



prefeitura de  
**PORTO ALEGRE**

**PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO**  
**SETOR DE CONTRATOS - CAF/PGM**

**CONTRATO REGISTRADO SECON Nº 89768 / 2024 - SEI Nº 18.0.000085787-0**

**TERMO ADITIVO XXXIV**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO 18.0.000085787-0**

**Trigésimo Quarto termo aditivo ao contrato de prestação de serviços de saúde, registrado sob o n. 70.445, firmado entre o MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE e a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE.**

O **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Praça Montevideu, nº 10, em Porto Alegre/RS, inscrito no CGC/MF sob o nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde, Fernando Ritter, conforme delegação de competência estabelecida no Decreto nº 19.932/2018, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**, inscrita no CNPJ sob nº 92.815.000/0001-68, com sede na Rua Professor Annes Dias, nº 295, Centro, na cidade de Porto Alegre/RS, aqui denominada simplesmente **CONTRATADA**, neste ato representada por seu representante legal Alfredo Guilherme Englert, resolvem firmar o presente TERMO ADITIVO, nos termos dos arts. 58, I, da Lei Federal nº 8.666/93, conforme cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1.** O objeto do presente Termo Aditivo ao **contrato registrado sob o nº 70.445** consiste no repasse de recursos previstos na **PORTARIA SES Nº 301/2024 28724613**, que estabelece o repasse excepcional e extraordinário de recursos financeiros da Secretaria da Saúde para serem alocados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) dos hospitais que estão realizando atendimentos de retaguarda às vítimas dos desastres, em parcela única, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.

**CLÁUSULA SEGUNDA – PORTARIA SES Nº 301/2024 E DOS VALORES**

**2.1.** Conforme prevê a Portaria SES Nº 301/2024 28724613, fica o Município obrigado ao repasse, em parcela única, após assinatura do presente aditivo, do valor de **R\$ 200.000,00** (duzentos mil reais).

2.2. O repasse de demais parcelas está condicionado ao ingresso de recursos no Fundo Municipal de Saúde.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1. Permanecem íntegras e em pleno vigor todas as cláusulas do referido Contrato de Prestação de Serviços de Saúde que não foram objeto deste Termo Aditivo.

E assim, por estarem justos e acordados, é firmado o presente Termo Aditivo, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do MUNICÍPIO.

## ANEXO I – DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL (DDA)

Integra o presente Termo Aditivo o Documento Descritivo Assistencial – DDA constante no evento SEI 26469556



Documento assinado eletronicamente por **Alfredo Guilherme Englert, Usuário Externo**, em 17/06/2024, às 12:12, 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 24/06/2024, às 11:44, 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 **28916251** e o código CRC **6C954044**.



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

# DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº02/2017 GM/MS

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

Este documento está sujeito à vistorias e confirmação do cumprimento das habilitações pelas áreas técnicas

**Porto Alegre, 11 de outubro de 2023**

**1 - DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL - POA**

**TERMO INTEGRANTE DO CONVÊNIO/ CONTRATO OU CONGÊNERE, QUE CONTÉM AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONTRATADO/CONVENIADO, OS COMPROMISSOS ASSISTENCIAIS COM OS RESPECTIVOS QUANTITATIVOS, AS METAS DE QUALIDADE COM INDICADORES DE GESTÃO, ASSISTENCIAL, ENSINO E PESQUISA/ EDUCAÇÃO PERMANENTE E INDICADORES ESPECÍFICOS DAS REDES PRIORITÁRIAS, QUE SÃO OBJETOS DE PACTUAÇÃO DESTE INSTRUMENTO CONTRATUAL.**

**1 IDENTIFICAÇÃO**

Razão Social: CNPJ: 92815000000168

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE CNES: 2237253

Endereço:

RUA PROF. ANNES DIAS, 295

Cidade:	UF:	CEP:	DDD/Telefone:
PORTO ALEGRE	RS	90020090	(051) 3214 8000
Conta Corrente:75612	Banco:001	Agência: 00108	Praça de Pagamento:
			Porto Alegre
Responsável Alfredo Guilherme Englert			CPF:00776130072
Diretor técnico: Gisele Alsina Nader Bastos			CREMERS: 28354
Diretor Geral e de Relações Institucionais:		CPF:	
Júlio Flávio Dornelles de Matos		25269844087	
Endereço:			CEP:
RUA PROF. ANNES DIAS, 295      BAIRRO CENTRO			90020090

