

## TERMO DE CONVÊNIO 01/2022

### TERMO DE CONVÊNIO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ E A CONVENIADA.

O **MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ**, pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrita no CNPJ nº 46.634.481/0001-98, com sede à Rua Ademar de Barros, nº 340 - Centro, município de Porto Feliz, estado de São Paulo, de ora em diante denominado **MUNICÍPIO**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Antonio Cássio Habice Prado, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG n.º 9030.404 SSP/SP inscrito no CPF/MF sob o n.º 062.569648-45, com endereço profissional acima especificado, e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓDRIA DE PORTO FELIZ**, entidade declarada de utilizada pública, inscrita no CNPJ nº 55.141.725/0001-91, com sede à rua Olavo Assumpção Fleury, nº 101, Município de Porto Feliz,, de ora em diante denominada **CONVENIADA**, neste ato representada por seu Presidente, Mauricio Estimo Michelin, brasileiro, casado, portador do RG 23.884.259 SSP/SP, CPF 203.953.768-66, com endereço profissional acima especificado, aplicam-se a este instrumento a Lei Federal N.º 4.320/64, bem como as disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei Orçamentária Anual do Município, e no que couber, as disposições da Lei N.º 8.666 de 21 de junho de 1993, com as alterações impostas, firmam o presente **CONVÊNIO**, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO.

- 1.1. - Celebração de Convênio com Entidade Beneficente de Assistência Social na área de Saúde visando à cooperação recíproca para a gestão, manutenção e pleno funcionamento da Santa Casa de Porto Feliz, atendendo as especificações contempladas nos Anexos Técnicos que fazem parte do presente termo, e as que se fizerem necessárias para a sustentabilidade da integralidade de cuidados entre as redes municipal, especializada e hospitalar.
- 1.2. - O Município é legítimo proprietário dos equipamentos médico-hospitalares instalados no prédio do Hospital e que tenham sido adquiridos com recursos públicos, devendo inclusive constar como patrimonizados pela Prefeitura Municipal, junto ao Setor de Patrimônio.
- 1.3. - O Município cederá à **CONVENIADA**, a título gratuito, o uso pleno e exclusivo dos bens mencionados na cláusula 1.2 acima, para o regular funcionamento do hospital denominado Santa Casa de Porto Feliz.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

- 2.1. - Além das demais obrigações previstas neste convênio e na legislação de regência da matéria, o **MUNICÍPIO** obriga-se especificamente a:

- 2.2.- Ceder à CONVENIADA o direito irrestrito de uso dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários instalados no prédio do Hospital e adquiridos com recursos públicos, para execução do objeto deste convênio, que o faz parte integrante e indissociável do presente instrumento, de forma gratuita, pelo tempo de vigência deste convênio, sem que tais bens percam a natureza pública;
- 2.3. Repassar mensalmente, nas datas aprezadas, os recursos financeiros para a execução do objeto deste Convênio;
- 2.4. - Permitir que a CONVENIADA preste atendimento médico-hospitalar a pacientes de convênios e particulares, bem como a pacientes oriundos de convênios similares ao presente, firmados com outras esferas do poder público, respeitando o mínimo de 70% ao SUS, nunca em detrimento deste, que será atendido sempre em demanda espontânea e ou referenciada;
- 2.5. Repassar à CONVENIADA, na hipótese de rescisão do presente convênio ou de outros que o sucederem, todo e qualquer valor recebido por conta de serviços e atendimentos executados pela mesma em decorrência deste convênio (SUS), durante a sua vigência, no prazo máximo de 05 (cinco) dias posteriormente ao recebimento dos valores, desde que apurado lhe pertencer com exclusividade;
- 2.6. Quando necessário, prestar apoio técnico no acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução deste Convênio.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA**

- 3.1. - Além das demais cláusulas previstas neste instrumento, a CONVENIADA se obriga a executar a sua missão institucional e cumprir as cláusulas deste instrumento, obrigando-se especificamente a:
- 3.2. - Utilizar os bens descritos na Cláusula Primeira, para manutenção e pleno funcionamento da Santa Casa de Porto Feliz, assim como ceder ou adquirir novos equipamentos, sempre com vistas à melhoria do atendimento dos serviços de saúde, utilizando-se, preferencialmente, dos recursos destinados e/ou gerados por força da aplicação deste convênio.
- 3.3. - Executar, nos termos da legislação pertinente, o necessário para a consecução do objeto de que trata este Convênio, observando sempre critérios de qualidade e custo.
- 3.4. - Destinar os recursos financeiros que lhe forem repassados por objeto deste convênio, à gerência, investimento, custeio e administração da Santa Casa de Porto Feliz, única e exclusivamente para os fins previstos neste instrumento de Convênio e atividades correlatas que advierem de termo aditivo, atentando para a preservação da natureza jurídica como de recurso público.



3.5. - Prestar cooperação para com o Município na prestação de contas dos valores provenientes de verba municipal, estadual e federal. Em caso de recebimento de valores ou bens destinados para a Santa Casa via emendas parlamentares, através da Secretaria de Saúde, deverá ser realizado Termo de Fomento para que possa ser efetivada a destinação.

3.6. - Registrar em sua contabilidade analítica os atos e fatos administrativos de gestão de recursos alocados a este Convênio.

3.7. - Prestar contas ao Setor de Contabilidade do Município, conforme as disposições legais vigentes, da utilização dos recursos financeiros recebidos deste convênio até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente, sendo que as irregularidades apontadas e confirmadas por auditoria externa independente, que será realizada uma vez por ano, ocasionarão a retenção dos respectivos recursos.

3.7.1. - A prestação de contas deverá ser acompanhada de relatório de execução físico – financeira e demais relatórios que porventura venham a ser solicitados pelo Município a fim de atender as exigências do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

3.7.1.1 – O Município deverá analisar, nos 10 (dez) dias úteis subsequentes, as contas apresentadas, sendo que após a análise informará à Conveniada, por meio de relatório, acerca das irregularidades eventualmente encontradas na prestação de contas. Até o dia 30 (trinta) do mês subsequente a Conveniada deverá sanar tais irregularidades ou apresentar justificativas que demonstrem a ausência das mesmas.

3.7.1.2. - Caso a Conveniada mantenha-se inerte, não adotando qualquer providência, o Município reterá, no próximo repasse dos recursos financeiros, o montante correspondente à irregularidade apresentada e pendente de resolução.

3.8. - Contratar pessoal necessário para a execução das atividades previstas neste Convênio, responsabilizando-se pelos encargos de natureza civil, fiscal, trabalhista, previdenciária ou social.

