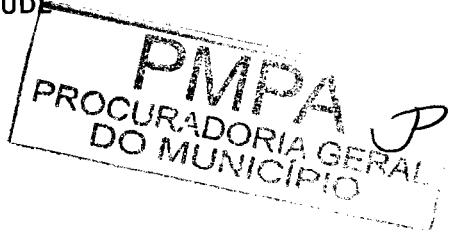




MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROC. ADM: 17.0.000068239-0
LIVRO: 1055-0
FOLHAS: 277
REGISTRO: 65 645



CONVÊNIO

Termo de CONVÊNIO que entre si fazem o MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE e SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA – SSDP, para gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde do Hospital Independência, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população, no âmbito do Município.

Aos *29* dias do mês de *dezembro* do ano de 2017, o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, CNPJ nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado por sua Procuradora Geral, Dra. Eunice Ferreira Nequete, conforme delegação de competência estabelecida no Decreto nº. 11.762/97, doravante denominado de **CONVENIENTE**, e, de outro lado, a **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins econômicos e lucrativos, certificada pelo Ministério da Saúde como Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde, sediada em Porto Alegre/RS, na Rua da Gruta, 145, inscrita no CNPJ nº 87.317.764/0001-93, presente neste ato por sua Presidente, Clair Teresinha Agnes, doravante denominada **CONVENIADA**, de acordo com o artigo 116 da Lei 8.666/93, Lei 8.080/90 e Portaria 2.567/2016 do Ministério da Saúde, celebrou-se o presente **CONVÊNIO**, pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO

1.1. O presente CONVÊNIO tem por objeto a gestão e execução da operação do **HOSPITAL INDEPENDÊNCIA**, pela **CONVENIADA**, ao Sistema Único de Saúde (SUS), em mútua cooperação, conforme descritivos e planos de investimento e custeio anexos ao presente CONVÊNIO e que dele fazem parte integrante.



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CLÁUSULA SEGUNDA: CONDIÇÕES GERAIS

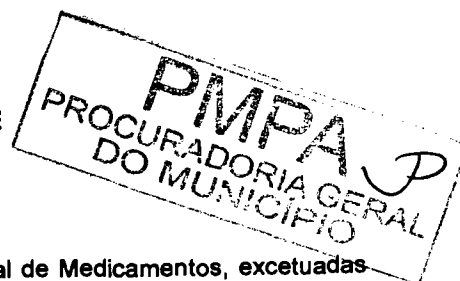
2.1. Na execução do presente CONVÊNIO, de interesse recíproco, as partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

- I. O presente CONVÊNIO, a fim de atender ao princípio da primazia do interesse público, é celebrado no sentido de garantir a continuidade da gestão e execução da operação do HOSPITAL INDEPENDÊNCIA pela ora CONVENIADA, em razão do encerramento, por termo, do CONTRATO 48139, livro 731-D, fl.258.
- II. A CONVENIENTE concede à CONVENIADA, a título gratuito, a utilização dos bens móveis e imóveis que compõe o HOSPITAL INDEPENDÊNCIA, localizado na Av. Antônio Carvalho, nº 450, Bairro Agronomia, em Porto Alegre/RS.
- III. Todos os equipamentos, materiais e insumos remanescentes do CONTRATO 48139, livro 731-D, fl.258, incorporarão o presente CONVÊNIO, garantindo a primazia do interesse público na ininterruptividade dos serviços e deverão ser listados no primeiro quadrimestre do convênio e serem patrimoniados no final da vigência deste convênio.
- IV. Os móveis, equipamentos e materiais adquiridos pela CONVENIADA com:
 - a. recursos próprios;
 - b. cedidos;
 - c. transferidos e/ou;
 - d. emprestados

para a operação do HOSPITAL INDEPENDÊNCIA serão, para todos os efeitos, reconhecidos como patrimônio próprio da CONVENIADA e não reverterão ou constituirão direito da CONVENIENTE, cabendo-lhe a restituição quando findo ou extinto o CONVÊNIO.
- V. É assegurada, como garantia da primazia do interesse público na ininterruptividade dos serviços, a manutenção dos termos de cooperação e demais instrumentos congêneres de referência e contrarreferência; contratos com terceiros fornecedores/prestadores de serviços; programas de residência médica e quadro geral de pessoal, celebrados e mantidos pelo HOSPITAL INDEPENDÊNCIA, durante a vigência do CONTRATO 48139, livro 731-D, fl.258.
- VI. É ressalvado aos partícipes, no sentido da garantia do interesse público e da eficiência do CONVÊNIO, a revisão e/ou extinção dos vínculos contratuais com terceiros, acima enunciados, durante a sua vigência.
- VII. Para garantia da primazia do interesse público na ininterruptividade dos serviços, as obrigações remanescentes do CONTRATO 48139, livro 731-D, fl.258, cujos fatos geradores ocorreram antes do início da vigência deste CONVÊNIO, serão sucedidas pelo CONVÊNIO.
- VIII. Os PARTÍCIPES manterão, em mútua cooperação, a continuidade de 100% (cem por cento) da capacidade instalada do HOSPITAL INDEPENDÊNCIA ao SUS Porto Alegre.
- IX. O acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares disponibilizados pelo SUS, por meio do HOSPITAL INDEPENDÊNCIA, efetivar-se-á pelos componentes de regulação da SMS.
- X. As intimações, bem como as consultas ambulatoriais e demais procedimentos eletivos, realizados no HOSPITAL INDEPENDÊNCIA serão regulados pela Central de Regulação da SMS.
- XI. O encaminhamento e atendimento do usuário devem seguir as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência, ressalvadas as situações de urgência e emergência, nas quais o Gestor Público orientará os procedimentos de transição do cuidado;
- XII. Gratuidade para os usuários das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste CONVÊNIO;



