



prefeitura de  
**PORTO ALEGRE**

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

**CONTRATO REGISTRADO SECON Nº 94689 / 2025 - SEI Nº 23.0.000036878-4**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO 23.0.000036878-4**

Décimo quarto Termo Aditivo ao contrato de prestação de serviços de saúde, registrado sob o nº 82.623 , firmado entre o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE** e o **HOSPITAL BANCO DE OLHOS/ASSOCIAÇÃO SAO PIETRO SAÚDE**.

O **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Rua João Manoel, 157 - Centro Histórico, 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 o **HOSPITAL BANCO DE OLHOS/ASSOCIAÇÃO SAO PIETRO SAÚDE**, CNPJ 09.128.192/0002-71, com endereço na Rua Engenheiro Walter Boehl nº 285, Bairro Vila Ipiranga, na cidade de Porto Alegre/RS, aqui denominada simplesmente **HOSPITAL/CONTRATADA**, neste ato representada por seu representante legal, Sr. DANIEL DE LIMA GIACCHERI, CPF nº 287.375.598/93, firmam o presente Termo Aditivo, tendo por base legal a Constituição Federal, a Lei 8080/90, o *caput* do art. 25, arts. 58, I, da Lei nº 8.666/93.

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1** O objeto do presente Termo Aditivo ao Contrato registrado sob nº 82.623 consiste na prorrogação do prazo contratual.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRORROGAÇÃO**

**2.1.** Nos termos da cláusula **14.1** do contrato original, fica o mesmo prorrogado por mais 60 (sessenta) dias, a contar de 08/04/2025 até 06/06/2025 , nos termos do art. 57, II, da Lei 8.666/93.

## 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, por estarem assim justos e acordados, firmam este Termo Aditivo que, depois de lido e achado conforme, vai assinado.

## ANEXO I – DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL (DDA)

Integra o presente Termo Aditivo o Documento Descritivo Assistencial 33103774



Documento assinado eletronicamente por **Daniel de Lima Giaccheri, Usuário Externo**, em 07/04/2025, às 17:34, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



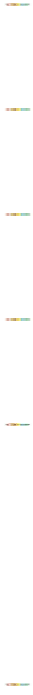
Documento assinado eletronicamente por **César Emílio Sulzbach, Secretário(a) Municipal em Exercício**, em 09/04/2025, às 08:55, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.procempa.com.br/autenticidade/seipmpa> informando o código verificador **33120975** e o código CRC **CEC483F1**.



Prefeitura de Porto Alegre  
Secretaria Municipal da Saúde  
Gerência de Regulação de Serviços de Saúde



## DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

### HOSPITAL BANCO DE OLHOS

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2 – 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, 10 de abril de 2023.



**DOCUMENTO DESCRITIVO****1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome Empresarial: ASSOCIAÇÃO SÃO PIETRO SAUDE

CNPJ: 09.128.192/0002-71

HOSPITAL BANCO DE OLHOS

CNS: 2237881

Endereço: RUA ENG WALTER BOEHL, 285

CEP: 91360090

BAIRRO: VILA IPIRANGA

Cidade: PORTO ALEGRE

UF: RS

CEP: 91.360-009

DDD/Telefone: (051) 30183100

Conta Corrente: 00902186-8

Banco: CEF

Praça de Pagamento: Porto Alegre

Responsável Legal: Daniel de Lima Giaccheri

CPF: 287.375.598-93

Diretor Clínico: Fausto Stangler

CREMERS: 29.140

Diretor administrativo: Marcelo Ritter

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL			
Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral	<input checked="" type="checkbox"/> HOSPITAL ESPECIALIZADO	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público	<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico	<input checked="" type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos	OFTALMOLOGIA - 30 leitos		SUS - 16 leitos
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	TRANSPLANTE, REABILITAÇÃO VISUAL <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de Leitos de UTI Tipo I SUS	Adulto	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Neonatal
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	Adulto	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Neonatal
Número de Leitos de UTI Tipo III	<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> ....._Pediátrico	<input type="checkbox"/> ....._Neonatal
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Comissão de Infecção hospitalar:	DRA. FERNANDA HAMMES VARELA		
Comissão de Ética:	DR. GUILHERME FERNANDES DIEHL		
Comissão de Prontuários Médicos:	DR. FAUSTO STANGLER		

Atendimento	
Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	PARTICULAR
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO





<b>OFERTA PRIMEIRAS CONSULTAS PARA CMCE *</b>		
<b>SUBESPECIALIDADES</b>	<b>OFERTA/MÊS</b>	
OFTALMOLOGIA RETINOPATIA DIABÉTICA	35	
OFTALMOLOGIA CATARATA	285	
OFTALMOLOGIA DESCOLAMENTO DE RETINA	40	
OFTALMOLOGIA RETINA – AMBULATÓRIO	16	
OFTALMOLOGIA UVEÍTE	12	
OFTALMOLOGIA CÓRNEA	20	
OFTALMOLOGIA GLAUCOMA	4	
OFTALMOLOGIA ADULTO	288	
OFTALMOLOGIA ESTRABISMO	40	
LINHA DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO	35	
NEURO OFTALMOLOGIA	12	
OFTALMOLOGIA GERAL - PLÁSTICA	24	
OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA	44	
CAPSULOTOMIA E YAG LASER	15	
REABILITAÇÃO VISUAL	30	
<b>TOTAL</b>	<b>900</b>	

\* Agenda poderá ser alterada durante o contrato, conforme interesse do gestor em negociação com o prestador

3 METAS FÍSICO-FINANCEIRAS		
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	6	R\$ 161,04
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia		
...02 Ultra-sonografias dos demais sistemas	100	R\$ 2.420,00
.11 Métodos diagnósticos em especialidades	7.000	R\$ 66.864,75
03 Procedimentos clínicos		
.01 Consultas / Atendimento / Acompanham.	12.762	R\$ 84.965,41
.03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	81	R\$ 2.394,60
04 Procedimentos cirúrgicos - 05 Cirurgias do aparelho da visão		
...01 Palpebra e vias lacrimais	80	R\$ 5.624,27
....02 Músculos oculomotores	15	R\$ 12.844,50
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	306	R\$ 21.813,40
.....005-5 Injeção intra-Vítreo	20	R\$ 1.645,60
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	12	R\$ 3.594,72
....05Conjuntiva,córnea, cárn ant., íris, c.ciliar, crist.	300	R\$ 44.717,33
.17 Anestesiologia	70	R\$ 5.880,00
<b>07 Orteses, próteses e materiais especiais</b>	<b>73</b>	<b>R\$ 15.794,85</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20.825</b>	<b>R\$ 268.720,47</b>

MÉDIA COMPLEXIDADE - INTERNACÃO HOSPITALAR		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	FREQUÊNCIA	VALOR
03 Procedimentos clínicos	2	R\$ 96,44
.01 Consultas / Atendimento / Acompanham.	4	R\$ 1.348,36
.03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)		
04 Procedimentos cirúrgicos - 05 Cirurgias do aparelho da visão		
...01 Palpebras e vias lacrimais	4	R\$ 265,96
....02 Músculos oculomotores	3	R\$ 2.360,64
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	23	R\$ 40.195,65
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	8	R\$ 3.430,88
....05Conjuntiva,córnea, cárn ant., íris, c.ciliar, crist.	4	R\$ 1.283,16
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>R\$ 48.981,09</b>

ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
04 Procedimentos cirúrgicos	200	R\$ 158.502,67
.05 Cirurgias do aparelho da visão	200	R\$ 158.502,67
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>R\$ 158.502,67</b>

INTERNACÃO ALTA COMPLEXIDADE		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
04 Procedimentos cirúrgicos - 05 Cirurgias do aparelho da visão	1	R\$ 650,66
...01 Palpebras e vias lacrimais	90	R\$ 423.165,60
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	2	R\$ 674,10
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	6	R\$ 4.677,12
....05Conjuntiva,córnea, cárn ant., íris, c.ciliar, crist.	99	R\$ 429.167,48
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>R\$ 429.167,48</b>

FAEC AMBULATORIAL		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	5	R\$ 10.350,00
.05 Transplante de tecidos e células		
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	50	R\$ 2.400,00
.06 Diagnóstico em oftalmologia		
03 Procedimentos clínicos	160	R\$ 100.364,80
.05 Tratamento de doenças da visão	215	R\$ 113.114,80
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>R\$ 113.114,80</b>

INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE					
Eixo 1 - Assistência e Gestão	Área	Meta Mensal	Unidade	Valor do repasse de acordo com Resultado do Indicador	
				Até 10% abaixo da Meta - 100% do Valor**	Entre 11% e 25% abaixo da Meta - 85% do Valor**
Taxa de Ocupação de Leitos Cirúrgicos	Cirurgia	85,00%	# (Total pacientes-dia de perfil cirúrgico no período x 100) / # Total de leitos-dia operacionais (leitos cirúrgicos) no período	R\$ 17.779,84	R\$ 15.112,87
Tempo Médio de Permanência em Leitos Cirúrgicos	Cirurgia	2	# (Total pacientes-dia de perfil cirúrgico no período x 100) / # Total de saídas hospitalares (leitos cirúrgicos) no período	R\$ 17.779,84	R\$ 15.112,87
Taxa de Mortalidade Institucional (anexar escore de gravidade utilizado na instituição)	Geral	1%	# (Total de óbitos após 24h da admissão no hospital x 100) / # Total de saídas hospitalares no período	R\$ 17.779,84	R\$ 15.112,87
Número de Primeiras Consultas Ambulatoriais Oferecidas à Central por mês	Ambulatorial	900	Consulta por mês	R\$ 17.779,84	R\$ 15.112,87
Proporção de cirurgias (no Bloco Cirúrgico) com aplicação da lista de verificação da cirurgia segura	Cirurgia	90	# (Total de procedimentos cirúrgicos com aplicação do checklist da LVCS no período x 100) / # Total de procedimentos cirúrgicos realizados no período	R\$ 17.779,84	R\$ 15.112,87
<b>As metas qualitativas representam 60% do valor pré-fixado deste contrato, subtraído o incentivo ASSISTIR, que tem metas específicas, e dividido pelas 5 metas desta planilha.</b>					
<b>60 % do Valor Pré-fixado =</b>		<b>R\$ 485.703,52</b>	<b>subtraído o ASSISTIR =</b>	<b>R\$ 88.899,22</b>	<b>dividido pelas 5 metas = R\$ 17.779,84</b>
<b>*Se o percentual atingido for até 10% abaixo da meta estabelecida, o prestador receberá 100 % do repasse referente aquela meta.</b>					
<b>**Se o percentual atingido for entre 11% e 25% abaixo da meta estabelecida, o prestador receberá 85 % do repasse referente aquela meta.</b>					
<b>***Se o percentual atingido for 26% ou mais abaixo da meta estabelecida, o prestador receberá 70 % do repasse referente aquela meta.</b>					
O valor referente ao eventual não atingimento das metas pactuadas será descontado em quatro parcelas mensais, nos meses subsequentes à apuração do resultado do quadrimestre anterior.					
As metas serão avaliadas pelo resultado obtido no acumulado do quadrimestre.					
O cumprimento das metas qualitativas e quantitativas será avaliado e balizado por : 1 - Dados disponíveis nos sistemas informatizados da secretaria municipal de saúde (GERCON, GERINT, GERCON FATURAMENTO E POWER BI, ou seus coetâneos/sucessores). 2 - Dados de faturamento aprovado pela regulação e produção SUS conforme o TABWIN/SIH E SIA, ou seu sucessor. 4 - dados de sistemas informatizados do Ministérios da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que possam ser úteis à fiscalização deste instrumento, e não citados aqui explicitamente.					
Os dados do prestador serão utilizados para avaliação de metas não passíveis de verificação nos sistemas informatizados da Secretaria Municipal de Saúde.					
Indicadores Informativos e periodicidade					
Reuniões de NAOH	Uma reunião por mês				
Demonstração dos Resultados de Exercício	Anualmente				
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	<p>Prioridade 1 - Emergência (Vermelho): avaliação imediata</p> <p>Prioridade 2 - Urgência (Amarelo): avaliação em 60 minutos</p> <p>Prioridade 3 - Urgência (Verde): avaliação em 120 minutos</p> <p>Prioridade 4 - Pouco urgente (Verde): avaliação em 120 minutos</p> <p>Prioridade 5 - Não urgente (Azul): avaliação em 240 minutos</p>				

**6 - PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA**

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
ORÇAMENTO PRÉ-FIXADO	R\$ 809.505,86	R\$ 9.714.070,32
ORÇAMENTO PÓS-FIXADO	R\$ 700.784,95	R\$ 8.409.419,40
<b>TOTAL POSSÍVEL DESTE CONTRATO</b>	<b>R\$ 1.510.290,81</b>	<b>R\$ 18.123.489,72</b>

ORÇAMENTO PRÉ-FIXADO	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
Produção de Média Complexidade Ambulatorial	R\$ 268.720,47	R\$ 3.224.645,64
Produção de Média Complexidade Hospitalar	R\$ 48.981,09	R\$ 587.773,08
Incentivo ASSISTIR RS	R\$ 396.804,30	R\$ 4.761.651,60
Incentivo Serviço de Urgência em Procedimentos Oftalmológicos - SMS Portaria nº 001/2023- vínculo 40	R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00
Incentivo reabilitação visual – SMS Portaria 001/2023- vínculo 40	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO</b>	<b>R\$ 809.505,86</b>	<b>R\$ 9.714.070,32</b>

ORÇAMENTO PÓS-FIXADO	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
Produção FAEC Ambulatorial	R\$ 113.114,80	R\$ 1.357.377,60
Produção da alta complexidade	R\$ 587.670,15	R\$ 7.052.041,80
<b>TOTAL PÓS-FIXADO</b>	<b>R\$ 700.784,95</b>	<b>R\$ 8.409.419,40</b>

**TOTAL POSSÍVEL DESTE CONTRATO R\$ 1.510.290,81 R\$ 18.123.489,72**

O componente pré-fixado, a ser transferido ao Hospital Banco de Olhos, será em parcelas duodecimais, conforme discriminado abaixo:

- Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado serão repassados mensalmente, do Fundo Municipal/Estadual/Distrital de Saúde ao Hospital Banco de Olhos vinculados ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminados neste Documento Descritivo;
- Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado serão repassados 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.