3.9. - Na forma dos parágrafos 4º e 5º do artigo 116 da Lei Federal n.º 8.666 de 21/06/1993, a CONVENIADA fica obrigada a:

3.9.1. - Aplicar o saldo do Convênio não utilizado em caderneta de poupança de instituição financeira oficial se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a utilização dos mesmos verificar se em prazos menores que um mês



3.9.2. - Aplicar as receitas financeiras auferidas na forma do item anterior, que serão obrigatoriamente computadas a crédito deste convênio, exclusivamente no objeto de sua finalidade, devendo constar dos demonstrativos específicos que integrarão as prestações de contas do ajuste;

3.9.3. - Restituir o valor recebido atualizado monetariamente, desde a data do recebimento, acrescido de juros legais, na forma aplicável aos débitos para com a Fazenda Pública Municipal, quando:

3.9.3.1. Não for executado o objeto deste Convênio;

3.9.3.2. Não for apresentada, no prazo estipulado, a respectiva prestação de contas parcial ou final;

3.9.3.3. Os recursos forem utilizados em finalidade diversa do estabelecido neste Convênio

3.10. A CONVENIADA deverá manter documentados os critérios e o rateio realizado com os respectivos valores individualizados e o total da despesa objeto do rateio, bem como documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas quando da celebração de convênios ou contratos com terceiros.

3.11. Assegurar a integridade, a conservação e manutenção dos bens de propriedade do município, mantidos sob a guarda da CONVENIADA, podendo responder por danos em relação aos mesmos;

3.12. Zelar pelo patrimônio público geral cedido pelo Município, dentro de suas condições atuais, excluída a responsabilidade da CONVENIADA em caso de força maior, bem como pelo desgaste natural decorrente do uso normal e da obsolescência, responsabilizando-se pela sua manutenção preventiva, corretiva, informando e justificando ao município as baixas, inscrições patrimoniais.

3.13. Garantir, nas internações hospitalares, percentual mínimo de 70% (setenta por cento), a usuários no Sistema Único de Saúde – SUS.

3.14. Permitir o acompanhamento e fiscalização permanente pelo Gestor Municipal do SUS, no tocante aos recursos públicos recebidos e correto cumprimento dos termos deste Convênio.

3.15. Atender os usuários com dignidade e respeito, zelando pela qualidade dos serviços prestados.

3.16. Atender e zelar pelos princípios e normas operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS.

3.17. Cuidar e garantir a confidencialidade de dados e informações dos usuários, salvo nos casos previstos em lei, com estrita observância da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

3.18. Assegurar aos usuários o direito à assistência religiosa e espiritual.





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua: João Portela Sobrinho, 368 – Centro – Porto Feliz - SP  
Tel (15) 3266-9900  
E-mail: saude@portofeliz.sp.gov.br

*Longe levei  
As Festivas de Brasil*

- 3.19. Garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, acesso gratuito às ações e serviços de saúde contemplados pelo objeto do presente Convênio, vedada a cobrança, pela CONVENIADA de qualquer valor ao paciente, acompanhante ou responsável.
- 3.20. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Convênio.
- 3.21. Manter no hospital serviço de atendimento ao usuário/ouvidoria, devendo encaminhar ao município relatório mensal de suas atividades.
- 3.22. Atender, no que lhe pertine, às instruções emanadas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.
- 3.23. Atender ao disposto no Regulamento Próprio para aquisição de Materiais de Consumo e Contratação de Obras e Serviços, sempre comprovando, através de 03 (três orçamentos) qualquer tipo de despesa realizada com verba pública.
- 3.24. Realizar processo seletivo para toda e qualquer contratação ou substituição de funcionários do quadro da Santa Casa, com ampla divulgação e observância do disposto no Regulamento de Contratações de Pessoal.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

- 4.1. Para execução do objeto deste Convênio serão destinados a Santa Casa de Porto Feliz, no ano de 2023, R\$ 46.920.000,00 (quarenta e seis milhões, novecentos e vinte mil reais), que correrão por conta de Dotação Orçamentária Específica divididos em parcelas de igual valor, as quais serão pagas a partir do mês de janeiro de 2023 e até o mês de dezembro de 2023, conforme plano operativo contratualizado.
- 4.2. Os valores repassados através de recursos diretos do MUNICÍPIO poderão ser reajustados no mês de dezembro de cada ano, para tanto será realizada a reavaliação dos custos relativos ao plano operativo, visando a conferir o reequilíbrio contratual. Todo o faturamento das produções ambulatorial e hospitalar serão realizados no CNPJ do departamento da Conveniada, que concede a título de cessão de crédito o valor da fatura para a Prefeitura Municipal de Porto Feliz.
- 4.3. Os repasses referentes ao custeio da produção ambulatorial e de internação, bem como os recursos provenientes diretamente do Município, deverão ser repassados da seguinte forma: R\$ 2.620.000,00 no dia 05 e R\$ 1.290.000,00 no dia 20, totalizando R\$ 3.910.000,00 mensalmente.
- 4.3.1. O repasse dos valores ora discriminados é de responsabilidade exclusiva da Prefeitura de Porto Feliz e não será admitida a escusa na liberação de tais verbas fundadas no inadimplemento de obrigações assumidas por entes públicos ou privados para com a Administração Municipal de Porto Feliz.
- O MUNICÍPIO se responsabilizará pelo pagamento dos valores devidos à CONVENIADA, desde que a mesma atinja os percentuais/metapas pactuadas para o Hospital Municipal

relativas ao atendimento ambulatorial, apoio diagnóstico e assistência hospitalar, constantes do Plano Operativo, aferidas a partir da produção ambulatorial e hospitalar faturada, conforme abaixo:

| Realizado               | Valor a pagar                 |
|-------------------------|-------------------------------|
| 80 % da meta            | 80 % dos recursos financeiros |
| 80,01 a 85%da meta      | 90% dos recursos financeiros  |
| 85,01 a 90% da meta     | 99% dos recursos financeiros  |
| Acima de 90,01% da meta | 100% dos recursos financeiros |

4.3.2. Em caso de não atingimento de 50% da meta por 03 meses seguidos ou 05 meses alternados, o instrumento de contratualização e o plano operativo serão revistos, com ajuste para baixo das metas e o valor dos recursos a serem repassados será de acordo com a produção do hospital.

4.4. Os recursos do presente convênio serão utilizados no custeio de verbas trabalhistas e rescisórias de empregados e colaboradores, encargos, capacitação de empregados e colaboradores, honorários médicos, serviços prestados por terceiros (pessoas física e jurídica), materiais hospitalares e de expediente, medicamentos, água, energia elétrica, serviço de telefonia, manutenção de equipamentos, comunicação, gêneros alimentícios, reformas e manutenção da construção, material de limpeza, indenizações de qualquer espécie e outras despesas operacionais que se fizerem necessárias ao funcionamento do Hospital e aquisição de bens de valores significativos a serem imobilizados, este último com anuência prévia do gestor.