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- XIII. Prescrição de medicamentos em observância à Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica do HOSPITAL;
- XIV. Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;
- XV. Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;
- XVI. Estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse CONVÊNIO;
- XVII. Observância das normas e premissas dispostas pela Lei 12.846, de 1º de agosto de 2013, zelando pela probidade e pela adequação de todos os processos e procedimentos inerentes à Administração Pública e especialmente aos assuntos de direito público;
- XVIII. Os equipamentos pertencentes ao Município de Porto Alegre, ao término do convênio, deverão ser entregues pela CONVENIADA ao CONVENENTE na sua totalidade e em perfeitas condições de uso.

CLÁUSULA TERCEIRA: ENCARGOS COMUNS

3.1. São encargos comuns:

- 1. Elaboração de protocolos técnicos e de encaminhamento para as ações de saúde;
- 2. Educação permanente em serviço de recursos humanos orientados para o SUS;
- 3. Aprimoramento da atenção à saúde;
- 4. Cumprir todas as metas e condições especificadas nos descritivos anexos, parte integrante deste termo de CONVÊNIO, e Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017.

CLÁUSULA QUARTA: ENCARGOS ESPECÍFICOS

4.1. São encargos da CONVENIADA e da CONVENENTE:

I – DA CONVENIADA:

- 1. Cumprir as normas do SUS, elencadas nas normativas vigentes, ou outros que venham a ser publicados:
 - I - Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
 - II - Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);
 - III - Utilizar Sistema de Informação desta SMS que venha a ser implantado para registro das informações dos serviços prestados, obedecendo aos prazos, fluxos e rotinas de entrega da produção à CONVENIENTE;
 - IV - Submeter-se aos critérios de autorização e regulação estabelecidos por esta SMS;
 - V - Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o cumprimento das diretrizes previstas no Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III);

[Handwritten signature]



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- VI - Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
 - VII - Submeter-se ao Controle Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;
 - VIII - Obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente; e
 - IX - Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício do seu poder de fiscalização.
2. Manter estrutura adequada para a prestação dos serviços de saúde no HOSPITAL, no escopo definido nos descritivos anexos.

II - DA CONVENIENTE:

1. Transferir e/ou consentir com os descontos efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde do Fundo Municipal de Saúde quanto aos recursos previstos neste CONVÊNIO à CONVENIADA, conforme Cláusula Sexta;
2. Elaborar o Documento Descritivo Assistencial, que acompanha este instrumento na forma indissociável do ANEXO III;
3. Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados;
4. Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde;
5. Analisar os relatórios elaborados pela CONVENIADA, comparando-se as metas dos descritivos, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados;
6. Nomear, em ato do Secretário Municipal da Saúde, os membros componentes da Comissão de Acompanhamento do CONVÊNIO ("COMISSÃO"), descrita na Cláusula Sétima.
7. Estabelecer, implantar e manter, em adequado funcionamento, os mecanismos reguladores de acesso, assim como os mecanismos controladores dos processos de execução das ações e serviços previstos no plano operativo.
8. Disponibilizar, para o HOSPITAL INDEPENDÊNCIA, acesso aos componentes de regulação da SMS.
9. Analisar semanalmente as contas hospitalares de maneira proporcional ao quantitativo total previsto no documento descritivo assistencial.
10. Repassar mensalmente as verbas previstas neste CONVÊNIO.
11. Prestar à CONVENIADA todos os esclarecimentos necessários à execução dos serviços.
12. Disponibilizar transporte para o deslocamento de pacientes para a realização de exames, procedimentos externos e transferências.

CLÁUSULA QUINTA: PLANO DE CUSTEIO E DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

5.1. O Plano de Custeio, ANEXO I deste CONVÊNIO, demonstra o custo orçado para a manutenção das atividades do HOSPITAL, totalizados os custos com a operação, em categorias contábeis de lançamento.

5.2. O Documento Descritivo Assistencial, ANEXO III deste CONVÊNIO, contém:

- I. Todas as ações e serviços objeto deste CONVÊNIO;

Assinado e



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- II. A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;
- III. Definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência;
- IV. Definição das metas de qualidade;
- V. Os valores a serem repassados pela **CONVENENTE**, a título de incentivo e financiamento.

5.3 O Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III) terá validade inicial de 12 (doze) meses a partir da assinatura do presente CONVÊNIO, podendo ser alterado, mediante acordo das partícipes, devendo ser celebrado termo aditivo para tanto.

