



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

# PROPOSTA DE DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

## Hospital Independência de Porto Alegre

PORTARIA CONSOLIDAÇÃO Nº 2 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

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, 13 de Dezembro de 2019**

**DOCUMENTO DESCRITIVO**

**TERMO INTEGRANTE DO CONTRATO, QUE CONTÉM AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONTRATADO, 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: SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDENCIA CNPJ: 87317764/0006-06  
HOSPITAL INDEPENDÊNCIA CNES: 7092571

Endereço: RUA ANTONIO CARVALHO, 450

Cidade	UF:	CEP:	DDD/Telefone:
PORTO ALEGRE	RS	91430000	51 33835600

Conta Corrente:	Banco:	Agência:	Praça de Pagamento:
060628960-5	41 BANRISUL	47	Porto Alegre

Responsável Legal: INÊS PRETTO	CPF: 286217940-04
--------------------------------	-------------------

Diretor técnico : ANGELO GIUGLIANI CHAVES

Diretor administrativo:	CPF:
JOSÉ CLÓVIS SOARES	347325000-72

Endereço: RUA ANTONIO CARVALHO, 450 - PORTO ALEGRE- RS	CEP: 91430000
--	---------------

2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL				
Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral		<input checked="" type="checkbox"/> Especializado	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público		<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico / Hospital de ensino	<input type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos (sem UTI)	Geral 90		SUS 90	
Serviço de Urgência e Emergência	<input type="checkbox"/> Sim		<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input type="checkbox"/> Espontânea		<input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Serviço de Maternidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não:	Se sim, habilitado em GAR: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	ALTA COMPLEXIDADE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Total: 01
Número de Leitos UCI Neonatal	Leitos			
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	Adulto 10	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo III	__xx__ Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual(is):	
Comissão de Infecção hospitalar:	SIM			
Comissão de Ética:	SIM			
Comissão de Prontuários Médicos	SIM			

<b>2.1 ESTRUTURA FÍSICA</b>		
<b>I- AMBULATORIAL</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
CLINICAS INDIFERENCIADAS	6	10
SALA CURATIVO	1	
SALA ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	1	
<b>II – HOSPITALAR</b>		
<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
SALA CIRURGIA	4	
SALA DE RECUPERAÇÃO		16
<b>III – HOSPITALAR - LEITOS</b>		
<b>ESPEC - CIRURGICO</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	85	85
TOTAL	85	85
<b>ESPEC - CLÍNICO</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
CLINICA MÉDICA	5	5
TOTAL	5	5
<b>COMPLEMENTAR</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Leitos Existentes</b>	<b>Leitos SUS</b>
76-UTI ADULTO - TIPO II	10	10
TOTAL	10	10
<b>IV - SERVIÇO DE APOIO</b>		
<b>Serviço:</b>	<b>Característica:</b>	
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO	
FARMACIA	PROPRIO	
LACTÁRIO	NA	
LAVANDERIA	TERCEIRIZADA	
NECROTERIO	PROPRIO	
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PROPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO	
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO	
SERVICO SOCIAL	PROPRIO	
<i>fonte: CNES/DATASUS</i>		
Os demais dados de registro do hospital, tais como instalações físicas para assistência, equipamentos, habilitações e outras informações dessa natureza estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual o hospital compromete-se a manter atualizado.		

## 2.2 EQUIPAMENTOS

### EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
TOMOGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
RAIO X DIGITAL	2	2	SIM
RAIO X PORTÁTIL	3	3	SIM
INTENCIFICADOR DE IMAGEM - ARCO EM C	4	4	SIM
ULTRASSONOGRRAFIA	3	3	SIM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	0	0	Não

### EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
CONTROLE AMBIENTAL/AR CONDIDIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

### EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
BOMBA DE INFUSÃO	133	133	SIM
DEFIBRILADOR	7	7	SIM
MONITOR DE ECG	43	43	SIM
MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	8	8	SIM
MONITOR DE PRESSÃO NÃO INVASIVO	11	11	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBÚ	8	8	SIM
RESPIRADOR.VENTILADOR	12	12	SIM

### EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
ELETROCARDIOGRAFO	3	3	SIM

### EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
<b>MICROCOSPIO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>SIM</b>
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	2	2	SIM

### OUTROS EQUIPAMENTOS

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS</b>
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	2	2	SIM

**Resíduos/Rejeitos**

**Coleta Seletiva de Rejeito**

RESIDUOS BIOLÓGICOS, RESÍDUOS QUÍMICOS E RESÍDUOS COMUNS

fonte: CNES/DATASUS

**INDEPENDENCIA PRODUÇÃO AMBULATORIAL SET/17 A DEZ/17**

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>		
<b>Qtd.Aprovado x VI.Aprovado</b>		
<b>Form_Org_GG</b>	<b>Qtd.Mês</b>	<b>Valor/mês</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3,388	22,345.37
..02 Diagnóstico em laboratório clínico	1,296	4,361.25
....01 Exames bioquímicos	575	1,107.30
....02 Exames hematológicos e hemostasia	584	2,052.96
....03 Exames sorológicos e imunológicos	80	924.36
....05 Exames de uroanálise	30	106.38
....06 Exames hormonais	5	54.73
....07 Exam toxicológ ou de monitoriz terapêutica	1	4.41
....08 Exames microbiológicos	21	111.12
....12 Exames imunohematológicos	0	-
..03 Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	0	-
....02 Exames anatomopatológicos	0	-
..04 Diagnóstico por radiologia	1,793	13,954.78
....01 Exames radiol da cabeça e pescoço	4	2.79
....02 Exames radiol da coluna vertebral	109	1,111.93
....03 Exames radiol do torax e mediastino	71	672.49
....04 Exam radiol cintura escapular e membros sup	410	2,828.88
....05 Exames radiol do abdomen e pelve	0	
....06 Exames radiol da cintura pélvica e memb inf	1,199	9,338.68
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia	60	1,841.10
....01 Ultra-sonograf sist circuíl(qq reg anatôm)	0	-
....02 Ultra-sonografias dos demais sistemas	60	1,841.10
..11 Métodos diagnósticos em especialidades	239	2,188.24
....02 Diagn em cardiologia	200	1,016.79
....05 Diagn em neurologia	39	1,171.45
03 Procedimentos clínicos	8,765	66,175.29
..01 Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	6,794	51,505.78
....01 Consultas médicas/outros profiss niv sup	6,648	51,414.00
....03 Tratamento conservador de fratura	0	
....10 atend de enfermagem (em geral)	146	91.78
..02 Fisioterapia	1,750	11,203.36
....05 Assist fisiot disfunc musc esquel-tod orig	1,750	11,203.36
....06 Assist fisioterap nas alterações neurolog	0	
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	139	3,159.47
....09 Trat de doenç sistosteomusc e tec conjuntiv	139	3,159.47
..09 Terapias especializadas	82	306.68
....05 Práticas integrativas e complementares	82	306.68
04 Procedimentos cirúrgicos	200	11,256.00
..01 Peq cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	200	11,256.00
....01 Pequenas cirurgias	200	11,256.00
<b>Total</b>	<b>12,353</b>	<b>99,776.66</b>

<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>			
<b>Qtd.Aprovado x VI.Aprovado</b>		<b>PROPOSTA</b>	
<b>Form_Org_GG</b>		<b>Qtd.Mês</b>	<b>Valor/mês</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica		660	R\$ 134,265.56
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia		25	R\$ 4,125.00
....01 Ultra-sonograf sist circuíl(qq reg anatôm)		25	R\$ 4,125.00
..06 Diagnóstico por tomografia		260	29,438.71
....01 Tomografia cabeça,pescoço e coluna vertebr		115	10,945.86
....02 Tomografia do torax e membros supes		30	2,744.39
....03 Tomografia abdomen, pelve e membros infer		115	15,748.46
..07 Diagnóstico por ressonância magnética		373	R\$ 100,243.75
....01 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral		19	R\$ 5,106.25
....02 RM do torax e membros supes		15	R\$ 4,031.25
....03 RM do abdomen, pelve e memb inf		339	R\$ 91,106.25
..08 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo		2	R\$ 458.11
....04 Aparelho geniturinário		1	R\$ 133.84
....05 Aparelho esquelético		1	R\$ 324.27
<b>Total</b>		<b>660</b>	<b>R\$ 134,265.56</b>

**OFERTA PARA A CENTRAL DE MARCAÇÃO**

..06 Diagnóstico por tomografia		100	R\$ 11,000.00
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>760</b>	<b>R\$ 145,265.56</b>

**INDICIAÇÃO PRODUÇÃO HOSPITALAR SET/17 A DEZ/17**

**MÉDIA COMPLEXIDADE**

**Qtd.Aprovado x VI.Aprovado**

**PROPOSTA**

<b>Form_Org_GG</b>	<b>Qtd.mês</b>	<b>Valor/mês</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica		
..01 Coleta de material		
....01 Coleta material por meio de punção/biópsia		
<b>03 Procedimentos clínicos</b>	<b>24</b>	<b>51,784.67</b>
..01 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	0	0.00
....06 Consulta/Atendimento urgências (em geral)	0	0.00
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	12	46,911.30
..05 Tratamento em nefrologia	0	
....02 Tratamento em nefrologia em geral	0	
..08 Trat lesões enven e outr decorr causas extern	12	4,873.36
<b>04 Procedimentos cirúrgicos</b>	<b>292</b>	<b>627,732.35</b>
..01 Peq cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	3	2,916.19
..03 Cirurgia sistema nervoso central e periférico	0	
..04 Cirurg vias aéreas superiores cabeça pescoço	0	
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	279	594,466.09
..09 Cirurgia do aparelho geniturinário	0	
..13 Cirurgia reparadora	0	
..15 Outras cirurgias	10	30,350.06
Total	316	679,517.01

**INDICIAÇÃO PRODUÇÃO HOSPITALAR SET/17 A DEZ/17**

**ALTA COMPLEXIDADE**

**Qtd.Aprovado x VI.Aprovado**

**PROPOSTA**

<b>Form_Org_GG</b>	<b>Qtd.mês</b>	<b>Valor/mês</b>
03.09.01 Terapia Nutricional		<b>R\$ 15,448.75</b>
04 Procedimentos cirúrgicos	30	158,116.78
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	28	155,438.08
....04 Cintura pélvica		
....05 memb inf		
....06 Gerais		
..12 Cirurgia torácica	2	2,678.70
....01 Traqueia e brônquios		
total	30	173,565.53

## OFERTA PARA A CENTRAL DE MARCAÇÃO

CONSULTAS	2018 - OFERTA MENSAL
LINHA DE CUIDADO - TRAUMA	60
ORTOPEDIA COLUNA ADULTO	64
ORTOPEDIA DE MÃO ADULTO	40
ORTOPEDIA JOELHO	247
ORTOPEDIA OMBRO	40
ORTOPEDIA PÉ	107
ORTOPEDIA GERAL - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA	720
ORTOPEDIA QUADRIL	42
<b>TOTAL</b>	<b>1,320</b>

EXAMES	2018 - OFERTA MENSAL
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA (RX)*	250
TOMOGRAFIAS**	100
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>

\* F.O. - 01 – Exames radiológicos da cabeça e pescoço, F.O. - 02 – Exames radiológicos da coluna vertebral, F.O. - 04 – Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores, F.O. - 05 – Exames radiológicos do abdômen e pelve

\*\* 02.06.01.001-0 – Tomografia computadorizada de coluna cervical c/ou s/ contraste; 02.06.01.002-8 Tomografia Computadorizada de coluna lombo-sacra c/ ou s/contraste; 02.06.01.003-6 – Tomografia Computadorizada de coluna torácica c/ ou s/ contraste; 02.06.01.004-4 - Tomografia Computadorizada de face/seios da face/ articulações têmporo-mandibulares; 02.06.01.005-2 – Tomografia Computadorizada do pescoço; 02.06.01.007-9 – Tomografia Computadorizada do crânio; 02.06.02.002-3 – Tomografia Computadorizada de segmento apendiculares – (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé); 02.06.03.001-0 – Tomografia Computadorizada de abdômen superior; 02.06.03.003-7 – Tomografia Computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior



INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE									
Eixo 1 - Assistência e Gestão	Área	Método de Cálculo	Fonte	Meta (Valor mensal)	Unidade	Sentido Indicador	Valor de repasse de acordo com Resultado do Indicador		
							Variação de até 10%	Variação entre 10% a 25%	Variação maior 25%
Tempo Médio de Permanência em Leitos Clínicos	Portaria de consolidação 02/2017	TMP leitos clínicos = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com	SI Hospital	10 dias	dias	↓	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Tempo Médio de Permanência em Leitos Cirúrgicos		TMP leitos cirúrgicos = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com	SI Hospital	7 dias	dias	↓	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Tempo Médio de Permanência em Leitos de UTI adulto		TMP leitos UTI = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de	SI Hospital	8	dias	↓	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de infecção corrente sanguínea		Número de casos novos de infecção da corrente sanguínea no período / Nº de CVCs dia no período	SI Hospital	4.70%	infecções / 1000 pacientes-dia com CVC		R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de Ocupação Geral dos Leitos		TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos dia (operacionais)	SI Hospital	85%	%	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de Ocupação de Leitos de CTI Adulto		TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos dia (operacionais)	SI Hospital	85%	%	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de Mortalidade Institucional (anexar escore de gravidade utilizado na		TxMInst = nº de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação em determinado período x 100/ Nº de	SI Hospital	6%	%	↓	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Satisfação do Usuário (taxa de satisfação do paciente internado - conceitos ótimos e muito bom)		Avaliação documental	SI Hospital	85%	%	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de Infecção em Cirurgia Limpa		TxICL = Quantidade de infecções por Cirurgia Limpa X 100 / Total de Cirurgias Limpas realizadas (mesmo período)	SCIH	4	%	↓	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de Cancelamento de Cirurgias por Causas Hospitalares		TxSC = Número de cirurgias suspensas em um determinado período x 100 / Total de cirurgias realizadas no mesmo	SI Hospital	10%	%	↓	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Núcleo de Segurança e Qualidade do Paciente Implantada e em Funcionamento		Avaliação Documental	SI Hospital	Atas Mensais de Reuniões	1	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Taxa de Rotatividade Ambulatorial		Quantidade de altas realizadas para pacientes em seguimento ambulatorial/ Nº de pacientes atendidos no período	SI Hospital	10%	%	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Primeiras Consultas Ambulatoriais Oferecidas à	Ambulatório	Número de consultas disponibilizadas mês	SI Hospital	1320	Consulta por mês	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Cirurgias Realizadas		Número de cirurgias realizadas por mês	SI Hospital	292	cirurgias/mês	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
Vagas de Internação disponibilizadas à regulação	Acesso	Número de Vagas recebidas no período	SI SMS	250	internações/mês	↑	R\$ 43,924.99	R\$ 37,336.24	R\$ 30,747.49
<b>Total por Metas</b>							<b>R\$ 658,874.86</b>	<b>R\$ 560,043.63</b>	<b>R\$ 461,212.40</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.

A fonte de dados para apuração fica definida como a utilizada pelo HI, passível de auditoria caso necessário.

## 6 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
TOTAL SEM INCENTIVOS	<b>R\$ 3,427,792.34</b>	<b>R\$ 41,133,508.08</b>
INCENTIVO UTI MS - Port. 2.869/2014 - (Vínculo 4590)	R\$ 116,448.53	R\$ 1,397,382.36
INCENTIVO UTI SES - Port. 524/2015	R\$ 78,353.33	R\$ 940,239.96
INCENTIVO 100% SUS - Port. 1.641/2015 - (Vínculo 4590)	R\$ 224,159.19	R\$ 2,689,910.28
IAC - Portaria 2925/2017- (Vínculo 4590)	R\$ 9,277.35	R\$ 111,328.20
Incentivo Estadual Portaria CIB 492/2011	R\$ 250,000.00	R\$ 3,000,000.00
Transporte	R\$ 19,700.00	R\$ 236,400.00
<b>TOTAL INCENTIVOS</b>	<b>R\$ 697,938.40</b>	<b>R\$ 8,375,260.80</b>
<b>TOTAL PRODUÇÃO</b>	<b>R\$ 4,125,730.74</b>	<b>R\$ 49,508,768.88</b>

O componente **produção** importa em **R\$ 1.098.124,76 (um milhão, noventa e oito mil, cento e vinte e quatro reais e setenta e seis centavos) mensais**. O presente contrato segue o modelo de orçamentação global (art. 20 da port. MS 3410/2013)

A. Sessenta **por cento (60%)** do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 658.874,86 (seiscentos e cinquenta e oito mil, oitocentos e setenta e quatro reais e oitenta e seis centavos)** serão repassados mensalmente, do Fundo Municipal/Estadual ao Hospital vinculados ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminados neste Documento Descritivo (DD).

B. Quarenta **por cento (40%)** do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 439.250,00 (quatrocentos e trinta e nove mil, duzentos e cinquenta reais )**, serão repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas no DD.

C. A métrica 60% e 40% esta calculada com base no valor de produção de **R\$ R\$ 1.098.124,76 (um milhão, noventa e oito mil, cento e vinte e quatro reais e e setenta e seis centavos)** conforme resumo financeiro.

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

E. As avaliações serão realizadas quadrimestralmente e os eventuais descontos serão efetuados nos pagamentos dos meses do período subsequente, de acordo com o percentual de cumprimento das metas.

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

G. 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 plano operativo e os valores contratuais, exceto das Redes Temáticas. E se o cumprimento das metas qualitativas for abaixo de 50% será necessário rever o DD e os valores contratuais.

H. Os valores previstos neste DD 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.

I. O pagamento dos incentivos Estaduais estão sujeitos ao repasse dos valores para o Fundo Municipal de Saúde.

HOSPITAL INDEPENDÊNCIA				
6.1 RESUMO ORÇAMENTÁRIO				
			Mensal	Anual
SIA	Média complexidade	Físico	12,353	148,236
		Financeiro – Repasse MAC	R\$ 99,776.66	R\$ 1,197,319.92
	Alta complexidade	Físico	760	9,120
		Financeiro – Repasse MAC	R\$ 145,265.56	R\$ 1,743,186.72
SIH	Média complexidade	Físico	316	3,792
		Financeiro – Repasse MAC	R\$ 679,517.01	R\$ 8,154,204.12
	Alta complexidade	Físico	30	360
		Financeiro – Repasse MAC	R\$ 173,565.53	R\$ 2,082,786.36
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 1,098,124.76</b>	<b>R\$ 13,177,497.12</b>

			Mensal	Anual
FÍSICO MAC	SIA		13,113	157,356
	SIH		346	4,152
FINANCEIRO MAC	SIA - Repasse MAC		R\$ 245,042.22	R\$ 2,940,506.64
	SIH - Repasse MAC		R\$ 853,082.54	R\$ 10,236,990.48
	SIA + SIH - (Vínculo 4590)		R\$ 1,098,124.76	R\$ 13,177,497.12
	CUSTEIO MUNICIPAL (ORÇAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR) - (Vínculo 40)		R\$ 1,484,551.29	R\$ 17,814,615.48
	CUSTEIO MS (ORÇAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR) - (Vínculo 4590)		R\$ 845,116.29	R\$ 10,141,395.48
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 3,427,792.34</b>	<b>R\$ 41,133,508.08</b>

INCENTIVOS	MENSAL	ANUAL
INCENTIVO UTI MS - Port. 2.869/2014 - (Vínculo 4590)	R\$ 116,448.53	R\$ 1,397,382.36
INCENTIVO UTI SES - Port. 524/2015 - (Vínculo 4230)	R\$ 78,353.33	R\$ 940,239.96
INCENTIVO 100% SUS - Port. 1.641/2015 - (Vínculo 4590)	R\$ 224,159.19	R\$ 2,689,910.28
IAC - Portaria 2925/2017- (Vínculo 4590)	R\$ 9,277.35	R\$ 111,328.20
CUSTEIO SES - Res. CIB/RS 492/2011 - (Vínculo 4230)	R\$ 250,000.00	R\$ 3,000,000.00
TRANSPORTE	R\$ 19,700.00	R\$ 236,400.00
<b>TOTAL DE INCENTIVOS</b>	<b>R\$ 697,938.40</b>	<b>R\$ 8,375,260.80</b>
<b>TOTAL MAC+INCENTIVOS</b>	<b>R\$ 4,125,730.74</b>	<b>R\$ 49,508,768.88</b>

\* O repasse mensal de R\$ 845.116,29 complementa a produção MAC(portaria MS 2.926/2011 e CIB/RS 492/2011). O presente contrato segue o modelo de orçamentação global (art. 20 da port. MS 3410/2013).

**7 CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO PERMANENTE DE  
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO**

<b>TRIMESTRE</b>	<b>PREVISÃO DA DATA DA REUNIÃO</b>
1º Quadrimestre	
2º Quadrimestre	
3º Quadrimestre	