Ocorrendo a necessidade de aquisição de equipamentos para a assistência hospitalar a CONVENIADA poderá utilizar-se de valores do presente Convênio, após prévia anuência do MUNICÍPIO, e observados o plano operativo e o cumprimento das metas pactuadas. É vedado o uso do recurso para despesas alheias ao objeto deste Termo de Convênio, devendo estas ser custeadas com recurso oriundo de outras formas de financiamento do hospital (convênio, particular).

4.5. Caso a execução financeira ultrapasse o exercício anual, os recursos para atender as despesas em exercícios seguintes constarão no Orçamento Anual da Secretaria Municipal da Saúde

4.6. Dos recursos financeiros destinados, a CONVENIADA reservará e depositará em conta bancária específica, para composição do fundo de reserva, o valor referente ao pagamento da multa fundiária (50%) de todos os empregados da Conveniada, para o caso de rescisão do presente instrumento, bem como valores suficientes para quitação das férias, 13º salário, aviso prévio e quaisquer outros encargos relativos à rescisão dos contratos de trabalho ativos no momento da rescisão deste TERMO. Tal valor deverá ser provisionado mês a mês, incluindo-se os empregados admitidos e excluindo os dispensados.



- 4.6.1. O valor acima citado deverá ser aplicado nos termos do disposto na cláusula 3.9.1 e 3.9.2., bem como fazer parte da prestação de contas mensal.
- 4.6.2. A conta bancária específica, citada no caput, **somente poderá ser movimentada para o fim a que se destina, sob pena de responsabilidade, sem prejuízo das penalidades previstas neste instrumento.**

#### CLAUSULA QUINTA – DA CONTRAPARTIDA

5.1. – A CONVENIADA aportará como contrapartida não financeira os serviços de formação e capacitação de recursos humanos, contabilidade geral, emissão de certidões, certificações e documentações, tais como estatutos e atas da entidade e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS), dentre outros documentos pertinentes.

#### CLAUSULA SEXTA – DAS VEDAÇÕES

6.1. É vedada a celebração de outros convênios com o mesmo objeto deste, exceto ações complementares.

6.1.1. Não poderão ser pagas com os recursos transferidos no presente Convênio as seguintes despesas:

- a) Pagamento a qualquer título a servidor ou empregado público, integrantes do quadro de pessoal de órgão ou entidade da Administração direta ou indireta, por serviços de consultoria ou assistência técnica no período de sua jornada normal de trabalho.
- b) As relativas à taxa de administração, gerência ou similar.
- c) As decorrentes de taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos, salvo no que se refere às multas, se decorrentes de atraso na transferência de recursos pela concedente, e desde que os prazos para pagamento e os percentuais sejam os mesmos aplicados no mercado.
- d) As contraídas antes e após o término de sua vigência do presente Convênio.

6.2. Havendo contratação entre a CONVENIADA e terceiros, visando à execução de serviços vinculados ao objeto deste convênio, tal contratação não implicará solidariedade jurídica ao Município, bem como não configura vínculo funcional ou empregatício, nem solidariedade às parcelas de obrigações trabalhistas, contribuições previdenciárias ou assemelhados.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

7.1. O MUNICÍPIO transferirá os recursos previstos na Cláusula Quarta em favor da CONVENIADA em seu departamento "Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz", em contas bancárias individualizadas,



abertas exclusivamente para esse fim, sendo uma para receber a verba proveniente de receita do Município e a outra para verba proveniente da receita da União, repassada, a última, pelo próprio MUNICÍPIO à CONVENIADA.

7.2. Para receber os recursos de que trata a citada Cláusula, a CONVENIADA deverá apresentar prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede, Certidão Negativa de Débitos junto ao INSS ou comprovação de parcelamento da dívida e Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS, ou outra equivalente, conforme incisos III e IV do artigo 29 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, demonstrando situação regular de cumprimento.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DO PRAZO E DA RESCISÃO**

8.1. O presente instrumento vigorará entre as partes pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do Termo de Convênio, podendo ser prorrogado por iguais períodos, até o limite definido no art. 57, II da Lei 8.666/93.

8.2. Os termos ajustáveis do presente instrumento, tais como verificação de conformidade do equilíbrio econômico-financeiro da avença, poderão ser revisados anualmente ou a qualquer tempo, sempre que verificada a sua necessidade.

8.3. A rescisão do presente Convênio obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

8.4. Qualquer das partes poderá rescindir o presente convênio desde que concedido aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devidamente justificado e na forma da lei.

8.5. O descumprimento dos termos do presente convênio autoriza a qualquer das partes a promover a sua rescisão, mediante notificação judicial ou extrajudicial, devidamente fundamentada.

8.6. Verificada qualquer hipótese e ensejadora da rescisão contratual, o MUNICÍPIO providenciará a imediata revogação da permissão de uso dos bens públicos.

8.7. Em caso de rescisão unilateral por parte da CONVENIADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora pactuados, por um prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da denúncia do Convênio.

8.8. No caso de rescisão do presente convênio, independente da apuração de responsabilidades, caberá às partes procederem ao encontro de contas para o fim de verificar a existência de eventuais saldos e obrigações pactuadas e não adimplidas. Constatada a existência de referidas obrigações, o MUNICÍPIO repassará o valor necessário para adimplemento de todas elas, sendo certo que o limite do valor a ser repassado, neste caso, será o valor equivalente ao total de um repasse mensal.





8.8.1 – Em caso de rescisão do presente instrumento, no que se refere às verbas trabalhistas e rescisórias caberá à conveniada utilizar os valores disponíveis no fundo de reserva para sua quitação, não restando ao MUNICÍPIO nenhuma obrigação a esse título

8.9. Independente da causa da rescisão, a CONVENIADA terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de encerramento da prestação de serviços objeto deste CONVÊNIO, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão ao MUNICÍPIO.

8.10. Qualquer que seja a hipótese, iniciativa ou modalidade de rescisão, fica a CONVENIADA desobrigada a indenizar o MUNICÍPIO pelo desgaste sofrido nos equipamentos resultantes da sua utilização normal.

### **CLÁUSULA NONA - DOS CONVÊNIOS E CONTRATOS COM TERCEIROS**

9.1. Para bem desempenhar as atividades previstas neste Convênio, poderá a CONVENIADA, a seu exclusivo critério, celebrar convênios e contratos com terceiros, sendo estas pessoas físicas ou jurídicas, entidades públicas ou privadas, não podendo o MUNICÍPIO, nessa hipótese, interferir na celebração de tais instrumentos, os quais serão de inteira responsabilidade da CONVENIADA seja na qualidade de credora, devedora ou simples interveniente.

9.2. A CONVENIADA gozará de plena autonomia e independência técnica no exercício de suas atividades na área de prestação de serviços médico-hospitalares, obrigando-se a respeitar o objeto do presente convênio, ficando assegurado ao MUNICÍPIO ampla supervisão dos serviços, inclusive no que se refere ao atendimento aos usuários.

9.3. A CONVENIADA deverá manter documentados os critérios e o rateio realizado com os respectivos valores individualizados e o total da despesa objeto do rateio, bem como documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas quando da celebração de convênios ou contratos com terceiros.