2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL				
Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Geral		<input type="checkbox"/> Especializado	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público		<input checked="" type="checkbox"/> Privado	<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico / Hospital de ensino
Número de Leitos (sem UTI)	1050 Geral		463 SUS	
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		<input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Serviço de Maternidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não:	Se sim, habilitado em GAR:
				<input checked="" type="checkbox"/> Sim
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	TRANSPLANTES , CARDIOVASCULAR, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, TRAUMATO ORTOPEDIA, TERAPIA NUTRICIONAL, RETIRADA DE ÓRGÃOS, BANCO DE TECIDO HUMANO, CACON, ONCOLOGIA CIRÚRGICA PORTE A	Total: 11
Número de Leitos UCI Neonatal	Leitos	16 total	10 SUS	
Número de Leitos de UTI Tipo I SUS	Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo III SUS	49 Adulto	24 Pediátrico	15 Neonatal (Portaria SAS nº724/2014)	___ UCO
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Emergência porta de entrada tipo II, Leitos de retaguarda, leitos de terapia Intensiva tipo III, Rede Cegonha, Atendimento Gestante Alto Risco, UTI NEO Tipo III, UCI NEO, AVC agudo e integral, IAM.	
Comissão de Infecção hospitalar:	TERESA CRISTINA SUKIENNIK			
Comissão de Ética:	MARILIA MARIA SANTOS SEVERO			
Comissão de Prontuários Médicos	Mayra Marcela Souza Rodriguez			

<b>EQUIPAMENTOS</b>			
<b>1 - EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
01-GAMA CAMARA	3	3	SIM
03-MAMOGRAFO COM ESTEREOTAXIA	1	1	SIM
05-RAIO X DE 100 A 500 MA	14	14	SIM
06-RAIO X MAIS DE 500MA	9	8	SIM
08-RAIO X COM FLUOROSCOPIA	14	14	SIM
10-RAIO X PARA HEMODINAMICA	4	4	SIM
11-TOMOGRAFO COMPUTADORIZADO	5	5	SIM
12-RESSONANCIA MAGNETICA	4	2	SIM
13-ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	57	57	SIM
14-ULTRASSOM ECOGRAFO	50	50	SIM
16-PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
18-PET/CT	1	1	SIM
<b>2 - EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
21-CONTROLE AMBIENTAL/AR CONDICIONADO CENTRAL	53	53	SIM
22-GRUPO GERADOR	4	4	SIM
<b>3 - EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
31-ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	51	51	SIM
32-ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	15	15	SIM
33-ENDOSCOPIO DIGESTIVO	145	140	SIM
34-EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	5	5	SIM
Endoscópio Rígido	29	27	SIM
Fetoscópio	4	4	SIM
35-LAPAROSCOPIO/VIDEO	27	25	SIM
36-MICROSCOPIO CIRURGICO	23	23	SIM
37-CADEIRA OFTALMOLOGICA	6	6	SIM
38-COLUNA OFTALMOLOGICA	5	5	SIM
39-REFRATOR	5	5	SIM
40-LENSOMETRO	4	4	SIM
44-PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS	9	9	SIM
45-RETINOSCOPIO	2	2	SIM
46-OFTALMOSCOPIO	51	37	SIM
47-CERATOMETRO	1	1	SIM
48-TONOMETRO DE APLANACAO	8	8	SIM
49-BIOMICROSCOPIO (LAMPADA DE FENDA)	15	13	SIM
50-CAMPIMETRO	2	2	SIM
<b>4 - EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
41-ELETROCARDIOGRAFO	127	114	SIM
42-ELETROENCEFALOGRAFO	4	4	SIM
<b>5 - EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
51-BOMBA/BALAO INTRAAORTICO	4	4	SIM
52-BOMBA DE INFUSAO	1276	1265	SIM
53-BERÇO AQUECIDO	115	115	SIM
54-BILIRRUBINÔMETRO	4	4	SIM
56-DESFIBRILADOR/CARDIOVERSOR	126	114	SIM
57-EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	47	47	SIM
58-INCUBADORA	84	83	SIM
59-MARCAPASSO TEMPORARIO/EXTERNO	52	52	SIM
60-MONITOR FETAL	12	21	SIM
61-MONITOR DE ECG	540	524	SIM
62-MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	92	92	SIM
63-MONITOR DE PRESSÃO NÃO INVASIVO	61	61	SIM
64-REANIMADOR PULMONAR/AMBU	4	4	SIM
65-RESPIRADOR/VENTILADOR	229	227	SIM
66-VENTILADOR PULMONAR	59	40	SIM
<b>6 - OUTROS EQUIPAMENTOS</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
72-APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	7	7	SIM
73-BOMBA DE INFUSAO DE HEMODERIVADOS	2	2	SIM
74-EQUIPAMENTOS DE AFERESE	3	3	SIM
76-EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA	4	4	SIM
77-EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	76	76	SIM
78-FORNO DE BIER	2	2	SIM
<b>7 - EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
80-EQUIPO ODONTOLOGICO COMPLETO	15	15	SIM
81-COMPRESSOR ODONTOLÓGICO	2	2	SIM
83-CANETA DE ALTA ROTAÇÃO	13	13	SIM
84-CANETA DE BAIXA ROTAÇÃO	1	1	SIM
<b>8 - EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
92-AUDIMETRO DE DOIS CANAIS	7	1	SIM
95-CABINE ACÚSTICA	2	2	SIM
96-SISTEMA DE CAMPO LIVRE	1	1	SIM
<b>COLETA SELETIVA DE REJEITO/RESÍDUOS:</b>			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS QUÍMICOS			
RESÍDUOS COMUNS			
RESÍDUOS RADIOATIVOS			