CLÁUSULA SEXTA: RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor mensal estimado de repasse do Fundo Municipal de Saúde para a execução do presente CONVÊNIO importa em R\$ 3.606.031,00 (três milhões, seiscentos e seis mil e trinta e um reais), conforme detalhamento constante no Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III) e será depositado em conta bancária específica de custeio para a execução do Convênio, no Banco Bannisul – Código Bancário 041, CNPJ 87.317.764/0001-93 Agência nº 047, Conta Bancária nº 06.071067.0-9 ("Conta Bancária de Custeio").

6.1.1 Tendo em vista o descritivo assistencial perfazer o montante de R\$ 3.606.031,00 (três milhões, seiscentos e seis mil e trinta e um reais), todo e qualquer excedente financeiro necessário à execução da operação do HOSPITAL INDEPENDÊNCIA e cumprimento do documento descritivo assistencial deverá ser assumido, exclusivamente, pela CONVENIADA, na forma de contrapartida financeira. (Anexo II).

6.2. Os valores de custeio a serem repassados pela **CONVENENTE** deverão ser confirmados mensalmente pela área técnica responsável da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e serão transferidos no montante previsto no Documento Descritivo Assistencial, ANEXO III deste convênio.

6.3. Eventuais alterações nos valores a serem repassados pela **CONVENENTE**, por qualquer razão, como desabilitação de serviço, desconto definido pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, não cumprimento de meta ou outras hipóteses que venham ocorrer, deverão ser notificadas previamente pela **CONVENENTE** à **CONVENIADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA: INSTRUMENTOS DE CONTROLE

7.1. O CONVÊNIO contará com uma Comissão de Acompanhamento do CONVÊNIO ("COMISSÃO") que será constituída por representantes da **CONVENIADA**, do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE** e da **CONVENENTE**, devendo reunir-se uma vez a cada quatro meses.

7.1.1. A partir da assinatura deste CONVÊNIO, a **CONVENENTE** solicitará o envio por escrito, em até 10 (dez) dias corridos, da lista de representantes de cada instituição, assim distribuídos:

- I. Da **CONVENIADA**: três representantes e três suplentes;
- II. Do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**: três representantes e três suplentes;
- III. Da **CONVENENTE**: três representantes e três suplentes.

7.1.2. A **COMISSÃO** será instituída por ato formal da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, publicado no Diário Oficial do Município de Porto Alegre ("DOPA") em até 10 (dez) dias corridos, contados do esgotamento do prazo estipulado no item 7.1.1.

[Assinatura]



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



7.1.3. As alterações de representação deverão ser comunicadas pelo ente representado por ofício, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data da próxima reunião, à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, que procederá à publicação da alteração no **DOPA** em até 10 (dez) dias corridos da comunicação.

7.1.4. A ausência, sem a prévia justificativa escrita, em duas reuniões consecutivas, implicará na exclusão do representante, com subsequente comunicação à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, que procederá à notificação do ente representado para proceder a nova indicação, em até 10 (dez) dias corridos.

7.2. A atribuição da **COMISSÃO** será a de acompanhar a execução do presente **CONVÊNIO**, principalmente no tocante aos seus custos, cumprimento das metas estabelecidas no Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III) e avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários.

7.3. A **CONVENIADA** fica obrigada a fornecer à **COMISSÃO** os documentos necessários à prestação de contas, previstos no Decreto Municipal de Porto Alegre nº 19894/2017, de 14 de dezembro de 2017, e as informações respectivas ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas presentes no Documento Descritivo Assistencial, ANEXO III.

7.5. A existência da **COMISSÃO** não impede nem substitui as atividades próprias das ações de Controle e Avaliação da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** e ações do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal).

7.6. A Comissão deverá emitir um Relatório quadrimestral sobre a execução do **CONVÊNIO** e, indicando, se for o caso, eventuais valores a serem descontados em virtude de não cumprimento das metas estabelecidas no Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III).

CLÁUSULA OITAVA: DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES

8.1. A **CONVENIADA** se obriga a encaminhar à **CONVENIENTE**, através do e-mail nrp@sms.prefepoa.com.br, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos e informações abaixo relacionados:

- I. Relatório Quadrimestral dos indicadores de desempenho constantes no Descritivo Assistencial (ANEXO III), até o 45º (quadragésimo quinto) dia do mês subsequente ao término do quadrimestre, conforme definido pela **COMISSÃO**;
- II. Relatório Anual até o 45º (quadragésimo quinto) dia do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses da assinatura do presente termo, contendo informações sobre a execução do presente **CONVÊNIO**;
- III. Atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), informações de produção ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ao Sistema de Informações Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (CIHA) – ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CLÁUSULA NONA: ALTERAÇÕES

9.1. O presente **CONVÊNIO** poderá ser alterado mediante pactuação entre os partícipes e a respectiva celebração de termo aditivo.

9.2. Os valores previstos neste **CONVÊNIO** poderão ser alterados, de acordo com as modificações do Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III), podendo as metas físicas relacionadas ao valor fixo deste **CONVÊNIO** sofrer variações de 10 % (dez por cento) para mais ou para menos, sem haver alteração do montante financeiro.

[Handwritten signature]



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



9.3 A participação de cada uma das partes será reavaliada a cada 12 meses, visando a manutenção do equilíbrio econômico financeiro do CONVÊNIO.