### **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

10.1 O presente instrumento poderá ser alterado ou renovado mediante termo aditivo assinado entre as partes.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DAS PENALIDADES**

11. A inobservância, pela CONVENIADA, de cláusula ou obrigação constante deste convênio e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o MUNICÍPIO, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1.286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

a) Advertência;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua: João Portela Sobrinho, 368 – Centro – Porto Feliz - SP  
Tel (15) 3266-9900  
E-mail: saude@portofeliz.sp.gov.br

*Longe levei  
as fronteiras do Brasil*

- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

11.1. As sanções previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea “b”.

11.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONVENIADA.

11.4. Da aplicação das penalidades à CONVENIADA, está terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal da Saúde, o qual poderá reconsiderar sua decisão, ou remetê-lo, devidamente informados, ao Sr. Prefeito Municipal.

11.5. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONVENIADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto Convenial, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

11.6. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito do MUNICÍPIO exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICIDADE**

12.1. O presente instrumento, devidamente celebrado, terá seu extrato publicado na Imprensa Oficial na forma da lei.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS ANEXOS**

13.1 Faz parte integrante deste Convênio:

- a) Anexo Técnico I - Plano Operativo



#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

14.1 Os bens que forem adquiridos ou cedidos pela CONVENIADA com recursos próprios, posteriormente à assinatura deste convênio, permanecerão de propriedade da mesma, os demais serão de propriedade do MUNICÍPIO.

14.2. Na hipótese de substituição de qualquer bem com recursos próprios da CONVENIADA, o bem antigo será restituído ao MUNICÍPIO e o novo bem adquirido integrará o patrimônio da CONVENIADA.

14.3. Não existe por parte do MUNICÍPIO, nenhum vínculo empregatício com o pessoal contratado pela Conveniada, ficando sob responsabilidade desta toda e qualquer obrigação trabalhista, judicial ou extrajudicial decorrente, observado o disposto na cláusula 4.4.

14.4. Com o objetivo de manter o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica encetada, anualmente as partes farão comparativo entre os valores efetivamente gastos e aqueles consignados na proposta de diagnóstico de viabilidade que precedeu este convênio, especificamente em relação aos seguintes itens: a) Atendimento hospitalar (internação); b) Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADT c) Pronto Atendimento.

14.6.1 O resultado desta apuração será utilizado como parâmetro para a hipótese de renovação ou prorrogação deste convênio.

14.5 O acesso aos serviços do SUS dar-se-á preferencialmente pela Unidade Básica de Saúde, ressalvados as situações de urgência e emergência e os atendimentos eletivos referenciados pela unidade.

14.6 O presente convênio foi elaborado com base na estrutura de serviços atualmente prestados pela Santa Casa de Porto Feliz.

14.9 A incorporação de novos serviços, ou qualquer outra alteração na estrutura de atendimento e serviços, quando solicitados pelo MUNICÍPIO e, após analisado o impacto financeiro que gere aumento de custos operacionais, somente será viabilizada a partir de majoração no valor da contraprestação mensal.

14.10 A execução do presente Convênio será acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Feliz, através do disposto neste instrumento, seus anexos e por meio de todos os instrumentos e recursos cabíveis, especialmente através de comissão de acompanhamento nomeada pelo Secretário Municipal de Saúde.

14.11 A CONVENIADA executará o objeto do presente instrumento através de seu departamento cuja denominação é "Santa Casa de Porto Feliz".



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua: João Portela Sobrinho, 368 – Centro – Porto Feliz - SP  
Tel (15) 3266-9900  
E-mail: saude@portofeliz.sp.gov.br

*Longe levei  
As fronteiras do Brasil*

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

15.1 Fica eleito o foro da Comarca de Porto Feliz - SP para dirimir qualquer dúvida ou ajuizar quaisquer ações decorrentes deste Convênio, renunciando a qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes a renovação do presente TERMO DE CONVÊNIO, em três vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

**Antonio Cassio Habice Prado**  
**Prefeito Municipal**

Porto Feliz - SP, 27 de dezembro de 2022.

**Maurício Estimo Michelin**  
**Conveniada**

Testemunhas:

\_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome:

CPF:





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## ANEXO I

### PLANO OPERATIVO TERMO DE CONVÊNIO 2023

**Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02 - de 2017 - 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)**

**Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02 - de 2017 – Diretrizes para a Contratualização de Hospitais no Âmbito do SUS**

**Instituição: Santa Casa de Porto Feliz**

## INTRODUÇÃO

A Santa Casa de Porto Feliz é um hospital geral; é contratualizado SUS para realização de procedimentos de baixa e média complexidade. É o único hospital do município, para uma população de 53.698 (Estimativa para o TCU - IBGE 2020).

Sua atual natureza jurídica é como entidade beneficente sem fins lucrativos, esfera administrativa privada e gestão municipal. A contratualização de serviços SUS envolve recursos Federais e Municipais, com o convênio para atendimento a urgências e emergências, para subvenção da Intervenção e pagamento da folha dos serviços assistenciais na Rede Atenção à Saúde Municipal.

É credenciado SUS para procedimentos de média complexidade.

O presente plano operativo foi elaborado em consonância com as diretrizes previstas na Portaria GM/MS n. 3.410, de 30/12/2013, que estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecida pela Portaria GM/MS nº. 3.390, de 27/12/2013, com a Portaria GM/MS nº. 142, de 27/01/2014, que institui o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar – IGH.

### Caracterização da Instituição

O hospital mantém 73 leitos planejados para internação, 45 deles disponibilizados ao SUS, subdivididos em alas (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetria, crônicos, UTI adulto). Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br> (acesso em 06/12/2022).

Possui também um pronto socorro adulto e infantil, apoio diagnóstico terceirizado para exames bioquímicos, raios-X, ultrassonografia, tomografia, colonoscopia, endoscopia, biópsia, ecocardiograma, MAPA, holter e exames para glaucoma.

Realiza mensalmente uma média de 200 a 250 internações e 75 cirurgias e o pronto socorro tem média de 7.000 atendimentos, sendo porta de entrada para as internações.

Sua principal missão é promover saúde integrada a todos, asseguradas assistência sistematizada, humanizada e individualizada, com qualidade e competência no atendimento.



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## Informações Cadastrais Condensadas:

**CNES** | Cadastro Nacional de  
Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

### Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 06/12/2022

CNES: 2079925 Nome Fantasia: SANTA CASA DE PORTO FELIZ CNPJ: 55.141.725/0001-91  
Nome Empresarial: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
Logradouro: RUA OLAVO ASSUMPCAO FLEURY Número: 101 Complemento: --  
Bairro: JARDIM SANTA ROSA Município: 354060 - PORTO FELIZ UF: SP  
CEP: 18542-152 Telefone: (15)3261-8800 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 216  
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ANDRE ROGERIO BIZAN DE OLIVEIRA  
Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 03/11/2022 Última atualização Nacional: 28/11/2022  
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Data desativação: --

Motivo desativação: --



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONVENIADOS

A **CONVENIADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS, oferecendo, segundo grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades assistenciais abaixo descritas (serviço de urgência e emergência; assistência hospitalar, ambulatório de especialidades, exames diagnósticos).