<b>2.1 ESTRUTURA FISICA</b>		
<b>I - URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
CONSULTORIOS MEDICOS	8	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/GRAVE	2	14
SALA DE ATENDIMENTO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	6	0
SALA DE CURATIVO	4	0
SALA GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	4	0
SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS	3	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO ADULTO	12	12
SALA REPOUSO/OBSERVACAO PEDIATRICA	13	13
<b>II - AMBULATORIAL</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
CLINICAS BASICAS	43	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	120	0
CLINICAS INDIFFERENCIADO	12	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	12	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	4	0
SALA DE CURATIVO	4	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	3	0
SALA DE GESSO	3	0
SALA DE IMUNIZACAO	3	0
SALA DE NEBULIZACAO	3	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	10	0
<b>III - HOSPITALAR</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
SALA DE CIRURGIA	60	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	9	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA PARTO NORMAL	3	0
SALA DE PRÉ PARTO	2	3
SALA DE RECUPERACAO	12	131
<b>IV - HOSPITALAR - LEITOS ESPEC - CIRURGICO</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
01- BUCO MAXILO FACIAL	1	1
02- CARDIOLOGIA	53	22
03-CIRURGIA GERAL	49	19
06-GINECOLOGIA	1	1
08- NEFROLOGIA/UROLOGIA	8	8
09- NEUROCIURURGIA	36	4
12- ONCOLOGIA	79	30
13-ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	10	8
14- OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
15- PLASTICA	2	1
16-TORACICA	37	14
67- TRANSPLANTE	55	45
TOTAL	333	155
<b>ESPEC - CLINICO</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
32- CARDIOLOGIA	21	0
33-CLINICA GERAL	135	25
42- NEUROLOGIA	37	21
44- ONCOLOGIA	97	23
46- PNEUMOLOGIA	36	0
TOTAL	326	69
<b>HOSPITAL DIA</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	42	40
72-GERIATRIA	1	1
71- INTERCORRENCIA POS TRANSPLANTE	7	7
69- AIDS	1	1
TOTAL	51	49
<b>COMPLEMENTAR</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
93-UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	5	5
92- UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	16	10
82- UTI NEONATAL TIPO III	20	15
79- UTI PEDIATRICA TIPO III	40	24
76- UTI ADULTO TIPO III	92	49
TOTAL	173	103
<b>OBSTETRICO</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
10- OBSTETRICA CIRURGICA	41	21
43-OBSTETRICA CLINICA	6	6
TOTAL	47	27
<b>PEDIATRICO</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
45- PEDIATRIA CLINICA	52	30
68- PEDIATRIA CIRURGICA	68	30
TOTAL	120	60
<b>TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR</b>		
	<b>877</b>	<b>360</b>
<b>IV - SERVIÇO DE APOIO</b>		
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO	
FARMACIA	PROPRIO	
LAVANDERIA	PROPRIO	
NECROTARIO	PROPRIO	
NUTRICA O E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO	
SERVIÇO DE MANUTENCA O DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO	
AMBULANCIA	PROPRIO	
BANCO DE LEITE	PROPRIO	
LACTARIO	PROPRIO	
SERVIÇO DE MANUTENCA O DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO	
SERVIÇO SOCIAL	PROPRIO	



