidas;

8.2. Se uma de suas partes não se interessar pela prorrogação do presente CONTRATO, deverá denunciar o fato ao outro, por escrito, com antecedência mínima de noventa (90) dias.

#### CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

9.1. Este contrato poderá ser rescindido conforme preceitua os artigos 137, 138 e 139 da Lei 14.133/2021.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1. Para dirimir eventuais dúvidas e/ou conflitos oriundos do presente Contrato, fica eleito o Foro da cidade de Porto Alegre, com renúncia a quaisquer outros por mais privilegiados que possam ser.

E assim, por estarem justos e acordados, é firmado o presente Contrato, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do **CONTRATANTE**.

#### ANEXO 01 - Procedimentos Especializados Previstos para o CEO

Rol de procedimentos previstos para este nível de atenção pela Portaria GM/MS nº3.823, de 22 de dezembro de 2021:

Para os CEOs Tipo 1:

#### 80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS BÁSICOS
03.07.01.014-7	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
01.01.02.005-8	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
01.01.02.006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR;
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA;
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA *
03.07.01.009-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA *
03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO*
03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
03.07.01.013-9	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA*
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
03.07.01.006-6	TRATAMENTO INICIAL DO DENTE TRAUMATIZADO
03.07.01007-4	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)

1. Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores\*.

2. Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados no CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais e/ou odontopediatria.

#### 60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS PERIODONTIA
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

#### 35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS ENDODONTIA
03.07.02.003-7	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO
03.07.02.006-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
03.07.02.004-5	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
03.07.02.005-3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES
03.07.02.010-0	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
03.07.02.008-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
03.07.02.009-6	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR

1. Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 03.07.02.005-3 (tratamento endodôntico de dente permanente com três ou mais raízes) e/ou 03.07.02.009-6 (retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes).

**80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:**

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS CIRURGIA
04.14.02.002-2	APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR
04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO
04.14.01.036-1	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
04.01.01.008-2	FRENECTOMIA
04.14.02.017-0	GLOSSORRAFIA
04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES
04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA
04.04.02.063-1	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL
04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
04.14.02.035-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL
04.14.02.038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS
04.14.02.040-5	ULECOTOMIA / ULECTOMIA

**ANEXO 02 – DEFINIÇÃO DA FORMA DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA**

Para fazer a avaliação qualitativa sob a perspectiva do usuário, foram propostas 10 questões referentes à experiência do paciente na Faculdade de Odontologia. Após a conclusão definitiva do tratamento odontológico cada paciente receberá um questionário impresso e será orientado a selecionar as respostas que melhor correspondam à sua percepção em relação a cada questão.

Os usuários serão solicitados a avaliar cada questão de acordo com cinco notas, pontuadas como: (5) extremamente satisfatório, (4) satisfatório, (3) indiferente, (2) insatisfatório e (1) extremamente insatisfatório (Likert, 1932).

As respostas aos itens da avaliação de satisfação do usuário serão classificadas como respostas negativas, para as opções (2) insatisfatório e (1) extremamente insatisfatório, neutras, para a opção (3) indiferente; e positivas, para as opções (5) extremamente satisfatório e (4) satisfatório .

Da avaliação da experiência pelo usuário também faz parte uma pergunta aberta para o participante que quiser acrescentar alguma informação relevante sobre a percepção do atendimento.

**Instrumento de Avaliação:**

Olá, você está sendo convidado(a) a participar de uma avaliação sobre a sua experiência no atendimento odontológico na Faculdade de Odontologia. Contamos com a sua colaboração respondendo ao questionário abaixo para melhor atender às necessidades dos pacientes e desde já agradecemos.

1. O tempo de espera para o atendimento na sala de espera foi:

extremamente satisfatório  satisfatório  indiferente  insatisfatório  extremamente insatisfatório

2. A qualidade da recepção ao chegar à Faculdade foi:

extremamente satisfatória  satisfatória  indiferente  insatisfatória  extremamente insatisfatória

3. A acessibilidade aos espaços da Faculdade de Odontologia é:

extremamente satisfatória  satisfatória  indiferente  insatisfatória  extremamente insatisfatória

4. A limpeza dos espaços da recepção é:

extremamente satisfatória  satisfatória  indiferente  insatisfatória  extremamente insatisfatória

5. A limpeza dos espaços de atendimento é:

extremamente satisfatório  satisfatório  indiferente  insatisfatória  extremamente insatisfatória

6. As instalações dos consultórios são:

extremamente satisfatórias  satisfatórias  indiferente  insatisfatórias  extremamente insatisfatórias

7. Os cuidados com a higiene durante o atendimento foram:

extremamente satisfatórios  satisfatórios  indiferentes  insatisfatórios  extremamente insatisfatórios

8. A qualidade do atendimento foi:

extremamente satisfatória  satisfatória  indiferente  insatisfatória  extremamente insatisfatória

9. O atendimento às expectativas quanto ao trabalho finalizado foi:

extremamente satisfatório  satisfatório  indiferente  insatisfatório  extremamente insatisfatório

10. Os cuidados de biossegurança adotados para proteção contra a transmissão de doenças, durante o atendimento foram:

extremamente satisfatórios  satisfatórios  indiferente  insatisfatórios  extremamente insatisfatórios

Caso queira acrescentar mais alguma informação relevante sobre a percepção do atendimento que possa qualificar o nosso serviço, favor utilizar o espaço abaixo:

#### ANEXO 03 - MODELO DE RELATÓRIO MENSAL

##### 1. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

CEO UniRitter	COMPETÊNCIA: mm/aaaa	
Código SIGTAP	PROCEDIMENTOS BÁSICOS	QUANTITATIVO
03.07.01.014-7	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
01.01.02.005-8	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);	
01.01.02.006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);	
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);	
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR;	
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;	
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;	
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.	
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA;	
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);	
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	
03.07.01.009-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA	
03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO	
03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	
03.07.01.013-9	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA	
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;	
03.07.01.006-6	TRATAMENTO INICIAL DO DENTE TRAUMATIZADO	
03.07.01.007-4	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)	
	TOTAL	
Código SIGTAP	PROCEDIMENTOS PERIODONTAIS	QUANTITATIVO
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	




- (a) Nome completo do paciente com tratamento concluído;  
 (b) Data da conclusão do tratamento e contrarreferência;  
 (c) Número do Cartão Nacional do SUS (do paciente);  
 (d) Dado obtido ao final do tratamento evoluído no GERCON

#### ANEXO 04 – DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL (DDA)

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

#### Identificação

<b>Nome</b>		<b>CNES</b>	<b>CNPJ</b>
INSTITUTO ANIMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA LTDA		4307240	27.629.449/0068-87
<b>Nome Empresarial</b>		<b>Natureza Jurídica(Grupo)</b>	
INSTITUTO ANIMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA LTDA		ENTIDADES EMPRESARIAIS	
<b>Logradouro</b>		<b>Número</b>	<b>Complemento</b>
ORFANOTRÓFIO		555	BLOCO C CLINICA O
<b>Bairro</b>	<b>Município</b>	<b>UF</b>	
SANTA TEREZA	431490 - PORTO ALEGRE	RS	
<b>CEP</b>	<b>Telefone</b>	<b>Dependência</b>	<b>Regional de Saúde</b>
90840-440	(31)3319-9311	INDIVIDUAL	
<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Subtipo de Estabelecimento</b>	<b>Gestão</b>	
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	OUTROS	MUNICIPAL	
<b>Diretor Clínico/Gerente/Administrador</b>			
CAROLINE LUIZ ANGOSESE			
<b>Cadastrado em</b>	<b>Atualização na Base Local</b>	<b>Última atualização Nacional</b>	
03/09/2023	31/08/2023	04/02/2024	
<b>Horário de funcionamento</b> +			
<b>Dia semana</b>	<b>Horário</b>		
<b>Data Desativação</b>	<b>Motivo Desativação</b>		
<a href="#">Gerar PDF</a>			

### 2. MONITORAMENTO DAS METAS PARA O CEO

#### 2.1. Avaliação quantitativa:

PRODUÇÃO MENSAL			
Tipos de procedimentos	Teto de produção por tipo de procedimento *	Valor por procedimento **	Teto de pagamento por tipo de procedimento
Procedimentos BÁSICOS	80	R\$ 96,30	R\$ 7.704,31
Procedimentos PERIODONTAIS	60	R\$ 96,30	R\$ 5.778,24
Procedimentos ENDODÔNTICOS	35	R\$ 96,30	R\$ 3.370,64
Procedimentos CIRÚRGICOS	80	R\$ 96,30	R\$ 7.704,31
<b>TOTAL</b>			R\$ 24.557,50

\*Caso o CEO UFRGS ultrapasse a meta, o valor a ser repassado não ultrapassará o teto estabelecido;

\*\* Os valores por procedimento serão automaticamente alterados caso haja redução ou incremento nos montantes do incentivo repassado pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde/RS à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

#### 2.2. Avaliação qualitativa:

Indicador	Método	Meta	Teto de pagamento por atingimento da meta *
-----------	--------	------	---

Satisfação	Avaliação dos escores de satisfação dos pacientes	100% dos usuários com grau de satisfação bom ou muito bom	R\$ 646,25
Qualificação	Avaliação das evoluções dos atendimentos no sistema e-SUS	100% das consultas evoluídas no e-SUS	R\$ 646,25
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 1.292,50</b>

\* Os valores por procedimento serão automaticamente alterados caso haja redução ou incremento nos montantes do incentivo repassado pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde/RS à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

### 3. RESUMO FINANCEIRO

Incentivo	Mensal (3)	Anual (4)
95% do Incentivo Federal para CEO Tipo I (1,2)	R\$ 24.557,50	R\$ 294.690,00
5% do Incentivo Federal para CEO Tipo I (1,2)	R\$ 1.292,50	R\$ 15.510,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 25.850,00</b>	<b>R\$ 310.200,00</b>

(1) O repasse estará atrelado ao recebimento, por parte do município, dos valores integrais do incentivo financeiro Federal para custeio de CEO Tipo I (conforme Portaria 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012), no montante de até R\$ 23.100,00 (vinte e três mil e cem reais), e do incentivo financeiro Estadual para custeio de CEO Tipo I (conforme Resolução nº 574/12 CIB/RS, de 24 de setembro de 2012), no montante de até R\$ 2.750,00 (dois mil setecentos e cinquenta reais), os quais estarão vinculados à proporção qualitativa e quantitativa do elenco de procedimentos odontológicos cumpridos entre os exigidos para os CEO pela Portaria GM/MS nº 600/2006 e pela Portaria GM/MS nº 1341/2012;

(2) Serão automaticamente alterados caso haja redução ou incremento nos montantes do incentivo repassado pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde/RS à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

(3) Valor referente ao teto mensal de repasse;

(4) Valor referente ao teto anual de repasse;



Documento assinado eletronicamente por **Átila Simões da Cunha, Usuário Externo**, em 11/11/2025, às 14:19, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Guilherme Colin de Soárez, Usuário Externo**, em 25/11/2025, às 10:29, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Ritter, Secretário(a) Municipal**, em 25/11/2025, às 11:17, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.procempa.com.br/autenticidade/seipmpa> informando o código verificador **36495427** e o código CRC **53B4139C**.