O Serviço de Admissão da **CONVENIADA** solicitará aos pacientes/usuários, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificando o fluxo estabelecido pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**. Nos casos dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deve ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 horas.

Em caso de hospitalização, a **CONVENIADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos conveniados.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONVENIADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH – Sistema de Internações Hospitalares e no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais e outros, que, por ventura, sejam definidos pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.

### Obrigações gerais:

- Estruturação de um núcleo interno de regulação para fazer gestão da ocupação dos leitos e agendamentos ambulatoriais em articulação com a rede municipal;
- Seguir os protocolos e diretrizes de fluxos de referência e contra referência estabelecida pela SMS;
- Seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em especial a:
  - Implantação e manutenção de acolhimento com classificação de risco no Pronto Socorro;
  - Manutenção de Visita Aberta para todos os pacientes e dar condições necessárias para acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos;
  - Manter equipes horizontais com gestores de plano de cuidados;
  - Alimentar os sistemas de informação de produção ambulatorial e hospitalar conforme diretrizes do Ministério da Saúde;
  - Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## A. SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A Santa Casa de Porto Feliz é um Hospital do tipo "porta aberta", que dispõe de atendimento para as urgências e emergências durante 24 horas do dia, todos os dias do ano. De acordo com as normas citadas na introdução deste Plano Operativo.

O PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DE PORTO FELIZ realizará atendimentos nas seguintes especialidades médicas 24 horas/dia, conforme orientação:

- Pediatria (01 médico pediatra das 7h às 19h, no restante do período será atendido pelo clínico)
- Pronto Socorro (02 médicos das 7h às 19h e 01 emergencista 24h)
- Cirurgia Geral (02 médicos cirurgiões gerais 24 horas de sobreaviso)
- Ginecologia e Obstetrícia (01 médico ginecologista/obstetra 24h/dia)
- Ortopedia (01 médico 24 horas de sobreaviso)
- Para atender as especialidades de Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia, faz-se necessário manter uma equipe de anestesista 24 horas/dia no hospital, sendo assim, 01 médico anestesista 24h/dia

Considera-se atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam realizados pelo serviço de urgência/emergência, via demanda espontânea ou encaminhados por meio do atendimento pré-hospitalar. Todo atendimento deverá passar por acolhimento com classificação de risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do PNHOSP.

Para efeito de produção prevista e realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência/emergência independente de gerar ou não uma hospitalização e, se em consequência do atendimento de urgência o paciente é colocado em regime de observação por período menor que 24 (vinte e quatro) horas e não ocorrer internação ao final do período, somente será registrado o atendimento de urgência, não erando nenhum registro de hospitalização.

## B. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos ocorridos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

A CONVENIADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS, oferecendo, segundo grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional.

No processo de hospitalização estão inclusos:





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

- Tratamento de possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamento concomitantes diferentes daqueles classificados como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS e quais mais vierem a ser autorizadas pela SECRETARIA DE SAÚDE, uma vez comprovado o custo-benefício;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessária durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parental;
- Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS, SIGTAP, e outras que venham a ser autorizadas pela SECRETARIA DE SAÚDE, uma vez comprovado a necessidade e custo-benefício;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamento;
- Diárias de hospitalização em quartos compartilhados ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante prevista na legislação que regulamenta o SUS);
- Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais tais como: fisioterapia, fonoaudiologia, endoscopia, ultrassom e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do HOSPITAL.

A capacidade instalada é de 45 (quarenta e cinco) leitos SUS habilitados, para atender as necessidades de internação, nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, crônicos, UTI adulto.

- 20 (vinte) leitos destinados à internação da clínica médica;
- 11 (onze) leitos destinados à clínica cirúrgica;
- 08 (oito) leitos destinados à obstetrícia (incluindo alojamento conjunto);
- 01 (um) leito destinado à internação de pacientes crônicos;
- 05 (cinco) leitos destinados à internação de pediatria; e
- 08 (oito) leitos de cuidados intensivos - UTI Adulto – Tipo II. (Não habilitados, mas ofertados e disponíveis ao SUS)

A clínica médica terá 01 médico responsável/dia e este deverá permanecer no hospital das 7h às 13h e permanecer de sobreaviso durante 24h (7h – 7h).

A equipe da UTI é composta por 01 profissional médico diarista 6h de segunda a sexta-feira e 01 médico intensivista 24h



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## ➤ BLOCO CIRURGICO

- Centro Cirúrgico/Recuperação Pós-Anestésica

As cirurgias são classificadas quanto ao caráter de "urgência" ou "eletiva".

Podem ser classificadas também quanto ao porte pequeno, médio e grande, de acordo com o risco cardiológico, ou seja, quanto à probabilidade de perda de fluido e sangue durante sua realização ou tempo de duração do ato cirúrgico.

**Pequeno porte:** cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no intervalo de 0 a 2 horas. Exemplo: Facectomia.

**Médio Porte:** cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no intervalo acima de 2 horas até 4 horas. Exemplo: Colectomia.

**Grande Porte:** cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no intervalo acima de 4 horas. Exemplo: Artroplastia Total de Quadril.

## ➤ CENTRO OBSTÉTRICO/CUIDADO MATERNO INFANTIL (ALOJAMENTO CONJUNTO)

Deve obedecer aos princípios da Rede Cegonha e da Humanização, principalmente em relação aos processos de trabalho, com implantação de protocolos assistenciais integrados com foco no binômio mãe-filho, quanto a:

- Implantar acolhimento com classificação de risco no atendimento obstétrico;
- Manter a presença de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, incorporando enfermeiros com qualificação para a assistência à parturiente no parto normal e identificação das distócias obstétricas;
- Seguir protocolos norteadores da linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistências que promovem a segurança e a humanização do cuidado, assegurando boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Oferecer analgesia de parto;
- Desenvolver ações integradas entre maternidade e unidades básicas de saúde de origem para garantir a sequência da linha de cuidados para a mãe e seu bebê.

## C. ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

O serviço de atenção ambulatorial deverá buscar atender as necessidades de saúde do município de Porto Feliz, melhorando o acesso do paciente, resultando na redução do tempo de espera



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

e aumento da resolutividade para consultas e procedimentos especializados, atendendo aos usuários egressos da instituição hospitalar e aos usuários encaminhados pela Central de Vagas da SECRETARIA DE SAÚDE para especialidades previamente definidas.