## 3.2 - Metas de Regulação

SUB ESPECIALIDADES	TIPO	QUANTIDADES
CARDIO ARRITMIAS	CLINICA	12
CARDIO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE	TX	20
CARDIOLOGIA ADULTO	CLINICA	40
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	CLINICA	50
CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL	CIRURGIA	12
CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL PEDIÁTRICA	CIRURGIA	4
CIRURGIA CARDÍACA ADULTO	CIRURGIA	25
CIRURGIA CRANIOMAXILO FACIAL	CIRURGIA	4
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	CIRURGIA	53
CIRURGIA GERAL ADULTO	CIRURGIA	80
CIRURGIA GERAL PEDIÁTRICA	CIRURGIA	30
CIRURGIA PLÁSTICA ADULTO	CIRURGIA	30
CIRURGIA PLÁSTICA PEDIÁTRICA	CIRURGIA	4
CIRURGIA TORÁCICA ADULTO	CIRURGIA	24
CIRURGIA TORÁCICA PEDIÁTRICA	CIRURGIA	6
CIRURGIA VASCULAR DOENÇA ARTERIAL	CIRURGIA	20
CIRURGIA VASCULAR VARIZES	CIRURGIA	10
DERMATOLOGIA ADULTO	CLINICA	200
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	CLINICA	40
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	CLINICA	20
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	CLINICA	8
ENDOCRINOLOGIA TIREÓIDE	CLINICA	12
GASTRO ADULTO	CLINICA	20
GASTRO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE HEPATICO ADULTO	TX	100
GASTRO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE HEPATICO PEDIÁTRICO	TX	20
GASTRO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE HEPATICO DOADOR	TX	10
GASTRO PEDIÁTRICA	CLINICA	16
GENÉTICA MÉDICA PEDIÁTRICA	CLINICA	4
GINECO HISTEROSCOPIA	GINECO-OBST.	6
GINECO dor pelvica cronica e/ou endometriose	GINECO-OBST.	4
GINECOLOGIA CIRURGICA	GINECO-OBST.	6
GINECOLOGIA CLIMATERIO	GINECO-OBST.	4
GINECOLOGIA COLO DE UTERO	GINECO-OBST.	6
GINECOLOGIA EST PELVICA INCONT URINÁRIA	GINECO-OBST.	8
GINECOLOGIA GERAL ADULTO	GINECO-OBST.	6
GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL	GINECO-OBST.	4
HEMATOLOGIA AVALIAÇÃO PRE- PED	TX	10
HEMATOLOGIA AVALIAÇÃO PRE- ADULT	TX	20
HEMATOLOGIA AVALIAÇÃO PRE- ADULT DOADOR (SOLIC E EXEC)	TX	8
HEMATOLOGIA ADULTO	CLINICA	12
HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	CLINICA	8
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	CLINICA	10
INFECTOLOGIA ADULTO	CLINICA	12
INFECTOLOGIA HIV ADULTO	CLINICA	8
LINHA DE CUIDADO- DOR TORACICA	CLINICA	6
LINHA DE CUIDADO-AIT	CLINICA	4
MEDICINA INTERNA	CLINICA	8
NEFRO AVALIAÇÃO PRE-TRANSPLANTE DOADOR (SOLIC E EXEC)	TX	20
NEFRO AVALIAÇÃO PRE-TRANSPLANTE ADULTO	TX	80
NEFRO AVALIAÇÃO PRE-TRANSPLANTE PED	TX	15
NEFROLOGIA ADULTO	CLINICA	24
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	CLINICA	4
NEURO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	NEUROLOGIA	4
NEURO EPILEPSIA GRAVE ADULTO	NEUROLOGIA	2
NEURO EPILEPSIA GRAVE PEDIÁTRICA	NEUROLOGIA	4
NEURO ESCLEROSE MULTIPLA	NEUROLOGIA	4
NEURO PARKINSON	NEUROLOGIA	10
NEURO RADIOLOGIA ENDOVASCULAR	NEUROLOGIA	6
NEUROCIURGIA ADULTO	CIRURGIA	40
NEUROCIURGIA COLUNA ADULTO	CIRURGIA	12
NEUROCIURGIA PEDIÁTRICA	CIRURGIA	6
NEUROLOGIA ADULTO	NEUROLOGIA	36
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	NEUROLOGIA	10
OFTALMOLOGIA ADULTO	OFTALMOLOGIA	160
OFTALMOLOGIA CATARATA	OFTALMOLOGIA	80
OFTALMOLOGIA CATARATA AO SÁBADOS	OFTALMOLOGIA	67
OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA	OFTALMOLOGIA	20
OFTALMOLOGIA PRE-TX CORNEA	OFTALMOLOGIA	16
ONCO ENDOCRINO	ONCOLOGIA	4
ONCO QUIMIOTERAPIA ADULTO	ONCOLOGIA	20
ONCO BRAQUITERAPIA	ONCOLOGIA	50