CLÁUSULA DÉCIMA: RESCISÃO

10.1. O presente CONVÊNIO poderá ser rescindido total ou parcialmente pela CONVENIENTE, sem prejuízo do cumprimento de todas as disposições contratuais ocorridas até a rescisão - quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- I. Pelo fornecimento intencional de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela CONVENIENTE;
- II. Pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, avaliação e auditoria pelos órgãos competentes da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ou do MINISTÉRIO DA SAÚDE das atividades previstas no Documento Descritivo Assistencial (ANEXO III);
- III. Pela não entrega dos relatórios trimestrais e anuais; e
- IV. Pela não observância, recorrente e sustentada por pelo menos 90 (noventa) dias dos procedimentos referentes à manutenção, alimentação e exportação dos arquivos dos sistemas de informações em saúde, em especial o CNES, o SIA, o SIH, o CIHA e aqueles compulsoriamente instituídos por ato normativo do MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE ou SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Porto Alegre.

10.2. O presente CONVÊNIO também poderá ser rescindido total ou parcialmente pela CONVENIADA, sem que seja necessário respeitar os prazos estabelecidos no item 12.1, quando houver atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pela CONVENIENTE, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado à CONVENIADA o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que seja normalizada a situação.

10.3. No caso de rescisão, sem que haja culpa da CONVENIADA, esta será ressarcida pelos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito aos pagamentos devidos pela execução do CONVÊNIO até a data da rescisão, bem como os custos da desmobilização.

CLAUSULA DECIMA PRIMEIRA: PENALIDADES

11.1. A conveniada, ao deixar de cumprir qualquer das obrigações assumidas neste CONVÊNIO, ficará sujeita às penalidades da Lei 8666/93 e suas alterações.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: DENÚNCIA

12.1. Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente CONVÊNIO, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 dias para o seu encerramento, beneficiando-se das vantagens somente em relação aos serviços e/ou atividades executados.

CLAUSULA DECIMA TERCEIRA: PRESTAÇÃO DE CONTAS

13.1. A CONVENIADA deverá entregar, trimestralmente, junto à equipe responsável pela prestação de contas da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, a seguinte documentação:

- a) Conciliação Contábil da conta bancária específica da execução do CONVÊNIO;
- b) Balancete Financeiro do período avaliado;

[Handwritten signature]



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- c) Extratos bancários mensais;
- d) Parecer do conselho fiscal da entidade, ou órgão equivalente;
- e) Cópia digitalizada das notas e comprovantes fiscais em que constem a data do documento, a compatibilidade entre o emissor e os pagamentos registrados, o valor, a aposição de dados do conveniente e número do convênio;
- f) Parecer de auditoria independente sobre os demonstrativos apresentados;
- g) Declaração de realização dos objetivos a que se propunha o instrumento;
- h) Relação de bens adquiridos, produzidos ou construídos, quando for o caso.

13.2. Após o encerramento do primeiro exercício, acompanhando o relatório do 1º (primeiro) quadrimestre, a **CONVENIADA** deverá ainda apresentar o Demonstrativo de Resultado de Exercício e o Balanço Patrimonial, de forma complementar aos demais documentos.

13.3. Deverá ser comprovada, obrigatoriamente, a habilitação dos Auditores Independentes que emitiram parecer de auditoria através de certidão(ões) do Cadastro Nacional de Auditores Independentes (CNAI) do Conselho Federal de Contabilidade, documento que deverá acompanhar a prestação de contas.

13.4. O parecer da Auditoria Independente deverá indicar que os recursos foram aplicados exclusivamente no objeto do CONVÊNIO e que o plano de trabalho foi cumprido dentro dos limites estabelecidos no artigo 8º, § 2º,¹ do Decreto Municipal de Porto Alegre nº 19894/2017, de 14 de dezembro de 2017 (10%).

13.5. A equipe responsável pela prestação de contas da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** avaliará a documentação recebida da **CONVENIADA** quadrimestralmente, e emitirá parecer, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento, sobre a documentação recebida.

13.6. Após o prazo de 30(trinta) dias, a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** poderá solicitar à **CONVENIADA** esclarecimentos, caso necessário, para emissão de parecer conclusivo, o qual deverá ser emitido em até 90(noventa) dias da apresentação da documentação.

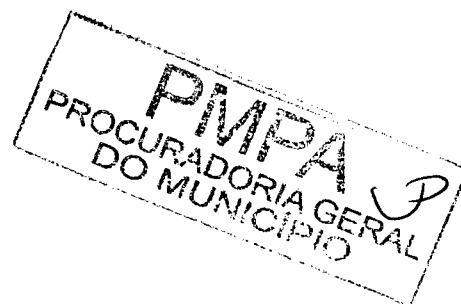
13.7. A **CONVENIENTE** poderá, a qualquer tempo, solicitar a documentação comprobatória referente às despesas relacionadas ao presente **CONVÊNIO**.

CLAUSULA DECIMA QUARTA: VIGÊNCIA

14.1. O presente **CONVÊNIO** vigorará pelo prazo de 12 meses (doze) meses, a contar da assinatura, podendo ser prorrogado nos termos do art. 57, II da Lei 8.666/93.



MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CLAUSULA DECIMA QUINTA: FORO

15.1. Fica eleito o foro da Comarca de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, para dirimir questões sobre a execução do presente CONVÊNIO e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes.