O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas neste Documento Descritivo deverá ser avaliado/atestado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato.

As metas pactuadas nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde deverão ter o cumprimento mensal de no mínimo de 90%, pelo hospital.

Se o cumprimento das metas quantitativas for abaixo de 50% 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 50% será necessário rever o documento descritivo e os valores contratuais.

O componente pós-fixado corresponde a Produção Ambulatorial e Hospitalar FAEC, Produção ambulatorial e hospitalar da alta complexidade e será pago ao prestador, de acordo com a produção mensal aprovada pela SMS/POA.

Os valores previstos neste Documento Descritivo poderão ser alterados, de comum acordo, entre o gestor e o Hospital, mediante celebração de Termo Aditivo devidamente publicado. No caso de necessidade de recursos adicionais, estas serão provenientes da rubrica - Teto da Média e Alta Complexidade do Município/Estado, de acordo com disponibilidade orçamentária;

HOSPITAL BANCO DE OLHOS			
RESUMO ORÇAMENTÁRIO		Mensal	Anual
AMBULATORIAL	Média complexidade - Pré-fixado	20.825	249.900
	Financeiro	R\$ 268.720,47	R\$ 3.224.645,64
	Alta complexidade - Pós-fixado	200	2.400
	Financeiro	R\$ 158.502,67	R\$ 1.902.032,04
HOSPITALAR	FAEC - Pós-fixado	215	2.580
	Financeiro	R\$ 113.114,80	R\$ 1.357.377,60
	Média complexidade - Pré-fixado	48	576
	Financeiro	R\$ 48.981,09	R\$ 587.773,08
	Alta complexidade - Pós-fixado	99	1.188
	Financeiro	R\$ 429.167,48	R\$ 5.150.009,76
<b>TOTAL DA PRODUÇÃO</b>		<b>R\$ 1.018.486,51</b>	<b>R\$ 12.221.838,12</b>

		Mensal	Anual
FÍSICO - MAC	AMBULATORIAL	21.025	252.300
	HOSPITALAR	48	576
FÍSICO - FAEC	AMBULATORIAL	215	2.580
	AMBULATORIAL	R\$ 427.223,14	R\$ 5.126.677,68
FINANCEIRO - MAC	HOSPITALAR	R\$ 478.148,57	R\$ 5.737.782,84
	AMBULATORIAL	R\$ 113.114,80	R\$ 1.357.377,60
SUBTOTAL - MAC - Vínculo 4590		R\$ 905.371,71	R\$ 10.864.460,52
FAEC - Vínculo 4690		R\$ 113.114,80	R\$ 1.357.377,60

INCENTIVOS		Mensal	Anual
INCENTIVO ASSISTIR - RS		R\$ 396.804,30	R\$ 4.761.651,60
INCENTIVO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS - SMS PORTARIA nº 001/2023 - vínculo 40*		R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00
INCENTIVO REABILITAÇÃO VISUAL - SMS PORTARIA Nº 001/2023 - Vínculo 40*		R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
<b>TOTAL POSSÍVEL DESTE CONTRATO</b>		<b>R\$ 1.510.290,81</b>	<b>R\$ 18.123.489,72</b>

\* Os valores referentes a incentivos municipais dependem da publicação de portaria atualizada e vigente para repasse.

Os valores referentes a Incentivos, Portarias ou Programas, Federais, Estaduais ou Municipais, serão repassados mediante comprovação dos critérios de qualificação estabelecidos e o cumprimento das metas especificadas pelas Portarias ou Programas e pactuadas por contrato com o gestor Municipal.

**RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS e TEMPORÁRIOS**

Os recursos identificados nesta aba são extraordinários e temporários. Os valores, a operacionalização e a fonte dos recursos estão esclarecidos em Planos de Trabalho específicos, abaixo referenciados.

<b>PROGRAMA/RECURSO</b>	<b>RECURSO TOTAL ESTIMADO</b>	<b>COMPETÊNCIA</b>	<b>PLANO DE TRABALHO</b>
Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)	R\$ 193.200,00	2025	Plano de Trabalho em 32166768