ONCOLOGIA CIR PEDIATRICA	ONCO CIRURGIA	10
ONCOLOGIA CIRURGIA DA MAMA	ONCO CIRURGIA	22
ONCOLOGIA CIRURGIA GASTRO	ONCO CIRURGIA	8
ONCOLOGIA CIRURGIA GERAL	ONCO CIRURGIA	14
ONCOLOGIA CIRURGIA TORACICA	ONCO CIRURGIA	12
ONCOLOGIA CIRURGICA CABECA E	ONCO CIRURGIA	16
ONCOLOGIA GINECO	ONCOLOGIA	24
ONCOLOGIA GINECO TUMORES TROFLOBLASTICOS HSC	ONCOLOGIA	4
ONCOLOGIA HEMATO ADULTO	ONCOLOGIA	16
ONCOLOGIA HEMATO PEDIATRICA	ONCOLOGIA	10
ONCOLOGIA NEUROCIRURGIA	ONCOLOGIA	20
ONCOLOGIA OFTALMO TUMORES	ONCOLOGIA	4
ONCOLOGIA PEDIATRICA	ONCOLOGIA	30
ONCOLOGIA PROCTO	ONCOLOGIA	12
ONCORADIOTERAPIA	ONCOLOGIA	200
ONCOLOGIA TUMOR OSSEO	ONCOLOGIA	4
ONCOLOGIA TUMORES DE PELE	ONCOLOGIA	20
ONCOLOGIA URO	ONCOLOGIA	32
ORTOPEDIA COLUNA ADULTO	ORTOPEDIA	4
ORTOPEDIA COLUNA PEDIATRICA	ORTOPEDIA	2
ORTOPEDIA DE MAO ADULTO	ORTOPEDIA	8
ORTOPEDIA GERAL ADULTO	ORTOPEDIA	4
ORTOPEDIA GERAL PEDIATRICA	ORTOPEDIA	6
ORTOPEDIA JOELHO	ORTOPEDIA	6
ORTOPEDIA OMBRO	ORTOPEDIA	8
ORTOPEDIA PE	ORTOPEDIA	6
ORTOPEDIA QUADRIL	ORTOPEDIA	8
OTORRINO PEDIATRICA	CLINICA	16
OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	CLINICA	76
PEDIATRIA - DESENVOLVIMENTO	CLINICA	8
PEDIATRIA	CLINICA	4
PNEUMO AVALIACAO PRE- TRANSP. DE PULM.	TX	12
PNEUMO AVALIACAO PRE- TRANSP. DE PULM.DOADOR (SOLIC E EXEC)	TX	4
PNEUMOLOGIA ADULTO	CLINICA	36
PNEUMOLOGIA APNEIA DO SONO - POLISSONOGRAMA	CLINICA	4
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA	CLINICA	8
PRE-NATAL RISCO REGIONALIZADO	GINECO-OBST.	20
PRE-NATAL BAIXO RISCO	GINECO-OBST.	10
PRE-NATAL ADOLESCENCIA	GINECO-OBST.	8
PRE-NATAL DE ALTO RISCO	GINECO-OBST.	14
PRE-NATAL DIABETES	GINECO-OBST.	4
PRE-NATAL HIV	GINECO-OBST.	4
PROCTOLOGIA ADULTO	CLINICA	30
PSQUIATRIA ADULTO	CLINICA	4
REUMATOLOGIA ADULTO	CLINICA	8
REUMATOLOGIA PEDIATRICA	CLINICA	3
RN CUIDADOS ESPECIAIS HIV	GINECO-OBST.	20
UROLOGIA ADULTO	UROLOGIA	56
UROLOGIA BIOPSIA DE PROSTATA	UROLOGIA	6
UROLOGIA PEDIATRICA	UROLOGIA	12
<b>TOTAL</b>		<b>2601</b>

#### EXAMES PARA A REDE BASICA

EXAMES	CÓDIGO	OFERTA MÊS
CATETERISMO	211020010	36
ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER (ECO TRANS TORÁCICA)	205010032	20
ELETRONEUROLOGRAFIA EM VIGÍLIA COM FOTO ESTÍMULO	211050024	12
ELETRONEUROMIOGRAFIA	211050083	4
HOLTER 24H	211020044	6
TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO	211020060	10
PET-CT	211020060	48

#### OFERTAS GERINT

	OFERTA MÊS
<b>CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL</b>	4
<b>TOTAL TRAUMATO</b>	8
Joelho	1
Ombro	2
Pé	2
Quadril	1
Mão	2