15.2 E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais.

Nelson Nemo Franchini Marisco
Procurador-Geral do Município de Porto Alegre

Nelson Nemo Franchini Marisco

Procurador - Geral Adjunto

OAB RS 36662 - Mat. 536249

Clair T. Agnes
SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA

CLAIR TERESINHA AGNES

CPF 251.245.529-72

PRESIDENTE

Sociedade Sulina Divina Providência

Dr. Mário Abílio Jaeger Neto
Dr. Mário Abílio Jaeger Neto

OAB/RS 34048

CPF 622.399.700-06



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



PROPOSTA DE DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

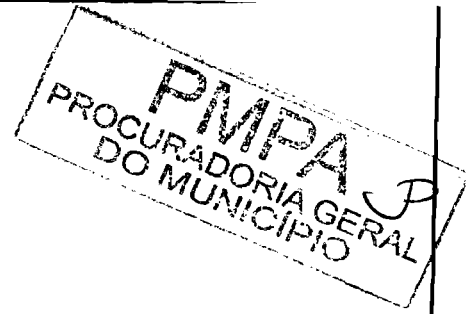
Hospital Independência de Porto Alegre

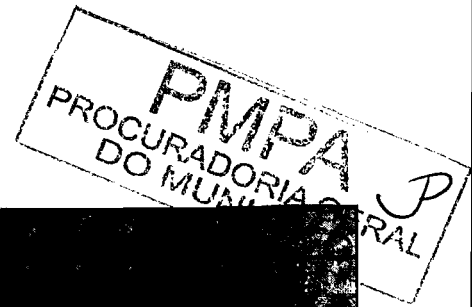
PORTARIA CONSOLIDAÇÃO Nº 2 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

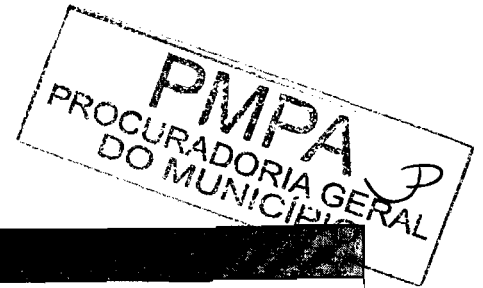
Porto Alegre, 20 de novembro de 2017





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: CLAIR TERESINHA AGNES			CPF: 251245529-72
Diretor técnico : ANGELO GIUGLIANI CHAVES			
Diretor administrativo:		CPF:	
JOSÉ CLÓVIS SOARES		347325000-72	
Endereço: RUA ANTONIO CARVALHO, 450 - PORTO ALEGRE- RS			CEP: 91430000

Angelo



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				

Handwritten signature and initials

CLINICAS INDIFERENCIADAS	6	10
SALA CURATIVO	1	
SALA ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	1	
SALA CIRURGIA	4	
SALA DE RECUPERAÇÃO		16
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	85	85
TOTAL	85	85
CLINICA MÉDICA	5	5
TOTAL	5	5
76-UTI ADULTO - TIPO II	10	10
TOTAL	10	10
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO	
FARMACIA	PROPRIO	
LACTÁRIO	NA	
LAVANDERIA	TERCEIRIZADA	
NECROTERIO	PROPRIO	
NUTRICA O E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO	

J. N. S. e

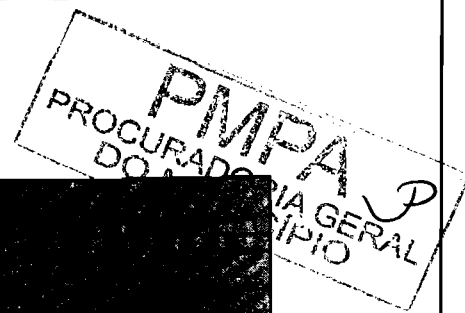
291



SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

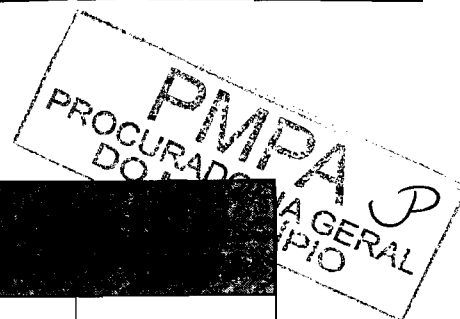
fonte: CNES/DATASUS

Handwritten signature/initials



TOMOGRÁFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
RAIO X DIGITAL	2	2	SIM
RAIO X PORTÁTIL	3	3	SIM
INTENSIFICADOR DE IMAGEM - ARCO EM C	4	4	SIM
ULTRASSONOGRAFIA	3	3	SIM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	1	1	SIM
CONTROLE AMBIENTAL/AR CONDICIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
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

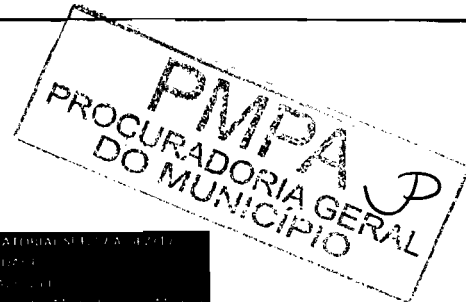
André



ELETROCARDIOGRAFO	3	3	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	1	1	SIM
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	2	2	SIM
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	2	2	SIM
RESIDUOS BIOLÓGICOS			
RESIDUOS QUÍMICOS			
RESIDUOS COMUNS			

Handwritten signature and mark

fonte: CNES/DATASUS



INFLUÊNCIA DE FÉRIAS ACUMULADAS EM 2017		
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS		
FUNÇÃO: Procurador Geral do Município		
Descrição	Quantidade	Valor (R\$)
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.403	R\$ 15.239,67
...02 Diagnóstico em laboratório clínico	1.077	R\$ 3.564,87
....01 Exames bioquímicos	400	R\$ 770,29
....02 Exames hematológicos e hemostase	553	R\$ 1.943,98
....03 Exames sorológicos e imunológicos	38	R\$ 439,07
....05 Exames de urubênia	24	R\$ 85,10
....06 Exames hormonais	6	R\$ 54,73
....07 Exame toxicológico ou de monitoriz terapêutica	1	R\$ 4,41
....08 Exames microbiológicos	49	R\$ 259,29
....12 Exames imunohematológicos	7	R\$ 7,99
...03 Diagnóstico por anemias patológicas e citopet	30	R\$ 726,90
....02 Exames anemopetiológicos	30	R\$ 726,90
...04 Diagnóstico por radiologia	1.122	R\$ 8.897,48
....01 Exames radiol de cabeça e pescoço	1	R\$ 0,70
....02 Exames radiol de coluna vertebral	78	R\$ 795,70
....03 Exames radiol do tórax e mediastino	42	R\$ 397,81
....04 Exame radiol cintura escapular e membros sup	186	R\$ 1.263,35
....05 Exames radiol do abdômen e pelve	23	R\$ 251,22
....06 Exames radiol de cintura pélvica e memb inf	782	R\$ 6.166,67
....05 Diagnóstico por ultra-sonografia	30	R\$ 969,00
....01 Ultra-sonograf elet circuíl(eq reg anatôm)	6	R\$ 232,56
....02 Ultra-sonografias dos demais sistemas	24	R\$ 736,44
...09 Diagnóstico por endoscopia	0	R\$ -
....01 Aparelho digestivo	0	R\$ -
...11 Métodos diagnósticos em especialidades	144	R\$ 1.081,44
....02 Diagn em cardiologia	130	R\$ 860,92
....06 Diagn em neurologia	14	R\$ 420,52
03 Procedimentos clínicos	8.352	R\$ 79.198,40
...01 Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	4.948	R\$ 69.359,63
....01 Consultas médicas/outras profiss niv sup	4.077	R\$ 31.530,52
....03 Tratamento conservador de fratura	720	R\$ 37.734,19
....10 Trat de enfermagem (em geral)	151	R\$ 94,92
....02 Fisioterapia	1.245	R\$ 7.743,90
....05 Acast fisiot distunç musc esquel-tot orig	1.114	R\$ 7.131,74
....06 Acast fisioterap nas alterações neurológ	131	R\$ 612,16
...03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	79	R\$ 1.795,67
....09 Trat de doeng alosteomusc e tec conjuntiv	79	R\$ 1.795,67
....08 Terapias especializadas	80	R\$ 299,20
....05 Práticas integrativas e complementares	80	R\$ 299,20
04 Procedimentos cirúrgicos	1	R\$ 58,28
...01 Pequ cirurg e cirurg pele tec subcutân mucosa	1	R\$ 58,28
....01 Pequenas cirurgias	1	R\$ 58,28
Total	8.758	R\$ 94.494,35

INFLUÊNCIA DE FÉRIAS ACUMULADAS EM 2017		
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS		
FUNÇÃO: Procurador Geral do Município		
Descrição	Quantidade	Valor (R\$)
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	478	R\$ 75.825,33
...05 Diagnóstico por ultra-sonografia	9	R\$ 1.498,79
....01 Ultra-sonograf elet circuíl(eq reg anatôm)	9	R\$ 1.498,79
...06 Diagnóstico por tomografia	362	45.727,84
....01 Tomografia cabeça, pescoço e coluna vertebr	83	7.864,81
....02 Tomografia do tórax e membros supes	7	840,36
....03 Tomografia abdomen, pelve e membros infer	272	37.202,88
...07 Diagnóstico por ressonância magnética	104	R\$ 27.882,81
....01 RM de cabeça, pescoço e coluna vertebral	37	R\$ 9.886,16
....02 RM do tórax e membros supes	6	R\$ 2.308,77
....03 RM do abdomen, pelve e memb inf	58	R\$ 15.690,90
....06 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	4	R\$ 718,34
...04 Aparelho geniturinário	3	R\$ 446,12
....05 Aparelho esquelético	1	R\$ 270,23
Total	478	R\$ 75.825,33

DEBITO PARA A CONTABILIDADE PATRONAL		
...06 Diagnóstico por tomografia	100	R\$ 11.000,00

TOTAL GERAL	578	R\$ 86.825,33
-------------	-----	---------------

John, #



Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	0	0,00	0	0,00	0,00	
..01 Coleta de material	0	0,00	0	0,00	0,00	
....01 Coleta material por meio de punção/biópsia	0	0,00	0	0,00	0,00	
03 Procedimentos clínicos	744	1.886.893,87	82	198.888,87	2.887,88	
..01 Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	72	28.258,73	8	2.188,31	364,72	
....06 Consulta/Atendimento urgências (em geral)	72	28.258,73	8	2.188,31	364,72	
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	336	1.313.518,48	28	108.458,71	3.908,28	
..05 Tratamento em nefrologia	12	80.448,82	1	7.453,89	7.453,89	
....02 Tratamento em nefrologia em geral	12	80.448,82	1	7.453,89	7.453,89	
..08 Trat lesões tireo e outr disordr tireo e estern	324	131.580,83	27	10.985,07	408,11	
04 Procedimentos cirúrgicos	3.884	7.368.874,43	282	813.173,87	2.888,91	
..01 Peq cirurg e cirurg pele lac subcutân mucosa	36	34.984,33	3	2.818,19	972,06	
..03 Cirurgia sistema nervoso central e periférico	482	283.817,37	41	24.484,78	587,19	
..04 Cirurg via aérea superior/cabeça pescoço	24	981.158,39	2	52.283,53	24.831,82	
..06 Cirurgia do sistema osteomuscular	2.772	5.806.308,28	231	482.182,38	2.130,70	
....08 Cirurgia do aparelho geniturinário	12	19.282,53	1	1.606,21	1.606,21	
..13 Cirurgia reparadora	12	2.708,84	1	225,72	225,72	
..18 Outras cirurgias	136	840.182,83	13	38.456,08	3.482,78	
Total	4.704	8.818.878,10	354	743.236,84	1.888,02	

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
04 Procedimentos cirúrgicos	380	1.887.401,36	30	158.116,78	5.270,56	
..08 Cirurgia do sistema osteomuscular	338	1.886.258,98	28	156.438,08	5.551,36	
....08 Cirurgia plástica						
....05 membro inf						
....08 Genes						
..12 Cirurgia torácica	24	32.144,40	2	2.678,70	1.338,35	
....01 Traqueia e brônquios						
Total	360	1897401,36	30	158116,78	R\$ 5.270,56	

JMC, #



OFERTA PARA A CENTRAL DE MARCAÇÃO

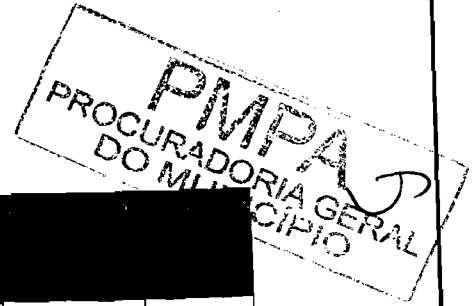
LINHA DE CUIDADO - TRAUMA	60
ORTOPEDIA COLUNA ADULTO	124
ORTOPEDIA DE MÃO ADULTO	37
ORTOPEDIA JOELHO	190
ORTOPEDIA OMBRO	40
ORTOPEDIA PÉ	107
ORTOPEDIA GERAL - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA	720
ORTOPEDIA QUADRIL	42

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA (RX)*	250
TOMOGRAFIAS**	100

* 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

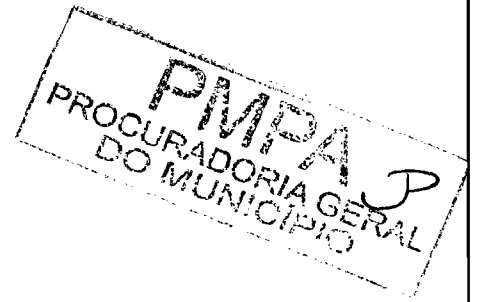
** 02.06.01.001-0 – Tomografia computadorizada de coluna cervical c/ou s/ contraste; 02.06.01.002-8 Tomografia Computadorizada de coluna lombo-sacra c/ ou s/contraste; 02.06.01.003-6 – Tomografia Computadorizada de coluna torácica c/ ou s/ contraste; 02.06.01.004-4 - Tomografia Computadorizada de face/seios 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, pema, pé); 02.06.03.001-0 – Tomografia Computadorizada de abdômen superior; 02.06.03.003-7 – Tomografia Computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior

[Handwritten signature]



Tempo Médio de Permanência em Leitos Cirúrgicos	Período 3.1.10/2011	TMP leitos clínicos = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com saída no mesmo período	SI Hospital	10 dias	dia	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Tempo Médio de Permanência em Leitos Cirúrgicos		TMP leitos cirúrgicos = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com saída no mesmo período	SI Hospital	7 dias	dia	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Tempo Médio de Permanência em Leitos de UTI Adulto		TMP leitos UTI = Número de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de pacientes com saída no mesmo período	SI Hospital	8 dias	dia	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Distribuição de Incidência de Infecção de Sítio de Incisão Cirúrgica associada a menor tempo estada (infecções práticas)		Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea no período / Nº de CVCA dia no período	SI Hospital	2	infecções / 1000	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Ocupação Cama das Leitos		TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos dia (operacionais) no mesmo período	SI Hospital	85%	%	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Ocupação de Leitos de CTA Adulto		TxOH = Total de pacientes-dia em determinado período x 100/ Total de leitos dia (operacionais) no mesmo período	SI Hospital	85%	%	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Mortalidade Hospitalar (contar mortalidade de gravidade atribuída ao tratamento)		Taxa de mortalidade hospitalar em determinado período x 100/ Nº de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período	SI Hospital	7%	%	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Realização do Útilizado (Taxa de satisfação de pacientes internados - consultas, exames e exames)		Avaliação documental	SI Hospital	85%	%	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Infecção em Cirurgia Limpas		TxICL = Quantidade de infecções por Cirurgia Limpas X 100 / Total de Cirurgias Limpas realizadas (mesmo período)	SCIH	4	%	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Complicação de Cirurgias por Contas Hospitalares		TxBC = Número de cirurgias suspensas em um determinado período x 100 / Total de cirurgias realizadas no mesmo período	SI Hospital	10%	%	1	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Qualidade do Processo Hospitalar e os Pacientes		Avaliação Documental	SI Hospital	Atas Mensais de Reuniões		7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Taxa de Retenção Ambulatorial		Quantidade de altas realizadas para pacientes em seguimento ambulatorial / Nº de pacientes atendidos no período	SI Hospital	15,00%	%	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Número de Primeira Consultas Ambulatoriais Oportunas à Consultar por mês	Ambulatorio	Número de consultas disponibilizadas mês	SI Hospital	1120	Consultas por mês	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Cirurgias Realizadas		Número de cirurgias realizadas por mês	SI Hospital	292	cirurgias/mês	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93
Vagas de Internação disponibilizadas à regulação	Anexo	Número de Vagas recebidas no período	SI Sítio	250	internações/mês	7	R\$ 28.871,33	R\$ 24.540,63	R\$ 20.209,93

Agno, F

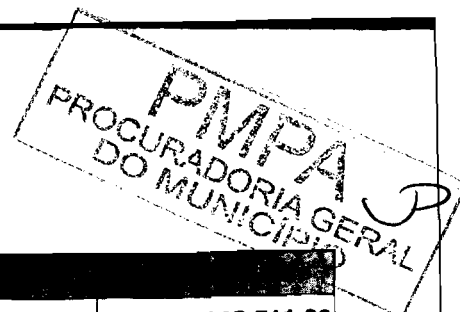


O valor referente ao eventual não atingimento das metas pactuadas será descontado em quatro parcelas mensais, nas metas subsequentes à apuração do resultado do quadrimestre anterior.

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

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

ANO. E



6 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA

TOTAL SEM INCENTIVOS	R\$ 2.927.792,60	R\$ 35.133.511,20
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
TOTAL PRÉ-FIXADO	R\$ 3.606.031,00	R\$ 43.272.372,00

O componente **pré-fixado** importa em **R\$ 1.082.676,31 (um milhão, oitenta e dois mil seicentos e setenta e seis reais com trinta e dois centavos) mensais**. O presente contrato segue o modelo de orçamentação global (art. 20 da port. MS 3410/2013)

A. Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 433.070,52 (quatrocentos e trinta e três mil, setenta reais com cinquenta e dois 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. Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado, que remontam a **R\$ 649.605,78 (seiscentos e quarenta e nove mil, seicentos e cinco centavos com setenta e oito reais)** serão repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas no DD.

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Alfonso".

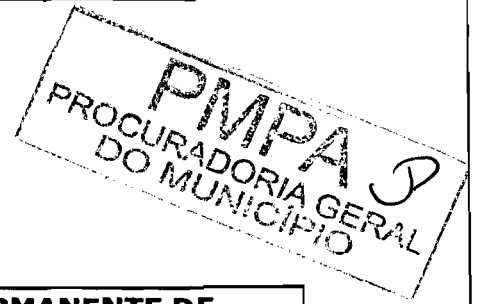
SIA	Média complexidade	Físico	8.756	105.072
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 94.494,35	R\$ 1.133.932,46
	Alta complexidade	Físico	579	6.942
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 86.825,33	R\$ 1.041.904,00
SIH	Média complexidade	Físico	354	4.248
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 743.239,84	R\$ 8.918.878,10
	Alta complexidade	Físico	30	360
		Financeiro - Repasse MAC	R\$ 158.116,78	R\$ 1.897.401,36

FÍSICO MAC	SIA	9.335	112.014
	SIH	384	4.608
FINANCEIRO MAC	SIA - Repasse MAC	R\$ 181.319,68	R\$ 2.175.836,16
	SIH - Repasse MAC	R\$ 901.356,62	R\$ 10.816.279,46
	SIA + SIH - (Vínculo 4590)	R\$ 1.082.676,31	R\$ 12.992.115,72
	CUSTEIO MUNICIPAL (ORÇAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR) - (Vínculo 40)	R\$ 1.000.000,00	R\$ 12.000.000,00
	CUSTEIO MS (ORÇAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR) - (Vínculo 4590)	R\$ 845.116,29	R\$ 10.141.395,48
TOTAL		R\$ 2.927.792,60	R\$ 35.133.511,20

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
TOTAL DE INCENTIVOS	R\$ 678.238,40	R\$ 8.138.860,80
TOTAL MAC+INCENTIVOS	R\$ 3.606.031,00	R\$ 43.272.372,00

* 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).

Handwritten signature and symbol



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

[REDACTED]	
1º Quadrimestre	
2º Quadrimestre	
3º Quadrimestre	

Handwritten signature/initials