O atendimento ambulatorial poderá ser realizado de três formas distintas:

- Primeira consulta
- Consultas subsequentes (retornos)
- Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não-médicas

A agenda deverá ser organizada para atender a demanda interna e agenda para demanda referenciada. A agenda interna deverá ser para retorno de cirurgias realizadas na unidade e a agenda referenciada deverá ser realizada pela Central de Vagas por meio de agendamento prévio junto à unidade, por documento eletrônico ou sistema que a SECRETARIA DE SAÚDE determinar, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do usuário a um profissional de determinada especialidade, por uma determinada patologia.

Entende-se por consulta subsequente, ou de retorno, todas as consultas de seguimento ambulatorial, decorrentes tanto de consultas oferecidas à rede primária de atenção à saúde quanto às subsequentes das interconsultas, mesmo que atendido por outro profissional que não o inicial, desde que dentro da mesma especialidade.

O atendimento ocorrerá nas especialidades médicas e não médicas abaixo relacionadas:

## ➤ ESPECIALIDADES MÉDICAS

- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Ginecológica
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Vascular
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia/Glaucoma
- Cardiologia
- Ginecologia
- Neurologia
- Ortopedia
- Dermatologia
- Reumatologia
- Pneumologia
- Gastroenterologia
- Psiquiatria
- Hematologia





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## ➤ ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS/ CENTRO DE REABILITAÇÃO

- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Terapia Ocupacional

## D. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO – SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico (SADT) se refere a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de patologias dos pacientes internados, em observação ou atendimento nos prontos socorros e que serão oferecidas aos pacientes EXTERNOS ao hospital.

As vagas de exames para atendimento da demanda SADT-EXTERNO deverão ser ofertadas para a Rede de Assistência à Saúde, através da Central de Vagas da SECRETARIA DE SAÚDE.

Os procedimentos de Apoio Diagnóstico a serem ofertados são:

- Exames laboratoriais
- Biópsia
- Exames diagnósticos em oftalmologia
- Radiologia
- Ultrassonografia
- MAPA
- Holter
- Ecocardiografia
- Endoscopia Digestiva Alta
- Colonoscopia
- Espirometria
- Tomografia computadorizada

## E. SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS OSTOMIZADAS

O Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas ostomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Para tanto, o serviço deverá dispor da estrutura física mínima e equipe, para serviço classificado como Atenção às Pessoas Ostomizadas I, de acordo com o previsto na Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009.





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A avaliação de resultados tem por finalidade apresentar os resultados esperados em relação à equipe mínima, volume de serviços e qualidade, periodicidade da avaliação da execução dos serviços previstos, bem como os impactos financeiros, no caso, da execução não atingir os valores definidos como satisfatórios. Descreve-se também os instrumentos de verificação dos resultados esperados.

O acompanhamento será realizado por meio de indicadores de produção, produtividade e qualidade, obtidos nos sistemas de informações do SUS, e quando insuficientes os produzidos nos sistemas de gestão da CONVENIADA, visitas "in loco", reuniões técnicas.

As metas foram estabelecidas de acordo com a série histórica de janeiro a setembro de 2022.

### A. SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RESULTADO 1: Manutenção de equipe médica nos serviços de urgência/emergência, nas 24 horas de segunda feira a domingo.

| Profissional Médico       | DIURNO (7h-19h) | NOTURNO (19h-7h) |
|---------------------------|-----------------|------------------|
| Pronto Socorro            | 02              | 02               |
| Clínica Cirúrgica         | 02 (sobreaviso) |                  |
| Pediatria                 | 01              | -                |
| Ginecologia e Obstetrícia | 01              | 01               |
| Ortopedia                 | 01 (sobreaviso) |                  |
| Anestesista               | 01              | 01               |

- Em reunião do Comitê Gestor do Convênio, o Hospital deverá apresentar o livro de registro dos profissionais médicos que compuseram o quadro do plantão.

- O Comitê gestor deverá informar ao Gestor, o déficit trimestral dos profissionais, para proceder aos cálculos de desconto.

- O desconto será calculado no valor previsto do plantão e não realizado.

- Periodicidade: Trimestral

### B. SERVIÇO HOSPITALAR

A CONVENIADA deverá realizar no mínimo saídas hospitalares trimestrais, conforme distribuição de acordo com o número de leitos existentes. Os dados abaixo foram baseados no período



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

de janeiro a setembro de 2022, considerando o número de AIHS pagas por especialidade, retirados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS

## RESULTADO 2: VOLUME DE SERVIÇOS PREVISTOS DE INTERNAÇÃO

| ESPECIALIDADE DO LEITO      | DO | LEITOS | VOLUME DE SAÍDAS/MÊS | VOLUME DE SAÍDAS/TRIMESTRE | FONTE DE VERIFICAÇÃO                                   |
|-----------------------------|----|--------|----------------------|----------------------------|--|
| Clinica Médica + UTI Adulto |    | 28     | 88                   | 264                        | AIHS Pagas por Especialidade no período. SESSP/SIH-SUS |
| Clinica Cirúrgica           |    | 11     | 78                   | 234                        |  |
| Obstetrícia                 |    | 08     | 44                   | 132                        |  |
| Pediatria                   |    | 05     | 10                   | 30                         |  |
| Pacientes Crônicos          |    | 01     | 02                   | 06                         |  |
| TOTAL                       |    | 53     | 222                  | 666                        |  |

- Periodicidade: Trimestral

## RESULTADO 3: VOLUME DE SERVIÇOS PREVISTOS DE CIRURGIA

| ESPECIALIDADE DO LEITO                 | VOLUME CIRURGIA/MÊS | VOLUME DE SAÍDAS/TRIMESTRE | FONTE DE VERIFICAÇÃO  |
|--|---------------------|----------------------------|---|
| Cirurgia geral                         | 41                  | 123                        | Total de AIHS Pagas por subgrupo de procedimentos <b>04</b> - <b>Procedimentos cirúrgicos</b> , no período. SESSP/SIH-SUS |
| Cirurgia vascular                      | 10                  | 30                         |   |
| Cirurgia ortopédica                    | 15                  | 45                         |   |
| Cirurgia ginecológica (não obstétrica) | 10                  | 30                         |   |
| Cirurgia Pediátrica                    | 05                  | 15                         |   |
| Cirurgia Urológica                     | 10                  | 30                         |   |
| Cirurgia Cabeça e Pescoço (otorrino)   | 05                  | 15                         |   |
| TOTAL                                  | 96                  | 288                        |   |

- A diferença entre o número de cirurgias desta tabela e da Resultado 2 deve -se ao fato de que nesta estão consideradas o total de procedimentos cirúrgicos efetivamente realizados (cirurgias múltiplas) e não somente o total de AIH da especialidade cirúrgica faturados.