#### EXAMES

<b>CINTILOGRAFIA</b>	<b>10</b>
<b>ANATOMOPATOLÓGICO</b>	<b>10</b>

**4. METAS DE QUALIDADE**

**4.1. INDICADORES GERAIS**

Eixo 1 - Assistência e Gestão	AFERIÇÃO	Meta (Valor mensal)	Unidade	Fonte	Valor de repasse de acordo com Resultado do Indicador		
					Variação de até 10%*	Variação entre 10% a 25%**	Variação maior 25%***
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos-dia no mesmo período	85	%	hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS - UTI ADULTO	TxO-UTI = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos-dia no mesmo período	85		hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM LEITOS CIRURGICOS	TmPCir = Total de pacientes-dia-cirúrgicos/ Total de cirurgias	7	Nº	hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TAXA DE DENSIDADE DE INCIDENCIA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUINEA ASSOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL(INFECÇÃO PRIMÁRIA)	Infecções / 1000 pacientes dia com catéter venoso central	5	%	hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NOS LEITOS DE CLÍNICA MÉDICA	TmPClin = Total de pacientes-dia-clínicos/ Total de pacientes clínicos	15	Nº	hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	No de óbitos após 24h/No de saídas hospitalares	5	%	hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES	Quedas/1000 pacientes	3	%	hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
TAXA DE INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM PACIENTES	Úlceras/1000 pacientes	5		hosp	R\$ 721.001,51	R\$ 612.851,28	R\$ 504.701,06
<b>Total por Metas</b>					<b>R\$ 5.768.012,07</b>	<b>R\$ 4.902.810,26</b>	<b>R\$ 4.037.608,45</b>

\*Se a meta do indicador variar em até 10%, o prestador receberá 100% do valor destinado a ele, 60% do valor pré-fixado do contrato). Se variar entre 10% e 25%, o prestador receberá 85% do valor destinado a ele, E se a meta do indicador variar acima até 25%, o prestador receberá 70%.O desconto será apontado na CAC e descontado nos 4 meses subsequentes à homologação do Relatório da CAC.

As metas serão avaliadas pelo resultado obtido no acumulado do quadrimestre.

A fonte de dados para apuração fica definida como a utilizada pela ISCMPA passível de auditoria caso necessário, com exceção do indicador de número de primeiras consultas ofertadas a URAMB

6 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA		
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
ORÇAMENTO PRÉ-FIXADO	R\$ 12.034.769,28	R\$ 144.417.231,36
ORÇAMENTO PÓS-FIXADO	R\$ 11.585.032,05	R\$ 139.020.384,56
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 23.619.801,33</b>	<b>R\$ 283.437.615,91</b>

Pós-Fixado	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Produção FAEC Ambulatorial e hospitalar	R\$ 6.206.813,53	R\$ 74.481.762,39
Produção da Alta Complexidade	R\$ 5.324.240,25	R\$ 63.890.883,04
Total Complementação Municipal- portaria nº 1106/18 – vínculo 40	R\$ 53.978,26	R\$ 647.739,12
<b>SUBTOTAL</b>	<b>R\$ 11.585.032,05</b>	<b>R\$ 139.020.384,56</b>
Pré -Fixado	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Produção de Média Complexidade Ambulatorial	R\$ 1.166.261,26	R\$ 13.995.135,12
Produção de Média Complexidade Hospitalar (sem produção COVID)	R\$ 2.099.470,85	R\$ 25.193.650,18
FIDEPS - vínculo 4590 – portaria SAS/MS 254/2002	R\$ 1.259.174,82	R\$ 15.110.097,84
Integrarus - vínculo 4590 – portaria GS/MS nº 139/2007	R\$ 229.607,31	R\$ 2.755.287,72
IGH – já incorporado ao teto (Antigo IAC) - vínculo 4590 – portaria GS/MS nº 1721/05	R\$ 865.024,18	R\$ 10.380.290,16
IGH – impacto portaria 142/2014** - vínculo 4590	R\$ 1.034.592,04	R\$ 12.415.104,48
Rede Cegonha Pt 1480/12 11 leitos UTI Neo Tipo III ** - vínculo 4590	R\$ 87.738,79	R\$ 1.052.865,48
Rede Cegonha Pt 1480/12 10 leitos UCI Neo Qualf ** - vínculo 4590	R\$ 76.650,00	R\$ 919.800,00
Pt 2395/11 Rede Urgência Porta de entrada tipo II ** - vínculo 4590	R\$ 300.000,00	R\$ 3.600.000,00
Pt 1641/15 Rede Urgência- 45 leitos novos -retaguarda (valor da produção incorporado ao teto) - vínculo 4590	R\$ 232.687,50	R\$ 2.792.250,00
Pt 1641/15 Rede Urgência- 38 leitos qualificados -retaguarda ** - vínculo 4590	R\$ 196.491,67	R\$ 2.357.900,04
Pt 2395/11 Rede Urgência 15 leitos qualificados UTI tipo III ** - vínculo 4590	R\$ 119.643,81	R\$ 1.435.725,72
Pt 2395/11 Rede Urgência 5 leitos novos UTI tipo III ** - vínculo 4590	R\$ 39.881,27	R\$ 478.575,24
Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC agudo** vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590	R\$ 47.906,25	R\$ 574.875,00
Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC integral** vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590	R\$ 45.244,79	R\$ 542.937,48
Portaria MS Nº 758 de 12/06/2019	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
Portaria GM/MS Nº 3750, 23/12/20 Rede Urgência e Emergência( 24 L Adulto)	R\$ 191.430,09	R\$ 2.297.161,08
Portaria GM/MS Nº 3750, 23/12/20 Rede Urgência e Emergência( 19 L Pediatrico)	R\$ 151.548,82	R\$ 1.818.585,86
ASSISTIR RS vínculo 4230	R\$ 2.421.415,83	R\$ 29.056.989,96
Pt SMS nº 134/19 vínculo 40	R\$ 1.450.000,00	R\$ 17.400.000,00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>R\$ 12.034.769,28</b>	<b>R\$ 144.417.231,36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 23.619.801,33</b>	<b>R\$ 283.707.897,10</b>
<b>Total até novembro 2023 com 25 leitos</b>		<b>R\$ 283.978.178,35</b>

\*\* Valor mediante comprovação dos critérios de qualificação estabelecidos em portarias, metas pactuadas entre gestor e prestador e repasse federal.

\*\*\* Condicionado a repasse estadual

sendo:	R\$ 3.265.732,11 produção,	O componente pré-fixado importa em	R\$ 12.034.769,28 mensais,
	R\$ 6.347.621,34 incentivos federais e municipais e		R\$ 2.421.415,83 ASSISTIR .
Conforme discriminado abaixo, o valor mensal a ser transferido ao HOSPITAL pode alcançar:			R\$ 23.619.801,33 mensais
a. Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado (sem ASSISTIR) será repassado mensalmente do Fundo Municipal/Estadual/Distrital de Saúde ao Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia, podendo incidir a sanção pecuniária prevista na análise de desempenho de metas de qualidade.			
b. Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado (sem ASSISTIR) será repassado mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas no Documento Descritivo. Admitir-se-á tolerância de 10% quanto à produção física/financeira, sem incidir desconto, sendo a produção financeira preponderante à física			

Os valores do ASSISTIR possuem regras específicas de desconto nos repasses, de acordo com critérios estabelecidos nas portarias e resoluções que instituem o incentivo, de forma que o valor efetivamente pago poderá ser distinto do contratado.

O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas neste Documento Descritivo deverá ser avaliado/atestado pela Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato.
A cada quatro meses serão avaliados o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pela CAC, se não houve evolução positiva e encaminhamentos efetivos nas avaliações, a Comissão poderá, resguardada a autonomia do Gestor local, sugerir a aplicação de sanção pecuniária, conforme a portaria.
Se o cumprimento das metas quantitativas for abaixo de 80% e acima de 100% por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, será necessário rever o documento descritivo e os valores contratuais, exceto das Redes Temáticas. E se o cumprimento das metas qualitativas for abaixo de 80% será necessário rever o documento descritivo e os valores contratuais.
O componente <b>pós-fixado</b> corresponde a Produção Ambulatorial e Hospitalar FAEC, Produção ambulatorial e hospitalar da Alta Complexidade, complementação municipal da Prt. 1106/18 . A produção pós fixada será repassada ao HOSPITAL pós-produção, aprovação, processamento e concomitantemente à respectiva transferência financeira, de acordo com a produção mensal aprovada pela SMS
Os valores previstos neste documento descritivo poderão ser alterados, de comum acordo entre o gestor e o Hospital, mediante celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado sendo que no caso de necessidade de recursos adicionais, estas serão provenientes da área denominada Teto da Média e Alta Complexidade do Município/Estado e de acordo com disponibilidade orçamentária;
O Hospital deverá fornecer à SMS, mensalmente, o censo hospitalar para medição das metas de qualidade do presente documento descritivo, bem como os relatórios citados nos itens 3 e 4 do presente Documento Descritivo, através do envio ao e-mail nrp@sms.prefpoa.com.br. O prazo para apresentação dos dados que compõe os indicadores das metas de qualidade propostos no item 4 e 4.1 do documento descritivo é de 15 dias úteis anteriores a reunião que será pré agendada com anuência de todas as partes envolvidas.

**IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

**6. 1 - RESUMO ORÇAMENTÁRIO**

			Mensal	Anual
<b>SIA</b>	Média complexidade - Pré-fixado	Físico	96.273	1.155.276
		Financeiro	R\$ 1.166.261,26	R\$ 13.995.135,12
	Alta complexidade - Pós-fixado	Físico	5.054	60.648
		Financeiro	R\$ 3.250.691,95	R\$ 39.008.303,41
	Complemento municipal - pós-fixado****	físico	5	60
		Financeiro	R\$ 20.546,60	R\$ 246.559,20
	FAEC - Pós-fixado	Físico	6.017	72.204
		Financeiro	R\$ 1.965.325,09	R\$ 23.583.901,07
<b>SIH</b>	Média complexidade - Pré-fixado	Físico	1.043	12.516
		Financeiro	R\$ 2.099.470,85	R\$ 25.193.650,18
	Alta complexidade - Pós-fixado	Físico	336	4.032
		Financeiro -MAC	R\$ 2.073.548,30	R\$ 24.882.579,64
	Componente municipal - pós-fixado****	Físico	20	240
		Financeiro	R\$ 33.431,66	R\$ 401.179,92
	FAEC - Pós-fixado	Físico	220	2.640
		Financeiro	R\$ 4.241.488,44	R\$ 50.897.861,33
<b>Total (MAC+FAEC)</b>			<b>R\$ 14.796.785,89</b>	<b>R\$ 177.561.430,73</b>

			Mensal	Anual
<b>FÍSICO MAC</b>	<b>SIA</b>		101.327	1.215.924
	<b>SIH</b>		1.379	16.548
<b>FINANCEIRO MAC</b>	<b>SIA</b>		R\$ 4.416.953,21	R\$ 53.003.438,53
	<b>SIH</b>		R\$ 4.173.019,15	R\$ 50.076.229,81
<b>Total MAC vínculo 4501</b>			<b>R\$ 8.589.972,36</b>	<b>R\$ 103.079.668,34</b>

INCENTIVOS	MENSAL	ANUAL
FIDEPS - vínculo 4590 - portaria SAS/MS 254/2002	R\$ 1.259.174,82	R\$ 15.110.097,84
Integrasus - vínculo 4590 - portaria GS/MS nº139/2007	R\$ 229.607,31	R\$ 2.755.287,72
IGH - já incorporado ao teto (Antigo IAC) - vínculo 4590 - portaria GS/MS nº 1721/05	R\$ 865.024,18	R\$ 10.380.290,16
IGH - impacto portaria 142/2014** - vínculo 4590	R\$ 1.034.592,04	R\$ 12.415.104,48
Rede Cegonha Pt 1480/12 11 leitos UTI Neo Tipo III ** - vínculo 4590	R\$ 87.738,79	R\$ 1.052.865,48
Rede Cegonha Pt 1480/12 10 leitos UCI Neo Qualf ** - vínculo 4590	R\$ 76.650,00	R\$ 919.800,00
Pt 2395/11 Rede Urgência Porta de entrada tipo II ** - vínculo 4590	R\$ 300.000,00	R\$ 3.600.000,00
Pt 1641/15 Rede Urgência- 45 leitos novos retaguarda (valor da produção incorporado ao teto)** - vínculo 4590	R\$ 232.687,50	R\$ 2.792.250,00
Pt 1641/15 Rede Urgência- 38 leitos qualificados retaguarda ** - vínculo 4590	R\$ 196.491,67	R\$ 2.357.900,04
Pt 2395/11 Rede Urgência 15 leitos qualificados UTI tipo III ** - vínculo 4590	R\$ 119.643,81	R\$ 1.435.725,72
Pt 2395/11 Rede Urgência 5 leitos novos UTI tipo III ** - vínculo 4590	R\$ 39.881,27	R\$ 478.575,24
Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC agudo** vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590	R\$ 47.906,25	R\$ 574.875,00
Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC integral** vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590	R\$ 45.244,79	R\$ 542.937,48
Pt MS Nº 758 de 12/06/2019	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
Portaria GM/MS Nº 3750 de 23/12/20 Rede Urgência e Emergência ( 24 L Adulto)	R\$ 191.430,09	R\$ 2.297.161,08
GM/MS Nº 3750 de 23/12/2020 Rede Urgência e Emergência ( 19 L Pediátricos)	R\$ 151.548,82	R\$ 1.818.585,86
ASSISTIR RS	R\$ 2.421.415,83	R\$ 29.056.989,96
Portaria SMS nº 134/19 vínculo 40	R\$ 1.450.000,00	R\$ 17.400.000,00
<b>TOTAL DE INCENTIVOS</b>	<b>R\$ 8.769.037,17</b>	<b>R\$ 105.228.446,06</b>
<b>TOTAL GERAL COM INCENTIVOS</b>	<b>R\$ 23.619.801,33</b>	<b>R\$ 283.437.615,96</b>

\*\*\* valor mediante repasse estadual

\*\* Valor mediante comprovação dos critérios de qualificação estabelecidos em portarias, metas pactuadas entre gestor e prestador e repasse federal.



OPERAÇÃO INVERNO  
25 LEITOS CLINICOS DE RETAGUARDA

CUSTO LEITO /DIA MAC	CUSTO LEITO/DIA VINC 40	CUSTO LEITO DIA TOTAL	CUSTO TOTAL DIA 25 LEITOS	CUSTO TOTAL
R\$ 238,23	R\$ 110,52	R\$ 348,75	R\$ 8.718,75	

R\$ 270.281,25

CUS