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91  
 Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101  
 Tel.: (15) 3262-9649

## C. ATENDIMENTO DE AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

### RESULTADO 4: VOLUME DE SERVIÇOS PREVISTOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL MÉDICO

| ESPECIALIDADE MÉDICA/ODONTOLÓGICA | TOTAL ESTIMADO DE CONSULTAS/MÊS | TOTAL ESTIMADO DE CONSULTAS/TRIMESTRE | FONTE DE VERIFICAÇÃO                      |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| Oftalmologia - Glaucoma           | 100                             | 300                                   | BPA/Unidade de Avaliação e Controle - UAC |
| Cardiologia                       | 380                             | 1.140                                 |   |
| Cirurgia Geral                    | 100                             | 300                                   |   |
| Dermatologia                      | 180                             | 540                                   |   |
| Endocrinologia                    | 120                             | 360                                   |   |
| Gastroenterologia                 | 180                             | 540                                   |   |
| Ginecologia                       | 400                             | 1.200                                 |   |
| Hematologia                       | 75                              | 225                                   |   |
| Nefrologia                        | 50                              | 150                                   |   |
| Neurologia                        | 180                             | 540                                   |   |
| Ortopedia                         | 200                             | 600                                   |   |
| Otorrinolaringologia              | 120                             | 360                                   |   |
| Pediatria                         | 200                             | 600                                   |   |
| Pneumologia                       | 120                             | 360                                   |   |
| Psiquiatria                       | 250                             | 750                                   |   |
| Reumatologia                      | 120                             | 360                                   |   |
| Urologia                          | 160                             | 480                                   |   |
| Vascular                          | 60                              | 180                                   |   |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>2.995</b>                    | <b>8.985</b>                          |   |

- Deve ser considerado uma taxa de absenteísmo de 10% para o cálculo do total de consultas, para fins de pagamento aos profissionais.

- Periodicidade: Trimestral

### RESULTADO 5: VOLUME DE SERVIÇOS PREVISTOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL NÃO MÉDICO

| ESPECIALIDADES MÉDICAS/CENTRO REABILITAÇÃO | NÃO DE | TOTAL ATENDIMENTOS ESTIMADOS/MÊS | TOTAL ATENDIMENTOS ESTIMADOS/TRIMESTRE | FONTE DE VERIFICAÇÃO                          |
|--|--------|----------------------------------|--|---|
| Fisioterapia                               |        | 2.105                            | 6.045                                  | SIA/BPA/Unidade de Avaliação e Controle - UAC |
| Terapia Ocupacional                        |        |                                  |  |   |
| Assistente Social                          |        |                                  |  |   |
| Fonoaudiologia                             |        |                                  |  |   |

- Periodicidade: Trimestral



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## D. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO

### RESULTADO 6: VOLUME DE SERVIÇOS PREVISTOS DE INTERNAÇÃO

| EXAMES  | TOTAL ESTIMADO DE EXAME/MÊS | TOTAL ESTIMADO DE EXAME/TRIMESTRE | FONTE DE VERIFICAÇÃO                            |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| Análises Clínicas                                 | 6.000                       | 18.000                            | SAI/BPA/Unidade e de Avaliação e Controle - UAC |
| Biópsia   | 50                          | 150                               |   |
| Colonoscopia                                      | 16                          | 48                                |   |
| Ecocardiograma                                    | 50                          | 150                               |   |
| Endoscopia  | 50                          | 150                               |   |
| Espirometria                                      | 100                         | 300                               |   |
| Raio - X  | 2.000                       | 6.000                             |   |
| Tomografia  | 500                         | 1.500                             |   |
| Ultrassom   | 700                         | 2.100                             |   |
| Biometria ultrassônica (monocular)                | 01                          | 03                                |   |
| Biomicroscopia de fundo de olho                   | 150                         | 450                               |   |
| Campimetria computadorizada ou manual com gráfico | 30                          | 90                                |   |
| Fundoscopia                                       | 100                         | 300                               |   |
| Mapeamento de retina com gráfico                  | 100                         | 300                               |   |
| Tonometria  | 100                         | 300                               |   |
| MAPA  | 30                          | 90                                |   |
| Holter  | 30                          | 90                                |   |
| <b>TOTAL</b>                                      | <b>10.007</b>               | <b>30.021</b>                     |   |

- Periodicidade: Trimestral

## E. SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS

| ATENÇÃO ÀS PESSOAS OSTOMIZADAS | TOTAL ATENDIMENTOS ESTIMADOS/MÊS | TOTAL ATENDIMENTOS ESTIMADOS/TRIMESTRE | FONTE DE VERIFICAÇÃO |
|--------------------------------|----------------------------------|--|----------------------|
| Pacientes                      | 20                               | 60                                     | Relatório do Serviço |

- Periodicidade: Trimestral





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## METAS QUALITATIVAS

- **Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho**

É meta contínua e deve ser informada nos relatórios mensalmente. A programação deve ser previamente conhecida, semestralmente.

- **Implantação de acolhimento e protocolo de classificação de risco nas portas de urgência e emergência**
- **Implantação de visita aberta**
- **Sistemas de informação do SUS**

Todos os procedimentos realizados (consultas, exames, internações) feitos pelo SUS devem ser informados ao DATASUS mensalmente, com especial atenção aos abaixo discriminados, e sem excluir outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS:

1. Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS
2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS
3. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES
4. Sistema Nacional de Agravo de Notificação – SINAN
5. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC
6. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

O Hospital deverá apresentar no mínimo 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS – na própria competência, ou seja, no início do mês subsequente.

Todos os procedimentos devem ser avaliados e autorizados pelo médico auditor.

- **Comissões Internas do Hospital**

O hospital deverá manter em funcionamento e apresentar relatórios, com as medidas adotadas das seguintes Comissões:

1. **Revisão de Óbitos – mensal**
  - Apresentação mensal de relatório da Comissão de Revisão de Óbitos com análise dos óbitos por faixa etária e medidas adotadas.
  - Notificação dos óbitos maternos e neonatais identificando: nome da mãe, endereço, idade e Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

- Encaminhar **mensalmente** relatório dos óbitos maternos e infantis, ao gestor local.
  - 2. Revisão de Prontuário – **trimestral**
    - Apresentar, trimestralmente relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros.
  - 3. CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar **mensal**
  - 4. Comissão de Ética Médica e de Enfermagem – **mensal**
- 
- **Participação nas Redes Temáticas do SUS:**
  - **Implantação/ implementação de ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, de acordo com o previsto na Portaria GM/MS nº. 529, de 01/04/2013**
  - **Monitoramento dos seguintes indicadores, com envio mensal para a Secretaria de Saúde, de acordo com o disposto na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Estes dados devem estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado:**
    - I - Taxa de mortalidade absoluta e estimada;
    - II - Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva;
    - III - Taxa de reinternação em 24 horas;
    - IV - Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);
    - V - Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM);
    - VI - Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central;
    - VII - Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC);
    - VIII - Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## • Gestão Hospitalar

1. A instituição se compromete a manter equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de Ofício, em até 15 dias após a assinatura do Convênio, com no mínimo dois representantes do Hospital.
2. A equipe indicada será a responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados/ pactuados neste Plano Operativo, sem prejuízo de outros que o gestor considere necessários para avaliação/monitoramento, nos prazos fixados e poderá ser convidada/ convocada a participar das reuniões de avaliação.
3. A instituição se compromete a apresentar anualmente as licenças/alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação.
4. Manter contratos, vigentes, de manutenção dos equipamentos.
5. Manter limpeza das caixas d'água, controle de pragas, de acordo com normas específicas, apresentando documentação que comprove essas atividades.
6. Promover ou permitir a participação de técnicos ou dirigentes em cursos, capacitações, treinamentos que possam contribuir com a melhoria do funcionamento da instituição. Apresentar relatório trimestral com o nome, curso e data que seus funcionários ou prepostos participaram.

## • ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho da instituição será realizada por Comissão nomeada pelo Prefeito Municipal, conforme cronograma abaixo, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas físicas e qualitativas, bem como a inserção da unidade no sistema de regulação e de controle. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

### Cronograma de Avaliação

Reunião trimestral da Comissão de Avaliação.

- Abril de 2023
- Julho 2023
- Outubro 2023
- Janeiro 2024





# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## • REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS

Os valores constantes deste Plano Operativo e que serão repassados mensalmente pela Prefeitura de Porto Feliz ao Hospital destinam-se ao pagamento de todos os custos (prestação de serviços e material de consumo) necessários aos atendimentos ambulatoriais e internações realizadas durante o período de vigência do Plano, ainda que não previstos e desde que previamente autorizados pela Secretaria de Saúde.

## CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO


| Mês de desembolso  | Valor repasse mensal     |
|--------------------|--------------------------|
| 1º Mês (fevereiro) | R\$ 3.910.000,00         |
| 2º Mês (março)     | R\$ 3.910.000,00         |
| 3º Mês (abril)     | R\$ 3.910.000,00         |
| 4º Mês (maio)      | R\$ 3.910.000,00         |
| 5º Mês (junho)     | R\$ 3.910.000,00         |
| 6º Mês (julho)     | R\$ 3.910.000,00         |
| 7º Mês (agosto)    | R\$ 3.910.000,00         |
| 8º Mês (setembro)  | R\$ 3.910.000,00         |
| 9º Mês (outubro)   | R\$ 3.910.000,00         |
| 10º Mês (novembro) | R\$ 3.910.000,00         |
| 11º Mês (dezembro) | R\$ 3.910.000,00         |
| 12º Mês (janeiro)  | R\$ 3.910.000,00         |
| <b>TOTAL</b>       | <b>R\$ 46.920.000,00</b> |

O Hospital deverá realizar prestação de contas ao Setor de Contabilidade da Prefeitura Municipal, de forma mensal conforme modelo do Anexo II ou outro que venha ser autorizado pelo setor, sempre em estrita observância das normas em vigor ou que venham a ser instituídas pelo Tribunal de Contas do Estado – TCE SP.

## • VIGÊNCIA

O presente plano terá validade por 12 meses, a contar do dia 27 de dezembro de 2022, devendo ser renovado após esse período, resguardado às partes o direito de alterá-lo a qualquer tempo.

Porto Feliz, 27 de dezembro de 2022.

  
Valdirene C. de Oliveira Prado  
Secretária de Saúde

  
Maurício Estimo Michelin  
Presidente – Santa Casa



# Santa Casa de Porto Feliz

CNPJ: 55.141.725/0001-91

Rua Olavo Assumpção Fleury nº 101

Tel.: (15) 3262-9649

## ANEXO II – MODELO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

| DESCRIÇÃO / MÊS  | MÊS 1 | MÊS 2 | MÊS 3 |
|--|-------|-------|-------|
| <b>01. Pessoal e Reflexo</b>                             |       |       |       |
| 01.01 – Remuneração de Pessoal                           |       |       |       |
| 01.02 – Benefícios                                       |       |       |       |
| 01.03 – Encargos e Contribuições                         |       |       |       |
| 01.04 – Outras Despesas de Pessoal                       |       |       |       |
| <b>02. Material de Consumo</b>                           |       |       |       |
| 02.01 – Material Odontológico                            |       |       |       |
| 02.02 – Gases Medicinas                                  |       |       |       |
| 02.03 – Órteses e Próteses                               |       |       |       |
| 02.04 – Suprimento de Informática                        |       |       |       |
| 02.05 – Material de Escritório                           |       |       |       |
| 02.06 – Combustíveis                                     |       |       |       |
| 02.07 – Material de Limpeza                              |       |       |       |
| 02.08 – Uniformes e Rouparia Hospitalar e E.P.I          |       |       |       |
| 02.09 – Alimentícios                                     |       |       |       |
| 02.10 – Despesa de Transporte                            |       |       |       |
| <b>03. Materiais de Consumo Assistencial</b>             |       |       |       |
| 03.01 – Drogas e Medicamentos diversos                   |       |       |       |
| 03.02 – Produtos Médicos e Enfermagem Diversos           |       |       |       |
| <b>04. Serviços Terceirizados</b>                        |       |       |       |
| 04.01 – Assessoria Contábil                              |       |       |       |
| 04.02 – Demais Assessorias e Consultorias                |       |       |       |
| 04.03 – Serviços, Programas e Aplicativos de Informática |       |       |       |
| 04.04 – Vigilância/Portaria/Segurança                    |       |       |       |
| 04.05 – Limpeza Predial/Jardinagem                       |       |       |       |
| 04.06 – Serviço de Remoção                               |       |       |       |
| 04.07 – Serviços Gráficos                                |       |       |       |
| 04.08 – Despesa de Serviços de Benefícios para RH        |       |       |       |
| 04.09 – Educação Continuada                              |       |       |       |
| 04.10 – Serviços Assistenciais Médicos                   |       |       |       |
| 04.11 – Serviços de Outros Profissionais da Saúde        |       |       |       |
| 04.12 – Manutenção Predial e Adequações                  |       |       |       |
| 04.13 – Manutenção de Equipamentos Médicos               |       |       |       |
| 04.14 – Manutenção de outros Equipamentos                |       |       |       |
| 04.15 – Locação de Equipamentos Médicos                  |       |       |       |
| 04.16 – Locação de outros Equipamentos                   |       |       |       |
| 04.17 – Locação de Imóveis                               |       |       |       |
| 04.18 – Água   |       |       |       |
| 04.19 – Energia  |       |       |       |
| 04.20 – Telefonia  |       |       |       |
| 04.21 – Gás  |       |       |       |
| 04.22 – Outros serviços                                  |       |       |       |
| <b>TOTAL</b>   |       |       |       |

Esta planilha poderá ser substituída por semelhante desde que previamente autorizado pela Secretaria de Finanças.



THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1965

LIBRARY

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY