

TERMO DE COLABORAÇÃO

Instrumento nº 003/2021
Fls. 264 a 361 do Livro SM - Nº II-3-A
TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO QUE ENTRE
SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO,
POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A
ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO

Aos vinte e oito dias do mês de abril de 2021, de um lado o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo Detran, CPF nº 290.210.958-07 e de outro a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO**, estabelecida à Rua Alberto de Campos nº 12, Ipanema, Rio de Janeiro-RJ, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº 00.434.941/0001-28, neste ato representado por seu representante legal **JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO**, brasileiro, separado, gerente geral de saúde e assistência social, portador da carteira de identidade nº 061004263, expedida pelo IFP-RJ e inscrito no CPF sob o nº 763.894.057-15, após regular Chamamento Público nº 01/2021, com fundamento na Lei Federal nº 13.019/2014 e no Decreto Municipal nº 42696/2016 e suas alterações, e consoante autorização do Sr. Secretário Municipal de Saúde, devidamente publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, em 28/04/21, às fls. 74, assinam o presente TERMO DE COLABORAÇÃO, mediante as seguintes CLÁUSULAS e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente TERMO reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31.07.2014 e suas alterações; do Decreto nº 42696 de 2016; do Decreto nº 21.083, de 20.02.2002; do Decreto nº 32.318, de 7.06.2010; pelas normas do Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº 01, de 13.09.1990; pelas normas do Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.1981 e suas alterações; bem como pelas demais normas citadas no Edital de Chamamento Público nº 01/2021, as quais a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

O presente TERMO tem por objeto o Gerenciamento, Operacionalização e Execução de ações e serviços de saúde no Hospital Municipal Albert Schweitzer e CER Realengo, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho (Anexo I) e da Planilha de Custos (Valores Base) (Anexo II).

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL possui as seguintes obrigações:

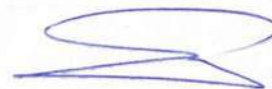
- (i) Desenvolver, em conjunto com o MUNICÍPIO, o objeto da parceria conforme o Plano de Trabalho (Anexo I) e a Planilha de Custos (Anexo II);



- (ii) Arcar com todos os demais custos que superem a estimativa prevista na Planilha de Custos (Anexo II);
- (iii) Prestar, sempre que solicitadas, quaisquer outras informações sobre a execução financeira desta parceria;
- (iv) Permitir a supervisão, fiscalização, monitoramento e avaliação do MUNICÍPIO sobre o objeto da presente parceria;
- (v) Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação do atendimento prestado;
- (vi) Manter atualizadas as informações cadastrais junto ao MUNICÍPIO comunicando-lhe imediatamente quaisquer alterações em seus atos constitutivos;
- (vii) Selecionar e contratar os profissionais necessários à consecução da presente parceria, nos termos dos documentos referidos no item i desta CLÁUSULA, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso, observando a legislação vigente e, em particular, a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT;
- (viii) Recolher, na condição de empregador, todos os encargos sociais, previdenciários e fiscais, oriundos das referidas contratações;
- (ix) Responsabilizar-se pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;
- (x) Manter o valor da parcela mensal referente a verbas rescisórias, quando for o caso, bem como os saldos das parcelas não utilizadas, em aplicação financeira, na forma da regulamentação específica da Secretaria Municipal de Fazenda;
- (xi) Abrir conta corrente bancária específica para movimentação dos recursos recebidos, em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto na Resolução SMF nº 2754 de 17.01.2013 e suas alterações.
- (xii) Permitir o livre acesso dos agentes da administração pública aos processos, aos documentos, às informações relacionadas a termos de colaboração/fomento, bem como aos locais de execução do respectivo objeto;
- (xiii) Os bens permanentes porventura adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos deverão ser obrigatoriamente entregues ao Município em até 30 (trinta) dias do término da parceria, observada a CLÁUSULA SEXTA.
- (xiv) Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL tenha dado causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização, dentre outros;
- (xv) Prestar contas da aplicação dos recursos repassados na forma da CLÁUSULA DÉCIMA do presente instrumento, mantendo em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos;
- (xvi) Apresentar relatórios de Execução do Objeto e de Execução Financeira, conforme previsto na CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA, parágrafo primeiro;
- (xvii) Divulgar a presente parceria na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações a presente parceria, na forma do Artigo 47 do Decreto Municipal nº 42696/2016;
- (xviii) Observar as normas contidas na Lei Federal nº 8.080/90. (Obs.: A referência à Lei Federal nº 8.080/90 somente deve constar nos termos que envolvam o SUS)
- (xviii) (Na hipótese de haver contrapartida deverá ser discriminada e deverá ser prevista a forma de sua aferição em bens e/ou serviços necessários à consecução do objeto, na forma do parágrafo primeiro do Artigo 35 da Lei nº 13.019/2014 e Artigo 22, § 1 do Decreto Municipal nº 42696/2016).

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

O MUNICÍPIO possui as seguintes obrigações:



- (i) Através da Secretaria Municipal de Saúde, supervisionar, fiscalizar, monitorar e avaliar a execução do Plano de Trabalho objeto do presente TERMO;
- (ii) Repassar à ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL os recursos necessários à execução deste TERMO;
- (iii) Receber, analisar e emitir parecer técnico conclusivo sobre a prestação de contas das verbas recebidas pela ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL;
- (iv) Elaborar Relatório de Visita Técnica in loco e Relatório Técnico e de Monitoramento e Avaliação.

CLÁUSULA QUINTA – DAS VEDAÇÕES

É vedado, no âmbito desta parceria:

- (i) utilizar recursos para finalidade alheia ao objeto da parceria;
- (ii) remunerar, com recursos da parceria, cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, de agente público que exerça, no órgão ou entidade da Administração Municipal, cargo de natureza especial, cargo de provimento em comissão ou função de direção, chefia ou assessoramento;
- (iii) pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- (iv) realizar despesa em data anterior à vigência da parceria;
- (v) efetuar pagamento em data posterior à vigência da parceria, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente da Administração Municipal e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência da parceria;
- (vi) transferir recursos para clubes, associações de servidores, partidos políticos ou quaisquer entidades congêneres;
- (vii) realizar despesas com:
 - (a) multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou a recolhimentos fora dos prazos, salvo se decorrentes de atrasos da Administração Municipal na liberação de recursos financeiros;
 - (b) publicidade, salvo as previstas no plano de trabalho e diretamente vinculadas ao objeto da parceria, de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;
 - (c) pagamento de pessoal contratado pela organização da sociedade civil que não atendam às exigências do art. 29 do Decreto Municipal nº 42696/2016;
 - (d) obras que não sejam de mera adaptação e de pequeno porte.

CLÁUSULA SEXTA - DA DOAÇÃO DOS BENS MÓVEIS

Os bens móveis remanescentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos do Município, mediante autorização da autoridade competente, e desde que se tenham tornado obsoletos, imprestáveis, de recuperação antieconômica ou inservíveis ao serviço público, poderão ser doados, com ou sem encargos, à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, cujo fim principal consista em atividade de relevante valor social.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO

O prazo do presente TERMO é de 180 dias, de 30/04/2021 a 27/10/2021, a contar da publicação do extrato.

Parágrafo Segundo: A vigência da parceria poderá ser alterada, mediante solicitação da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada junto ao MUNICÍPIO em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término de sua vigência, ou por solicitação do MUNICÍPIO dentro do período de sua vigência.

Parágrafo Terceiro: O prazo descrito no *caput* poderá ser prorrogado de ofício pelo MUNICÍPIO, antes do seu término, quando este der causa a atraso na liberação dos recursos, limitada ao exato período do atraso verificado, e informado no Sistema de Contabilidade e Execução Orçamentária – FINCON.

CLÁUSULA OITAVA - DAS ALTERAÇÕES

A Administração Pública Municipal poderá autorizar ou propor a alteração do termo de fomento ou de colaboração ou do plano de trabalho, após, respectivamente, solicitação fundamentada da organização da sociedade civil ou sua anuência, desde que não haja alteração de seu objeto, da seguinte forma:

(i) por termo aditivo à parceria para:

(a) ampliação do valor global, no limite máximo de até trinta por cento;

(b) redução do valor global, sem limitação de montante;

(c) alteração da destinação dos bens remanescentes; ou

(ii) por certidão de apostilamento, nas demais hipóteses de alteração, tais como:

(a) utilização de rendimentos de aplicações financeiras antes do término da execução da parceria; ou

(b) remanejamento de recursos sem a alteração do valor global.

Parágrafo Único: Sem prejuízo das alterações acima previstas, a parceria deverá ser alterada por certidão de apostilamento, independentemente de anuência da organização da sociedade civil, para:

- (i) prorrogação da vigência, antes de seu término, quando o órgão ou a entidade da administração pública municipal tiver dado causa ao atraso na liberação de recursos financeiros, ficando a prorrogação limitada ao exato período do atraso verificado e
- (ii) indicação dos créditos orçamentários de exercícios futuros.

CLÁUSULA NONA - DO REAJUSTE

Nos termos do Decreto Municipal nº 42696/2016, o reajuste de preços, se cabível, somente será devido, por ocasião da prorrogação da vigência do termo de colaboração, desde que mantida a vantajosidade para a Administração e observados os seguintes fatores:

(i) no caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto da parceria, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

(ii) em relação aos demais custos e despesas previstos no Termo, será observado o reajuste medido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado-Especial (IPCA-E) do IBGE, a cada período de 6 (seis) meses, a contar da data da publicação do extrato do Termo.

Parágrafo Primeiro: Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos na proposta inicial da parceria, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de instrumento legal, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

Parágrafo Segundo: O pleito de reajuste deverá ser apresentado através de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Terceiro: Os eventuais reajustes serão objeto de preclusão com a assinatura da prorrogação do Termo de Parceria/Fomento ou com o encerramento da vigência da parceria.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO VALOR E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

O valor do presente TERMO é de R\$ 91.097.742,19 (*noventa e um milhões, noventa e sete mil, setecentos e quarenta e dois reais e dezenove centavos*), e correrá a conta do PT 1889.10.302.0306.2009 e 1889.10.302.0331.2776 ; FR 196 e 181; ND 33503910, e será pago



em (três) parcelas bimestrais, nos valores discriminados abaixo, tendo sido emitida(s) a(s) Nota(s) de Empenhos nº 040/2021 e 041/2021, em 28/04/21, nos valores de R\$ 5.216.894,42 (*cinco milhões, duzentos e dezesseis mil, oitocentos e noventa e quatro reais e quarenta e dois centavos*) e 1.722.262,86 (*um milhão, setecentos e vinte e dois mil, duzentos e sessenta e dois reais e oitenta e seis centavos*).

1ª Parcela	2ª Parcela	3ª Parcela
R\$ 30.365.914,06	R\$ 30.365.914,06	R\$ 30.365.914,07

Parágrafo Primeiro: O cronograma de desembolso representa previsão inicial de repasses, sendo certo que estes ocorrerão conforme a apresentação da prestação de contas. Quando os recursos forem repassados em três ou mais parcelas, a terceira ficará condicionada à apresentação da prestação de contas da primeira parcela, e assim sucessivamente, de modo que se permita à instituição possuir em sua conta o montante correspondente a um repasse inicial previsto no cronograma. Após a aplicação da última parcela será apresentada a prestação de contas final dos recursos recebidos.

Parágrafo Segundo: Os recursos previstos no *caput* serão repassados, mediante transferência eletrônica, através de crédito em conta bancária específica, vinculada à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, onde serão movimentados, vedada a utilização da conta para outra finalidade, conforme descrito no subitem 16.01 do Edital.

Parágrafo Terceiro: A primeira parcela será liberada em até 30 (trinta) dias após a celebração do TERMO e as demais, trimestralmente, na forma estipulada no cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho.

Parágrafo Quarto: É vedado o repasse de recursos caso não seja aprovada a prestação de contas do penúltimo repasse efetuado.

Parágrafo Quinto: Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica isenta de tarifa bancária no (*instituição financeira indicada pela Administração Municipal*) e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

Parágrafo Sexto: Os rendimentos de ativos financeiros e eventuais saldos remanescentes poderão ser aplicados pela organização da sociedade civil na ampliação de metas do objeto da parceria, desde que no curso de sua vigência e mediante aprovação da alteração no plano de trabalho pela autoridade pública competente.

Parágrafo Sétimo: Na eventual celebração de termos aditivos, indicar-se-ão os créditos e empenhos para sua cobertura, e de cada parcela da despesa a ser transferida em exercício futuro.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

As prestações de contas parciais devem ser apresentadas até 45 (quarenta e cinco) dias após terminado o período a que se refere a parcela, sendo a última entregue até 90 (noventa) dias após o término da presente parceria, acompanhada do comprovante de devolução do saldo.

Parágrafo Primeiro: A prestação de contas será instruída com os documentos indicados na Resolução CGM nº 1285 de 23 de fevereiro de 2017 e alterações.

Parágrafo Segundo: A prestação de contas somente será recebida pelo MUNICÍPIO se estiver instruída com todos os documentos referidos no PARÁGRAFO PRIMEIRO.

Parágrafo Terceiro: No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quarto: Os mapas, demonstrativos e relatórios físico-financeiros deverão conter assinatura do representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, bem como de contabilista registrado no Conselho Regional de Contabilidade.

Parágrafo Quinto: Os documentos fiscais originais deverão conter carimbo ou dizeres com os seguintes termos: "Prestação de Contas nº XXX/XXXX – TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 003/2021, entre a ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO e a Secretaria Municipal de Saúde".

Parágrafo Sexto: A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FORMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

No caso de parcerias financiadas por recursos de fundos específicos, deve ser atendido o disposto no Artigo 59, § 2º da Lei 13.019/14, com redação conferida pela Lei 13.204/15 e art. 42, § 2º do Decreto Municipal nº 42696/2016].).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS PENALIDADES

Pela inexecução total ou parcial do objeto deste TERMO, do Plano de Trabalho, bem como por execução da parceria em desacordo com a Lei Federal nº 13.019/2015 e com o Decreto Municipal nº 42696/2016, o MUNICÍPIO poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL as seguintes sanções:

(i) Advertência;

(ii) Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

(iii) Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso (ii).

Parágrafo Único: As sanções estabelecidas nos incisos ii e iii são de competência exclusiva do Secretário Municipal de , facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE



A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da contratação de pessoal necessária à boa e perfeita execução do presente TERMO, e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e, ainda, quaisquer prejuízos que sejam causados ao MUNICÍPIO ou a terceiros.

Parágrafo Primeiro: Os danos e prejuízos deverão ser ressarcidos ao MUNICÍPIO no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da notificação à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL do ato administrativo que lhes fixar o valor, sob pena de aplicação de penalidades na forma da CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA.

Parágrafo Segundo: O MUNICÍPIO não é responsável pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

Parágrafo Terceiro: O MUNICÍPIO não será responsável por quaisquer compromissos assumidos pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente TERMO, bem como por seus empregados, prepostos ou subordinados.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA DENÚNCIA

O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

Parágrafo Único: Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESCISÃO

No caso de detecção de quaisquer irregularidades cometidas pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, o MUNICÍPIO poderá rescindir o presente TERMO, sem necessidade de antecedência de comunicação.

Parágrafo Único: Na ocorrência de rescisão, o MUNICÍPIO suspenderá imediatamente todo e qualquer repasse à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando esta obrigada a prestar contas das importâncias recebidas e a devolver os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA RETOMADA DOS BENS E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE

No caso de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, somente para

assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, o MUNICÍPIO poderá, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

- (i) retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;
- (ii) assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL até o momento em que o MUNICÍPIO assumir essas responsabilidades.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA MANUTENÇÃO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter as condições de habilitação previstas no Edital durante o curso do presente TERMO.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, à conta do Município.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO

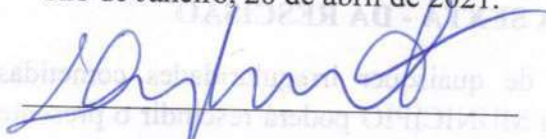
O MUNICÍPIO providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias, contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato, respectivamente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, renunciando, desde já, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL a qualquer outro que porventura venha a ter, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acertados, firmam o presente TERMO em 06 (seis) vias de igual teor e validade, juntamente com as testemunhas abaixo assinadas.

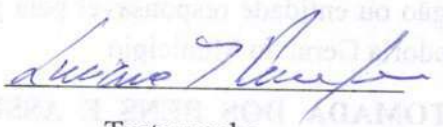
Rio de Janeiro, 28 de abril de 2021.



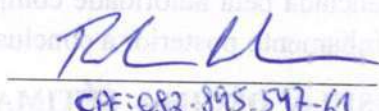
DANIEL SORANZ PINTO
Secretário Municipal de Saúde



JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
Organização Social Viva Rio



Testemunha
Luciano José Pereira Junior
Assessor Especial
S/SUBHUE
Matrícula: 60/324.339-1



CPF: 082.895.547-61
Testemunha



PROJETO BÁSICO E ANEXOS TÉCNICOS

Hospital Municipal Albert Schweitzer e CER Realengo

PROJETO BÁSICO VISANDO o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de TERMO DE COLABORAÇÃO com ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER E CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL (CER)– AP 5.1, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE).

ANEXO TÉCNICO A – Plano de Trabalho

ANEXO TÉCNICO B – Informações sobre o Território

ANEXO TÉCNICO C – Gestão das Unidades

ANEXO TÉCNICO D – Acompanhamento do Termo de Cooperação, Avaliação e Metas

ANEXO TÉCNICO E – Destinação de Recursos Orçamentários no Cronograma de Desembolso

ANEXO TÉCNICO F – Cronograma de Desembolso

ANEXO TÉCNICO A DO PROJETO BÁSICO

PLANO DE TRABALHO

Hospital Albert Schweitzer

1. CONTEXTO

O então Hospital Estadual Albert Schweitzer passou a ser administrado pela Prefeitura do Rio de Janeiro em 07 de janeiro de 2016, após a pactuação da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro com o Governo Estadual do Rio de Janeiro, após a crise financeira do Governo Estadual que publicou inclusive Decreto nº 25.521 de 23 de dezembro de 2015, estabelecendo estado de emergência no sistema estadual de saúde. A municipalização da unidade está devidamente autorizada pelo Decreto nº 41198 de 07 de janeiro de 2016 (DOM de 08 de janeiro de 2016).

2. JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde entende que deve estar presente e atenta aos cuidados de urgência e emergência e atenção hospitalar em toda a cidade, sendo a existência de uma Centro de Emergência Regional e um Hospital na AP 5.1, um dos principais pilares dessas ações.

Neste contexto, o novo Complexo Municipal Albert Schweitzer constitui um conjunto de unidades públicas, que tem como atividade fim o atendimento ao usuário do SUS que demandem cuidados de saúde em seus diversos níveis de complexidade, necessitando para o seu adequado funcionamento, de apoio administrativo e técnico para a execução de suas finalidades gerenciais e assistenciais, tais como logística e abastecimento, gerenciamento de pessoas, faturamento, informação, etc.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência elaborou o presente Projeto Básico, com vistas à contratação de prestação de serviços unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, que contemplem todas as necessidades que viabilizem o gerenciamento e a execução de atividades de serviços de saúde por intermédio de TERMO DE COLABORAÇÃO com indicadores e metas na CER e Hospital Albert Schweitzer, construindo em conjunto com a Central de Regulação Municipal, a Atenção Primária e as Unidades de Pronto Atendimento o ordenamento da assistência à urgência e emergência aos usuários do SUS da Região.

3. OBJETO

O presente Projeto Básico visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da região. O desenvolvimento de todas as ações assistenciais e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS, para a região será executado através de TERMO DE COLABORAÇÃO com Organização da Sociedade Civil, para o gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde para o CER e Hospital Albert Schweitzer. Assim, será garantida a assistência adequada aos pacientes com referência organizada para os diversos níveis e atenção.

O estudo da demanda da região e a oferta dos relevantes serviços assistenciais oferecidos pela unidade demonstra a necessidade de manutenção dos mesmos através de TERMO DE COLABORAÇÃO com Organização da Sociedade Civil. As bases para o planejamento estão relacionadas às necessidades da



população, resultando no dimensionamento dos recursos humanos e materiais necessários para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais a serem desenvolvidas.

4. ABRANGÊNCIA



CENTRO REGIONAL Albert Schweitzer e o novo HOSPITAL MUNICIPAL Albert Schweitzer estão localizados na Zona Oeste da Cidade, na AP 5.1, à Rua Nilópolis, nº 329, Realengo – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21270-040. A seguir apresenta-se o perfil demográfico e epidemiológico da AP 5.1, no período de 2000 a 2014.

DE EMERGÊNCIA

(Handwritten signatures)



Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.1 da Cidade do Rio de Janeiro
2000-2014

Indicadores Demográficos		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
População Total	nt	659.648	674.395	673.982	673.577	673.179	672.789	672.407	672.032	671.655	671.278	670.901	670.524	670.147	669.770	669.393
Taxa de Sexo	%	92,00	92,72	93,43	93,54	93,43	93,32	93,21	93,08	92,96	92,84	92,72	92,60	92,48	92,36	92,24
	nt	215.987	215.462	214.937	214.412	213.887	213.362	212.837	212.312	211.787	211.262	210.737	210.212	210.687	210.162	210.637
	nt	66.478	66.747	67.016	67.285	67.554	67.823	68.092	68.361	68.630	68.899	69.168	69.437	69.706	69.975	70.244
Idosos	%	10,09	10,15	10,15	10,18	10,22	10,24	10,27	10,29	10,31	10,33	10,35	10,37	10,39	10,41	10,43
	nt	66.478	66.747	67.016	67.285	67.554	67.823	68.092	68.361	68.630	68.899	69.168	69.437	69.706	69.975	70.244
	nt	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000
Costa	nt	5.309	5.247	5.200	5.254	5.199	5.144	5.304	5.292	5.388	5.499	5.572	5.652	5.694	5.489	5.489
	nt	8.05	7,78	7,76	7,80	7,72	7,80	7,83	7,87	8,00	8,19	8,30	8,42	8,12	8,17	8,49
Infância	nt	222	179	142	155	142	121	156	118	122	141	132	150	164	137	112
	nt	19,59	17,77	15,48	16,40	15,10	12,99	17,97	13,79	14,64	16,49	15,45	16,57	18,19	14,44	11,93
	nt	165	122	94	110	91	87	113	89	84	91	96	84	127	97	74
Infância Précoce	nt	14,56	12,11	10,25	11,54	9,73	10,42	13,02	9,70	10,09	10,64	11,12	10,39	12,97	10,22	7,69
	nt	104	104	75	92	72	72	92	59	64	65	74	72	74	73	52
Infância Tardia	nt	41	18	19	38	19	25	21	24	20	26	21	22	18	24	22
	nt	3,62	1,79	2,07	2,96	2,09	2,69	2,42	2,80	2,40	3,04	2,46	2,49	4,77	2,59	2,39
	nt	57	57	48	45	51	24	43	35	38	50	37	58	47	40	38
Costa	nt	5,03	5,06	5,23	4,76	5,45	2,59	4,95	4,09	4,56	5,65	4,93	6,19	5,21	4,52	4,02
	nt	206	215	193	217	173	195	13,54	33,05	60,66	61,70	73,00	64,15	70,00	67,88	
	nt	28,95	21,11	19,72	22,63	18,30	18,91	28,42	38,25	17,69	16,46	17,18	16,22	17,90	17,12	16,33
Fetal	nt	194	111	108	133	101	110	11,17	36,61	68,46	67,63	70,05	67,16	65,50	78,05	76,24
	nt	31	3	3	6	8	8	4	3	4	3	9	10	3	7	
	nt	349	369	349	332	304	346	46,07	46,73	47,98	70,16	35,12	39,45	110,88	31,62	74,05
Materna	nt	31	3	3	6	8	8	4	3	4	3	9	10	3	7	
	nt	349	369	349	332	304	346	46,07	46,73	47,98	70,16	35,12	39,45	110,88	31,62	74,05
Doenças Cardiovasculares	nt	1.267	1.252	1.308	1.276	1.321	1.282	1.347	1.323	1.415	1.682	1.723	1.706	1.603	1.642	1.576
	nt	366	389	392	347	397	409	375	386	405	418	526	476	507	500	504
Doenças Isquêmicas do Coração	nt	502	444	467	450	467	458	467	456	500	504	507	467	492	491	492
	nt	232	205	202	207	190	187	178	170	197	197	197	191	196	158	152
	nt	679	663	675	644	655	674	685	706	744	769	790	830	764	821	809
Doença Arterial Coronária	nt	39	77	103	74	37	86	79	78	96	91	102	89	106	100	106
	nt	57	63	73	64	56	68	71	77	79	67	90	89	79	89	85
Doença Arterial Periférica	nt	16,65	20,10	21,62	18,52	16,14	13,07	20,36	20,89	17,72	28,14	25,56	21,96	25,56	24,61	24,61
	nt	763	875	894	670	670	653	625	570	568	486	556	486	461	471	
Insuficiência cardíaca com sintomas	nt	460	430	354	389	408	386	378	231	250	285	224	224	190	176	160
	nt	99,73	63,17	52,52	57,75	39,67	54,95	56,22	43,30	37,22	35,03	30,29	34,07	21,55	26,23	23,84
Acidentes de Transporte	nt	118	104	119	114	129	92	103	96	87	88	90	87	89	95	92
	nt	17,43	15,45	17,66	16,92	19,16	13,87	13,92	14,29	12,95	13,11	13,41	12,96	11,86	14,16	13,71
	nt	1.853	1.864	1.852	1.811	1.746	1.786	1.752	1.552	1.402	1.385	1.381	1.381	1.253	1.253	
Doenças Respiratórias	nt	1.485	1.500	1.461	1.468	1.428	1.448	1.448	1.448	1.448	1.448	1.448	1.448	1.448	1.448	1.448
	nt	65,94	77,11	88,40	69,48	62,59	66,53	70,64	74,70	67,44	81,29	65,59	96,42	94,72	93,99	102,89
	nt	33,95	35,54	39,62	42,46	46,20	38,94	36,58	41,22	43,19	41,41	50,52	50,52	31,26	51,99	58,42
AIDS	nt	87	89	107	96	110	79	72	95	86	93	86	115	130	34	35
	nt	13,13	13,05	15,38	14,75	16,34	11,74	10,71	14,14	12,40	13,85	15,31	17,14	17,88	14,01	14,16
	nt	45	45	45	40	49	37	36	47	43	43	40	40	45	41	51
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	nt	6,67	6,67	6,68	6,24	7,29	5,50	5,80	6,99	6,40	6,41	10,43	7,35	6,71	5,09	7,90
	nt	364	329	334	367	343	387	387	372	393	460	476	389	375	367	377
Diabetes Mellitus	nt	304	240	270	294	276	263	302	296	308	379	348	306	287	297	302
	nt	46,09	36,32	40,06	43,65	41,00	39,09	44,91	44,34	45,86	56,46	57,82	45,90	42,77	44,26	45,00
Estimero	nt	13,31	10,072	9,174	9,452	9,055	9,313	9,602	9,559	9,336	9,552	9,540	9,069	9,019	9,407	9,449
	nt	17,19	14,93	13,61	14,03	13,50	13,94	12,91	12,74	12,74	12,73	13,49	13,44	14,14	14,09	
Taxa de Fecundidade Total	nt	2,00	1,77	1,61	1,64	1,65	1,60	1,49	1,47	1,48	1,47	1,57	1,67	1,36	1,78	1,69
	nt	0,0039	0,0037	0,0034	0,0035	0,0039	0,0027	0,0023	0,0028	0,0029	0,0030	0,0028	0,0025	0,0023	0,0028	0,0023
	nt	0,0039	0,0037	0,0034	0,0035	0,0039	0,0027	0,0023	0,0028	0,0029	0,0030	0,0028	0,0025	0,0023	0,0028	0,0023
M5e Adolescentes	%	21,69	21,10	19,75	19,94	19,12	20,17	19,04	18,90	18,71	18,68	18,25	18,33	18,24	18,11	18,02
Baixo Peso	%	8,21	8,33	9,51	9,99	9,29	8,83	9,92	9,95	9,94	9,74	9,19	8,67	9,76	9,11	8,78
Prematuridade	%	8,72	8,13	7,66	8,17	8,44	8,67	9,78	10,11	10,26	9,94	9,49	11,37	11,75	11,11	10,94
Cesarianas	%	50,65	51,43	46,78	46,70	49,25	48,80	50,86	51,76	51,69	53,96	55,66	55,19	54,92	53,57	53,71
7 e mais consultas de Pré-natal	%	50,19	53,17	67,08	67,72	65,94	67,87	61,26	67,45	62,50	61,52	61,46	61,97	63,43	65,09	68,43
Cobertura de ES	%	72,05	72,61	84,69	79,90	71,92	78,24	61,89	68,31	65,08	64,56	65,71	66,64	67,67	69,36	68,28

FONTE: CENSITUM/IBGE/IBGE

ALTERNATIVAS POPULACIONAIS (IPY) (M) e Censo 2010

FUNDAMENTAÇÃO: SINASC, SIM, OD 15 e PISA - Fichas de definição de PISA - Mortalidade Perinatal (2011)

NOTAS:

- * Taxa por 1.000 nascidos vivos
- T Taxa por 1.000 habitantes
- # Taxa de mortalidade específica para a idade de 40 anos
- ** Taxa por 100 mil nascidos vivos
- TT Taxa por 100 mil habitantes
- *** Taxa por 1.000 habitantes (taxa bruta) em 1.000 nascidos vivos

COMENTÁRIOS:

- A população total foi atualizada pelo IPY considerando os CENSO de 2010 e 2013 e suas alternativas intercensitárias.
- Para o cálculo dos indicadores segundo faixa etária e sexo, foram utilizadas estimativas fornecidas pelo IPY considerando os CENSO de 1991 e 2000.
- Somente a partir de 2006 as informações contidas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitiram obter a proporção dos distúrbios investigados.
- Nesta tabela estão incluídos todos os nascimentos a óbito com AP de residência ignorada.

5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos, a programação visual das unidades, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência de âmbito hospitalar e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde, na CER e Hospital Albert Schweitzer, 24 horas do dia, todos os dias da semana.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população um acolhimento e uma assistência eficiente e segura, agilizando o atendimento dos casos graves e redirecionando de forma ordenada os casos sem gravidade, não sobrecarregando a rede assistencial da área.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – área técnica da SMS, responsável pelo acompanhamento e execução do presente Projeto Básico fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais à população a ser atendida no Complexo Albert Schweitzer.

O novo Complexo Municipal Albert Schweitzer compreende, conforme o objeto deste Projeto Básico, o Hospital Municipal Albert Schweitzer e a Centro de Emergência Regional Albert Schweitzer. O Hospital Municipal Albert Schweitzer é uma estrutura vertical de 12 pavimentos sendo o CER localizado no térreo.

Caberá à contratada a responsabilidade pela aquisição de todos os itens necessários ao funcionamento assistencial do Complexo, bem como a contratação de todos os serviços que permitam sua operacionalização. As adaptações, os equipamentos e mobiliários adquiridos pela contratada passarão a integrar o patrimônio das unidades de saúde, sendo propriedade do Município do Rio de Janeiro.

6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais do Hospital Municipal Albert Schweitzer e da sua Centro de Emergência Regional (CER) Albert Schweitzer, serão executadas nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

6.1. CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL ALBERT SCHWEITZER

A Centro de Emergência Regional é a porta de entrada de emergência, ordenando junto com as UPAs e demais unidades da rede SUS, a rede de urgência e emergência da região, funcionando como local de primeiro atendimento (acolhimento e atendimento médico) e estabilização (sala vermelha) dos pacientes oriundos da demanda espontânea ou regulados e referenciados dos pré-hospitalares fixo e móvel, que ou ficam em observação (sala amarela) ou são internados pela regulação em vaga zero ou não, para resolução ou seguimento de seu agravo, clínico, psiquiátrico ou traumático. E na transversalidade das ações assistenciais de urgência e emergência para a rede, a CER poderá a critério técnico assistencial, em conjunto com a SUBHUE e com a Regulação Municipal, disponibilizar recursos materiais e humanos pertinentes para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários, sempre no sentido de levar ao paciente o melhor atendimento possível, dentro do menor tempo possível e da maneira mais otimizada possível.

A CER estará diretamente ligado à Central de Regulação Municipal e seus leitos de retaguarda, tanto os de estabilização (sala vermelha) quanto os de observação 24 horas adulto e pediátrico (salas amarelas), serão capazes com seu potencial técnico e assistencial de estabilizar e manter estáveis, os

pacientes graves que tenham apresentado instabilidade orgânica clínica ou traumática, por período de tempo que permita a regulação dos pacientes para leitos de internação ou para tratamento definitivo em vaga zero. Tanto as internações para continuidade da observação, quantos as de vaga zero, solicitadas pela CER, não necessariamente serão reguladas para o Hospital, podendo a critério da Central de Regulação ser reguladas para outra unidade da rede.

6.1.1 Para a organização das ações assistenciais da emergência foram definidas as seguintes estratégias e atividades básicas:

- a) Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada;
- b) Atendimento de emergência;
- c) Atendimento, acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto quanto pediátrica;
- d) Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos de alta, média e baixa complexidade;
- e) Emissão de AIH;
- f) Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central Municipal de Regulação
- g) Referência garantida para unidade da região para os atendimentos da atenção básica;
- h) Transporte inter-hospitalar dos pacientes da CER, que necessitem de continuidade dos cuidados de emergência ou que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção às urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
- i) Transversalidade em outras unidades da rede, ou seja, a CER poderá a critério técnico assistencial, em conjunto da SUBHUE e da regulação, disponibilizar recursos materiais e humanos pertinentes para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários;
- j) Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência às demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade.

6.1.2. Com base nesta organização, a contratada deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de serviços para prestação da assistência prevista nesta convocação pública, no que tange as ações assistenciais de urgência e emergência da CER, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, objeto do presente contrato.

Serviços a serem contratados:

- a) Contratação de Recursos Humanos administrativos e assistenciais (profissionais de saúde e de apoio as atividades de urgência e emergência);
- b) Aquisição de Material Permanente (mobiliário hospitalar e equipamentos)
- c) Aquisição de Insumos (material médico-cirúrgico, roupa, outros);
- d) Aquisição de Medicamentos e materiais de consumo;
- e) Serviços de apoio a diagnose e terapêutica.
- f) Contratação de serviços de apoio (vigilância, alimentação, limpeza, recolhimento de lixo especial, lavanderia, roupa).
- g) Contratação de serviço de transporte inter-hospitalar, ambulância tipo D, de acordo com o preconizado na Portaria MS/GM 2.048 de 2002. Sendo que o serviço de ambulância a ser

contratado pode ser somente ambulância tipo D com motorista e a tripulação da viatura pode ser feita pelos profissionais da CER.

A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos e materiais para garantir uma demanda mínima de 600 atendimentos/dia entre acolhimento, consultas e procedimentos médicos e de enfermagem para atender as emergências traumáticas, clínicas e psiquiatrias; além da operacionalização assistencial, considerando as metas físicas definidas no cronograma de desembolso de ambas as unidades.

O desenho operacional assistencial deverá se fundamentar na Política de Atenção às Urgências, Portaria GM nº 2.048 de 2002 e na Portaria MS 1.600 de 2011, diretrizes para a formulação da assistência.

6.1.3 A CER deverá contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador médico, gerente administrativo, gerente de enfermagem, médico generalista/emergencista, médico pediatra, ortopedista, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de radiologia (se o serviço de raio x não for terceirizado), auxiliar de serviços gerais, maqueiro e auxiliar administrativo.

6.1.4 Todos os profissionais que atuam na emergência devem ter formação em suporte básico e avançado de vida no trauma e no suporte clínico e cardiológico, com um perfil de emergencista e suporte a pacientes críticos, dado o perfil de atendimento da unidade.

6.1.5 Quadro de Metas Físicas:

As metas físicas estão definidas no cronograma de desembolso a partir dos parâmetros com o quantitativo mínimo de profissionais que compõem as equipes de cada serviço da unidade.

6.2 HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER

6.2.1 No Hospital Geral Albert Schweitzer, a OS deverá gerir no mínimo o seguinte quantitativo de leitos:

- a) 70 leitos de Unidade de terapia intensiva de adulto.
- b) 9 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrico.
- b) 23 leitos de Unidade de terapia intensiva neonatal / infantil.
- c) 54 leitos de obstetria.
- d) 120 leitos de enfermaria de especialidades clínicas.
- e) 20 leitos de enfermaria de especialidades pediátricas.
- f) 100 leitos de enfermaria de especialidades cirúrgicas.

6.2.2 O Hospital deve funcionar nas 24 horas do dia, sábados, domingos e feriados, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capaz de manter e contemplar durante todo o período de funcionamento toda a demanda assistencial e administrativa da unidade, tanto para as atividades de rotina, quanto para apoio assistencial e de retaguarda de emergência a CER, nas diversas especialidade assistenciais de suporte à urgência e emergência clínica, traumática e psiquiátrica de qualquer complexidade, de tal forma que o quantitativo de profissionais seja capaz de cumprir todas as metas assistenciais, administrativas e gerenciais que fazem parte do presente Projeto Básico. Além disso, deve o corpo clínico, assistencial e de apoio ser adequado ao nível de complexidade da instituição e dos serviços descritos. Os atendimentos obstétricos de emergência bem como o acolhimento obstétrico, serão feitos pelos obstetras e enfermagem de plantão no Hospital, utilizando o espaço destinado a este fim, localizado no pavimento da CER.

6.2.3 O Hospital deverá ter um serviço de documentação médica e arquivo médico onde além dos prontuários, boletins de atendimento e outros documentos, deverá também receber todos os prontuários e documentos médicos assistenciais do antigo Hospital, mantendo-os sob sua guarda, disponibilizando para consulta por parte dos pacientes e fornecendo certidões e afins dentro do que preceitua a legislação vigente.

6.2.4 O desenho operacional deverá se fundamentar na Política de Atenção às Urgências, Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002 e Portaria GM/MS n. 1.600 de 2011, como diretriz para a formulação de seus quadros.

6.2.5 A contratada ofertará os serviços de saúde diversos, utilizando seus recursos humanos e técnicos, exclusivamente aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional a produção da seguinte (tabela abaixo) quantidade mínima de procedimentos nos seus diversos serviços assistenciais, além de cumprir as metas estabelecidas neste Projeto Básico.

6.2.6 Quadro de Metas Físicas:

A – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Atividade	Meta
1. Laboratório de análises clínicas	Ativo nas 24h
2. Tomografia computadorizada	Ativa nas 24h
3. Radiologia simples	Ativa nas 24h
4. Cardiotocografia	Ativa nas 24h
5. Ultrassonografia	Ativa nas 24h
6. Anatomia Patológica	Ativa por 8h/dia
7. Endoscopia urinária	Ativa por 8h/dia
8. Broncoscopia	Ativa nas 24h
9. Ecocardiografia	Ativa por 8h/dia
10. Endoscopia digestiva alta	Ativa nas 24 h
11. Endoscopia digestiva baixa	Ativa por 12h/dia

Os exames previstos na tabela SUS e necessários ao longo das internações deverão ser disponibilizados pela unidade. O SADT previsto deve atender às necessidades do Complexo Hospitalar, incluindo a CER. Dentro da transversalidade da assistência de urgência e emergência da rede, os exames componentes do SADT da CER que tenham portabilidade, como endoscopia, ecocardiografia, broncoscopia, endoscopia urinária entre outros, poderão a critério técnico da SUBHUE em conjunto com a Central de Regulação atender em outras unidades da rede.

B – SERVIÇOS e LEITOS (com estimativa de altas considerando taxa de ocupação de 95% e tempos médios ideais)

HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER

Especialidade	Leitos (a)	Taxa de ocupação (b)	Tempo de permanência (c)	Saídas/ ano (d)	Saídas/ mês (e)
Especialidades Clínicas					
Clínica Médica	120	95%	8	6.021	501
Pediatria	20	95%	8	996	83
Especialidades Cirúrgicas					
Cirurgia (*)	100	95%	5	7.975	664
Unidade Materno-infantil					
Obstetrícia	54	95%	3	6.222	518
CTI Neonatal	23	95%	8	975	81
Leitos Complementares					
CTI Adulto	70	95%	10	2.670	222
CTI Pediátrico	9	95%	8	390	32
Total Geral	396			25.249	2.101

(*) Estão incluídas as cirurgias de urgência e emergência em retaguarda à CER.

Memória de cálculo: Saídas/ano (d) = (axb) X (365/c)

Saídas/mês(e) = d/12

6.2.7 Caso o número mensal de exames não seja atingido, o saldo poderá ser usado em outros procedimentos a critério da SMS.

6.2.8 O hospital com relação ao total de intervenções cirúrgicas a serem realizadas, não deve ter o montante total excedendo 20% de intervenções de baixa complexidade, de acordo com a classificação e normas do SUS.

6.2.9 Garantir em exercício na Unidade Hospitalar quadro de recursos humanos qualificado e compatível ao porte da Unidade e aos Serviços previstos, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes e vigentes, tendo também definida sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas dia para fazer frente as demandas assistenciais e operacionais da unidade, respeitando seu perfil assistencial, conforme descrito na tabela abaixo:

Perfil Assistencial

Medicina Interna

Cardiologia

Cirurgia Geral

Urologia

Cirurgia Vascular

Neurocirurgia

Anestesiologia

Otorrinolaringologia

Oftalmologia

Cirurgia de Tórax

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO

Hospital Albert Schweitzer

7. ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.1

Área de planejamento 5 é formada por 20 bairros e 5 regiões administrativas. Corresponde a 48,4% do território do Município - 592,45km² - e abriga cerca de 26,6% da população carioca. - 1.556.505 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 2.627 habitantes por km².

A Zona Oeste, como é conhecida, foi tratada como última fronteira da urbanização do Rio de Janeiro. Nela, foram mantidos, durante muito tempo, os usos agrícolas e as extensas propriedades, que foram se extinguindo com a pressão da urbanização, a partir da década de 1960.

Embora cortada pela ferrovia, que chegava a Santa Cruz, fatores como distância, ausência de serviços e áreas militares, bloquearam a continuidade da expansão urbana, inicialmente concentrada no entorno das estações ferroviárias.

Gradativamente, a ocupação foi sendo expandida, o que é atestado pelo crescimento populacional da área, de 124,3% nos últimos 30 anos (1970/2000).

Como local de moradia para um pouco mais de um quarto da população da cidade, a AP 5 apresenta 11,6% desse contingente morando em ocupações irregulares, loteamentos irregulares ou clandestinos e favelas. Considerando a presença de vazios urbanos passíveis de urbanização, os recursos ambientais, a implantação de grandes empreendimentos e a interação com municípios limítrofes, a AP 5 revela-se como uma possibilidade de expansão da cidade de forma ordenada e equilibrada ambientalmente, sendo, assim, um desafio e uma responsabilidade.

Interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados, o Complexo Penitenciário de Bangu e as áreas de destino final do lixo da cidade em Gericinó.

Para a área da saúde está subdividida em três:



AP 5.1 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de apenas duas RA, Realengo e Bangu, e tem como limite norte os municípios de Nilópolis e Mesquita, a leste com a AP 3.3 e a AP 4.0, a oeste pela AP 5.2 e ao sul pela AP 4.0. O crescimento urbano acelerado da década de 60 se deu em função da remoção de favelas da Zona Sul da cidade. A RA de Bangu é aquela com maior densidade demográfica da Zona Oeste.

AP 5.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de duas RA Campo Grande e Guaratiba e tem como limite norte o município de Nova Iguaçu, a leste com a AP 5.1, a oeste pela AP 5.3 e a Baía de Sepetiba e ao sul pela AP 4.0 e o Oceano Atlântico. A RA de Campo Grande se caracteriza como a mais populosa da cidade, com 484 mil habitantes, em contraposição a Guaratiba, a de menor em toda Zona Oeste. Vale lembrar que Campo Grande é o grande centro de toda a AP 5 estendendo seu raio de influência econômica aos municípios limítrofes (Nova Iguaçu, Seropédica e Itaguaí). A RA de Guaratiba convive com o pior IDH entre todas as RA.

AP 5.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se superpõe a RA de Santa Cruz que tem como limite norte os municípios de Nova Iguaçu e Itaguaí, a oeste e ao sul pela Baía de Sepetiba e a leste pela AP 5.2. Esta foi a última AP a sofrer o processo de urbanização. Santa Cruz tem o pior resultado do IDH, ficando em 28º lugar.

Os dados demográficos indicam que, na AP 5, a população cresceu à taxa de 20,5%, no período 1991/2000, o equivalente a um aumento absoluto de 264.329 moradores. Todas as cinco RA da AP tiveram incremento populacional neste período. Porém, em números absolutos, o destaque foi Campo Grande que, com um incremento de 103.420 habitantes, elevou sua população a quase 485 mil habitantes. Já em termos relativos, o destaque foi Guaratiba, com crescimento populacional de cerca de 2/3 (ou 66,5%). O menor crescimento demográfico, tanto absoluto quanto relativo, ficou por conta da RA de Realengo, que atingiu uma população de 239.146 habitantes: foram mais 14.358 habitantes, num incremento de 6,4%.

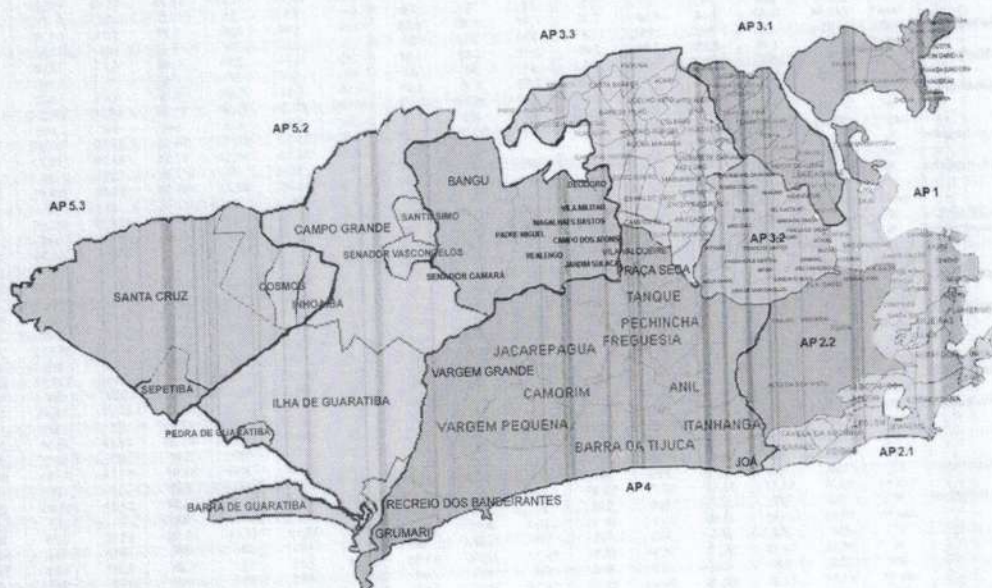
Na década de 90, as áreas naturais, foram reduzidas de 29% para 25% do território, sendo suprimidos 2.352 hectares de florestas e 51 hectares de vegetação de mangue.

Em 2000, das cinco regiões administrativas que compõem a AP 5, apenas uma estava entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Realengo (0,813 – 19ª posição no ranking do município). As demais regiões encontravam-se como a seguir: Campo Grande (0,792 – 22ª posição), Bangu (0,792 – 23ª posição), Santa Cruz (0,747 – 27ª posição) e Guaratiba (0,746 – 28ª posição). Vale lembrar que o ranking era composto por 32 regiões.

Quanto ao desenvolvimento do IDH na área, todas as regiões tiveram taxas de crescimento positivas entre 1991 e 2000: de 7,4% em Campo Grande até 9,3% em Guaratiba. Apesar da melhora do índice nas cinco RA, três mantiveram-se na mesma posição no ranking e duas ascenderam uma posição (Realengo e Santa Cruz).



Mapa A – Distribuição dos bairros que compõem as áreas de planejamento
Cidade do Rio de Janeiro



O acompanhamento das condições de saúde da população carioca se dá a partir de um conjunto de informações produzidas, em grande parte, por dois sistemas de informações - os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM).

Indicadores de Saúde da Área de planejamento 5.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2014

7.1 Indicadores demográficos:

Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação de Análise da Situação de Saúde

Estatísticas Vitais da Cidade do Rio de Janeiro.

Indicadores Demográficos		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
População Total		nº	859.649	874.395	873.982	873.577	873.179	872.789	872.407	872.032	871.665	871.306	871.041	871.041	871.041	871.041	
Razão de Sexos		%	92,80	92,72	92,83	92,54	92,43	92,32	92,21	92,06	92,08	92,68	92,68	92,68	92,68	92,68	
Maior ou igual a 40 anos		nº	235.957	235.482	229.518	236.675	244.108	251.829	259.852	268.188	268.188	268.188	268.188	268.188	268.188	268.188	
Maior ou igual a 60 anos		nº	66.470	68.747	71.124	73.615	76.224	78.960	81.828	84.836	84.836	84.836	84.836	84.836	84.836	84.836	
Idosos		%	10,08	10,19	10,55	10,93	11,32	11,74	12,17	12,62	12,63	12,64	12,65	12,65	12,65	12,65	
Mortalidade			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geral		nº	5.309	5.247	5.230	5.254	5.196	5.114	5.004	4.892	4.788	4.699	4.611	4.522	4.433	4.344	4.255
Infantil		taxa †	8,05	7,78	7,76	7,80	7,72	7,60	7,49	7,37	7,25	7,13	7,01	6,89	6,77	6,65	6,53
Neonatal		taxa **	19,59	17,77	15,48	16,40	14,12	12,99	11,97	10,95	10,08	9,16	8,24	7,32	6,40	5,48	4,56
Neonatal Precoce		nº	165	122	94	110	91	97	113	83	84	91	95	94	16,57	18,20	14,45
Neonatal Tardia		taxa **	14,56	12,11	10,25	11,64	9,73	10,42	13,02	9,70	10,08	10,64	11,12	10,39	12,98	10,23	7,83
Pós-Neonatal		nº	124	104	75	82	72	72	92	59	64	65	74	72	74	73	52
Obitos de < 1 ano investigados		taxa **	10,94	10,33	8,18	8,68	7,70	7,73	10,60	6,89	7,68	7,60	8,66	7,96	8,21	7,70	5,51
Perinatal		nº	41	39	28	28	25	21	24	20	26	21	22	22	43	24	22
Obitos Perinatais Investigados		taxa ***	3,62	1,79	2,07	2,96	2,03	2,68	2,42	2,80	2,40	3,04	2,46	2,43	4,77	2,53	2,33
Fetal		nº	57	57	40	45	51	24	43	35	38	50	37	58	47	40	38
Materna		%	5,03	5,66	5,23	4,76	5,45	2,58	4,95	4,09	4,56	5,85	4,33	6,19	5,21	4,22	4,02
Obitos Fetais Investigados		nº	268	222	181	216	180	182	203	158	150	145	151	148	162	163	155
Mort. Fetal		taxa ***	23,36	21,79	19,50	22,53	19,02	19,31	23,09	18,25	17,81	16,80	17,52	16,22	17,90	17,03	16,23
Mort. Materna		%	144	118	106	134	108	110	111	99	86	80	77	76	88	90	103
Mort. Materna		nº	11	5	3	6	8	8	4	4	4	6	3	9	10	3	7
Mort. Materna		taxa **	97,08	49,64	31,70	63,48	85,52	85,90	46,07	46,73	47,99	70,16	35,12	99,45	110,95	31,64	74,11
Mort. Materna		%	349	369	349	332	304	346	302	325	297	326	283	318	319	268	310
Doenças Cardiovasculares		nº	1.267	1.252	1.329	1.276	1.321	1.282	1.347	1.323	1.615	1.682	1.723	1.706	1.609	1.817	1.574
Doenças Isquêmicas do Coração #		taxa **	192,07	185,65	197,18	189,44	196,23	190,55	200,33	196,87	240,45	250,56	256,77	254,23	239,78	240,97	278,24
Doença Cerebrovascular #		nº	366	389	392	347	387	407	375	386	405	418	515	496	507	496	501
Neoplasias		taxa **	232,42	205,12	203,47	190,13	187,21	181,87	179,72	170,03	197,62	187,93	197,01	181,46	167,86	157,37	152,71
Neoplasia traqueal, brônquios e pulmão		nº	679	663	675	644	655	674	685	706	744	768	780	836	764	829	809
Neoplasia de mama feminina		taxa **	102,93	98,31	100,15	95,61	97,30	100,18	101,87	105,05	110,77	114,40	116,24	114,58	113,85	123,54	120,56
Causas Externas		nº	99	77	101	97	86	79	73	98	91	102	89	116	99	106	
Homicídios, incluindo as intervenções legais		taxa **	15,01	11,42	14,99	10,99	14,41	12,78	11,75	10,86	14,59	13,56	15,20	13,26	17,29	14,75	15,80
Acidentes de Transporte		nº	57	69	71	64	56	68	71	77	79	67	86	89	73	89	86
Causas Mal Definidas		taxa **	16,66	20,10	20,62	18,52	16,14	19,31	19,86	21,21	21,76	18,46	28,14	25,56	20,96	25,56	24,68
Doenças Respiratórias		nº	763	675	634	670	670	613	650	625	570	563	486	544	433	456	465
Doenças Infecciosas e Parasitárias		taxa **	115,67	100,09	94,07	99,47	99,53	91,11	96,67	93,00	84,86	83,87	72,42	81,07	64,53	87,95	69,30
AIDS		nº	460	426	354	389	403	369	378	291	250	235	224	134	156	74	61
Tuberculose		taxa **	69,73	63,17	52,52	57,75	59,87	54,85	56,12	43,30	37,22	35,01	33,38	34,87	33,55	11,03	9,09
Doenças Endócrinas, Nutricionais, Metabólicas		nº	115	104	119	114	129	92	103	96	87	88	90	87	93	15	12
Diabetes Mellitus		taxa **	17,43	15,42	17,66	16,92	19,16	13,67	15,32	14,29	12,95	13,11	13,41	12,96	13,86	2,24	3,28
Nascidos Vivos		nº	863	884	851	811	746	786	736	762	552	402	385	338	380	311	391
Taxa de Natalidade		%	16,26	16,85	16,27	15,44	14,36	15,37	13,88	14,40	10,24	7,51	6,91	5,69	6,93	5,68	58,27
Taxa de Fecundidade Total		nº	435	520	461	468	428	448	475	502	453	340	381	447	649	618	690
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)		taxa **	65,94	77,11	68,40	69,48	63,58	66,59	70,64	74,70	67,44	60,44	56,58	56,42	56,72	52,10	102,83
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)		nº	224	237	267	286	311	262	246	277	290	278	359	339	344	380	392
Mães Adolescentes		taxa **	33,96	35,14	39,62	42,46	46,20	39,94	36,58	41,22	43,18	41,41	50,52	50,52	51,26	56,63	58,42
Baixo Peso		nº	87	88	107	96	110	79	72	95	86	93	88	115	121	94	95
Prematuridade		taxa **	13,19	13,05	15,68	14,25	16,34	11,74	10,71	14,14	12,80	13,85	13,11	17,14	18,03	14,01	14,16
Cesarianas		nº	45	45	45	42	49	37	39	47	43	43	70	48	45	61	53
7 e mais consultas de Pré-natal		taxa **	6,82	6,67	6,68	6,24	7,28	5,50	5,80	6,99	6,40	6,41	10,43	7,15	6,71	9,09	7,90
Cobertura do SUS		nº	364	329	333	367	343	337	387	371	393	460	476	383	375	357	375
		%	50,19	53,17	67,88	67,72	65,94	67,87	61,26	67,45	62,51	61,54	61,52	61,87	63,51	65,72	68,44
		taxa **	46,29	36,92	40,06	43,65	43,00	39,09	44,31	44,34	45,86	56,46	57,82	45,90	42,77	43,22	45,15
Número		nº	11.331	10.072	9.174	9.452	9.355	9.313	8.682	8.559	8.336	8.552	8.543	9.090	9.013	9.481	9.445
Taxa de Natalidade		taxa	17,13	14,99	13,61	14,03	15,90	13,84	12,91	12,74	12,41	12,73	11,49	13,43	14,13	14,08	14,08
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)		taxa	2,06	1,77	1,61	1,64	1,62	1,60	1,49	1,47	1,43	1,47	1,07	1,06	1,75	1,74	1,74
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)		taxa	0,0784	0,0680	0,0594	0,0618	0,0599	0,0640	0,0572	0,0559	0,0548	0,0568	0,0562	0,0623	0,0633	0,0628	0,0629
Baixo Peso		%	21,66	21,10	19,75	19,94	19,12	20,17	19,04	18,30	18,71	18,67	18,19	18,33	19,19	18,07	18,01
Prematuridade		%	9,21	9,33	9,51	9,89	9,28	9,95	9,32	9,55	9,64	9,73	9,22	8,07	9,79	9,11	8,79
Cesarianas		%	6,72	6,13	7,66	9,17	8,44	6,67	6,73	10,11	10,26	9,95	9,50	11,37	11,75	11,12	10,97
7 e mais consultas de Pré-natal		%	50,19	53,17	67,88	67,72	65,94	67,87	61,26	67,45	62,51	61,54	61,52	61,87	63,51	65,72	68,44
Cobertura do SUS		%	78,40	74,06	70,85	75,63	78,11	72,53	69,12	69,67	70,49	69,91	67,70	66,98	67,50	69,24	68,25

FONTE: CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC - RJ

ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010.

FUNDAMENTAÇÃO: SINASC_SIM_CID 10 e RIPSA - Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008).

NOTAS: * Taxa por 1000 nascidos vivos. ** Taxa por 100 mil nascidos vivos. † Taxa por 1000 habitantes. †† Taxa por 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade específica para maiores de 40 anos.

OBSERVAÇÕES:

- 1- População total do IBGE, CENSOS de 2000 e 2010. Estimativas 2001 a 2009 feitas pelo IPP, 2011 e 2012 feitas da SMSDC/SUBPAV, considerando os CENSOS (2000 e 2010).
- 2- Para o cálculo dos indicadores segundo faixa etária e sexo, foram utilizadas estimativas do IPP considerando os CENSOS de 1991 e 2000.
- 3- Somente a partir de 2006 as informações contidas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitiram obter a proporção dos investigados.
- 4- Os dados de 2012 estão sujeitos à atualização e revisão.
- 5- Nesta tabela estão incluídos todos os nascimentos e óbitos com AP de residência ignorada.

7.2 Nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – possibilita a consolidação de indicadores de importância para o acompanhamento das condições de nascimento das crianças desta cidade, assim como a situação da assistência pré-natal.

Desde 1993 as informações sobre condições de nascimento na Cidade vêm sendo analisadas, e, desde 2003 este sistema encontra-se descentralizado para as 10 Coordenações de Área de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde. Esta descentralização possibilitou maior agilidade na disponibilização dos dados para os gestores.

Ao longo destes anos tem sido realizado o acompanhamento de alguns indicadores – prematuridade, baixo peso, frequência de cesarianas, número de consultas de pré - natal, taxa de fecundidade, taxa de natalidade e cobertura SUS.

Estes dados serão analisados em uma pequena série de anos, de 2000 a 2006 para as AP, observando-se as diferenças de padrão em relação ao perfil da Cidade.

Cobertura SUS – nascimentos em unidades do Sistema Único de Saúde

As unidades de saúde das esferas municipais, estaduais, federais, universitárias e privadas ou filantrópicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) compõem a rede de serviços de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Este conjunto de unidades responde por aproximadamente 65 a 70% dos nascimentos ocorridos na Cidade.

Deve-se considerar em relação a este indicador a dinâmica de oferta de leitos e serviços pelos setores público e privado e a condição socioeconômica da população de cada área, com maior ou menor possibilidade de aquisição de serviços da rede privada, através dos diversos planos de saúde existentes.

Entre as áreas da cidade se observa a combinação destes fatores demarcando as diferenças de utilização da rede pública. As áreas mais carentes utilizando e dependendo mais do serviço público, e as áreas mais ricas utilizando menos.

Nascidos Vivos de Mães Residentes no Município do Rio de Janeiro, com partos ocorridos no Município do Rio de Janeiro segundo Bairro de Residência e Tipo de Estabelecimento - 2010

Bairro de Residência	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	UNIVERSIDADE	FILANTROPICOS CONV.SUS	FILANTROPICOS	MILITARES	PARTICULARES	Total	% Cobertura SUS
134 DEODORO	105	3	4	1	0	1	15	41	170	66,47
135 VILA MILITAR	13	0	1	1	0	0	13	10	38	39,47
136 CAMPO DOS AFONSOS	1	0	0	0	0	1	1	3	6	16,67
137 JARDIM SULACAP	19	3	3	1	0	9	25	120	180	14,44
138 MAGALHAES BASTOS	181	51	4	4	0	1	15	91	347	69,16
139 REALENGO	824	520	54	39	2	10	76	673	2198	65,47
140 PADRE MIGUEL	220	401	20	9	3	0	27	248	928	70,37
141 BANGU	963	1068	84	41	1	8	79	897	3141	68,67
142 SENADOR CAMARA	371	541	23	6	1	0	15	255	1212	77,72

Nascidos vivos na AP 5.1

Conforme tabela com Estatística de Dados Vitais.

Taxa de Natalidade

A taxa de natalidade é um indicador que expressa a influência dos nascimentos na população em geral, ou seja, possibilita a avaliação do crescimento vegetativo da população quando observada em conjunto com a taxa de mortalidade.

Taxas de natalidade elevadas são encontradas em situações socioeconômicas mais precárias. Para o Brasil a taxa de 2004 foi de 18,11/1000. As taxas das regiões norte/nordeste situam-se acima de 20/1000.

Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade total é o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher. Expressa a dinâmica demográfica da população em relação à capacidade de reposição populacional.

"Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego". (Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). / IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.)

Condições de Nascimento

A prematuridade, o baixo peso, a maternidade precoce, a frequência de cesarianas, o número de consultas de pré-natal e a cobertura SUS são indicadores que possibilitam identificar as condições de nascimento que determinam risco a sobrevivência dos recém-nascidos.

Prematuridade

A prematuridade – nascimentos ocorridos antes da 37ª semana de gestação - é uma condição de risco para sobrevivência dos recém-nascidos. A prematuridade e o baixo peso ao nascer resultam em fragilidades orgânicas que propiciam o desenvolvimento de complicações como as infecções, e maior risco de morte.

A prematuridade pode ser determinada por várias condições como: infecções maternas – vaginose bacterianas, infecções do trato geniturinário, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, gestação gemelar, placenta prévia, restrição do crescimento intra-uterino, polidrâmnio, amnionite, incompetência istmocervical, diabetes, abuso de drogas e pielonefrite.

Algumas das condições determinantes da prematuridade são situações evitáveis através da atenção pré-natal adequada. A identificação precoce do desenvolvimento destas patologias e a disponibilidade de recursos para se enfrentar as complicações existentes definirão o risco de morte para o feto, e em muitas circunstâncias também para a mãe.

Baixo Peso ao Nascer

O baixo peso ao nascer – menor que 2,5Kg - é definido como um indicador de risco para morbimortalidade infantil, em especial no período neonatal.

“O baixo peso ao nascer pode ser devido à menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino, ou ainda a uma combinação de ambos (Kramer, 1987). Villar & Belizan (1982) apontam o retardo de crescimento intra-uterino como o maior responsável pelo baixo peso ao nascer nos países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos esta condição é decorrente principalmente de nascimento pré-termo”. (HORTA, B. L., et al. 1996 - Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(Supl.1):27-31, 1996)

Tipo de Parto – Cesariana

O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de partos cesariana vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Para o Brasil a freqüência do tipo de parto cesariana em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando comparado aos 15% preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

A realização do parto cesariana segue parâmetros para sua indicação.

“As indicações absolutas mais tradicionais são: desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transversa (atravessado); e sofrimento fetal. A ocorrência de diabetes

gestacional, ruptura prematura da bolsa d'água e bebê com trabalho de parto prolongado também são consideradas indicações relativas para a cesariana. O Ministério da Saúde acrescentou, recentemente, outra indicação para essa cirurgia. É o caso de gestantes portadoras do vírus HIV. A cesariana passou a ser agendada nessas situações porque se descobriu que a hora do parto é o momento de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus". (site da SES do Distrito Federal)

A realização indiscriminada de cesarianas pode determinar o surgimento de complicações obstétricas – como as infecções - e neonatais - como a prematuridade iatrogênica, que definem maior risco para mortalidade infantil e materna.

A Cidade do Rio de Janeiro situa-se neste indicador muito acima do preconizado e com tendência de crescimento. A prática médica e a “escolha” da mulher do parto cesáreo congregam fatores de várias naturezas: socioeconômicos, culturais, emocionais, e todas as questões que tem de um lado os médicos e de outro as pacientes. A mudança deste perfil depende de explicitar para a sociedade a discussão dos aspectos éticos e técnicos sobre cesariana e sobre parto natural/normal, e desta forma garantir aos indivíduos as informações necessárias para esclarecimento dos riscos e indicações de um ou outro procedimento.

Mães Adolescentes

A freqüência de nascidos vivos de mães adolescentes – idade menor que 20 anos, variou de 19 a 17% entre os anos de 2000 e 2006. Para o Brasil, esta proporção variou de 23,4% em 2000 para 21,8% em 2005.

O enfoque da maternidade na adolescência se preocupa com duas questões: o maior risco para mortalidade infantil e materna. As duas situações estão carregadas de dramaticidade relacionada à vivência, em um momento precoce da vida, de situações fortes e definitivas.

“Entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão também vem sendo citadas como contribuintes para resultados adversos durante a gestação, o parto e o período neonatal, além de conseqüências emocionais advindas de relações conjugais instáveis”.

Consultas de Pré-natal – 7 consultas ou mais

“As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando serviços de saúde. Elas depositam sua confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas” (MS, 2004).

O acompanhamento pré-natal é uma ação básica de saúde que insere abordagens preventivas e curativas. A detecção precoce de problemas é o que se objetiva. Problemas que podem ser específicos do desenvolvimento do feto ou referidos exclusivamente à saúde da mãe pela agudização de problemas pré-existentes.

“A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde” (MS, 2004).

O pré-natal é, portanto, uma ação estratégica que afeta a condição de saúde de um grupo populacional através da saúde da criança e da mulher. Uma vertente de atuação tão importante deve ser um eixo prioritário na condução das políticas públicas do setor saúde e para além dele.

A perspectiva de ampliação da oferta da atenção pré-natal deve ser acompanhada pela preocupação com a qualidade do cuidado que está sendo ofertado. Esta garantia de qualidade significa qualificação profissional e disponibilidade de recursos/insumos. O que se objetiva é a identificação de situações de risco para o desenvolvimento fetal e para a saúde da mulher durante a gravidez ou em decorrência da gravidez, e a disseminação de informações adequadas sobre o cuidado do recém-nascido e da mulher.

“Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de ser facilmente evitável, através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério. As condições de assistência e a própria organização dos serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas da mulher são analisados”.

A mortalidade infantil e a materna têm como causas principais: a hipertensão materna, as infecções, a sífilis, as hemorragias - condição identificável, por adequado acompanhamento pré-natal que poderiam evitar a morte de grande número de recém-nascidos e mulheres.

7.3 Mortalidade

7.3.1 Óbitos na Cidade do Rio de Janeiro

Taxa Bruta de Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade relaciona a mortalidade total de residentes na Cidade do Rio de Janeiro com a sua população. Neste caso, trabalhamos com um índice por 100 mil habitantes em função do tamanho populacional de cada uma das áreas de planejamento da Cidade (ver tabela com Estatística de Dados Vitais).

Mortalidade Infantil

Atualmente a diminuição da taxa de mortalidade infantil na Cidade está atrelada a redução das mortes neonatais, em particular aquelas que ocorrem até o sétimo dia de vida - neonatais precoces. Desse modo, esta redução está relacionada a ações de saúde que se relacionam com o acompanhamento da gestação, do parto e da assistência em neonatologia.

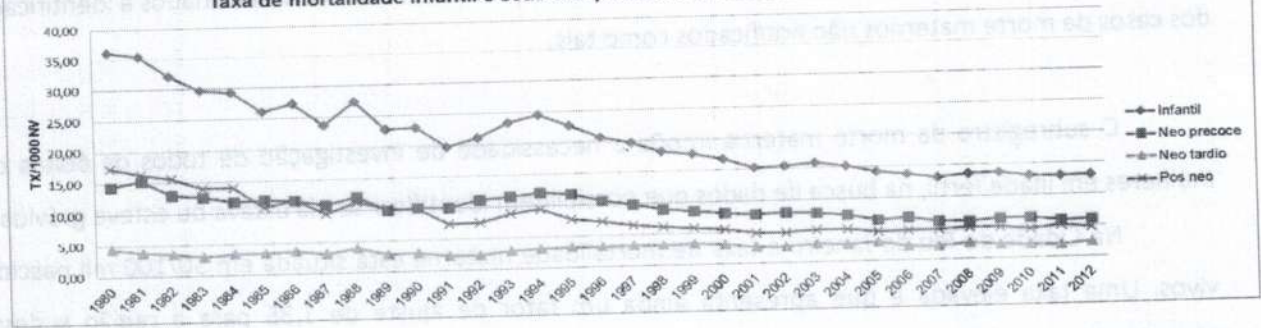
Nas décadas de 80 e 90, as ações de controle da doença diarréica, desidratação e desnutrição resultaram em importante decréscimo da mortalidade pós-neonatal – acima dos 28 dias de vida, principal responsável pelas elevadas taxas. Ao mesmo tempo ocorrem melhorias nas condições de oferta de saneamento básico e água tratada. Além disto, a ampliação da oferta de serviços de saúde determinou a possibilidade de intervenções curativas e preventivas a grupos populacionais especialmente vulneráveis ao adoecimento e a morte. A queda da mortalidade de menores de um ano naquelas duas décadas se deveu a diminuição das mortes acima dos 28 dias de vida.

Na década de 80 observa-se também diminuição da mortalidade neonatal precoce, mas que não se compara à magnitude da queda do componente pós-neonatal.

A partir da década de 90 a redução da mortalidade infantil está principalmente condicionada à redução da mortalidade neonatal, mas o grupo pós-neonatal ainda tem sua importância. Subsistem em diversas áreas da cidade, grupos populacionais especialmente vulneráveis vivendo em precárias condições e que enfrentam situações determinantes de condições de risco para mortalidade pós-neonatal.

De 2000 em diante a queda da mortalidade infantil ocorre em função principalmente do componente neonatal e principalmente a partir do neonatal precoce.

Taxa de mortalidade infantil e seus componentes de residentes no MRJ de 1980 a 2012



Fonte: SIM - GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMS-RJ

Taxa de mortalidade infantil e seus componentes de residentes no município do Rio de Janeiro de 1980 a 2012

Tx/1000	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Infantil	36,10	35,40	32,10	29,70	29,30	26,10	27,30	23,60	27,40	22,70	22,90	19,70	21,00	22,30	24,50	22,60	20,80	19,60	18,10	17,60
Neo precoce	14,40	15,30	13,00	12,60	11,80	12,00	11,80	11,00	12,20	9,80	10,10	10,00	11,30	11,60	12,10	11,80	10,50	9,80	8,90	8,50
Neo tardio	4,40	3,80	3,90	3,00	3,40	3,60	3,10	3,90	2,80	2,90	2,80	2,30	2,30	2,90	3,10	3,20	3,20	3,30	3,20	3,30
Pos neo	17,30	16,30	15,60	14,00	14,00	10,70	11,90	9,50	11,30	10,10	9,90	7,40	7,50	8,80	9,40	7,70	7,20	6,50	6,10	5,80

Tx/1000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Infantil	16,74	15,20	15,42	15,77	15,23	14,15	13,69	13,07	13,59	13,63	13,05	12,93	13,05
Neo precoce	8,11	7,84	8,05	7,79	7,41	6,54	6,86	6,12	6,01	6,43	6,38	5,90	5,98
Neo tardio	3,11	2,60	2,53	2,86	2,70	3,01	2,17	2,12	2,60	2,23	2,06	2,01	2,37
Pos neo	5,52	4,76	4,85	5,12	5,12	4,58	4,67	4,83	4,98	4,97	4,62	5,08	4,70

Fonte: SIM - GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMS-RJ

Óbitos infantis residentes no MRJ, segundo AP de residência - 2012

AP Residência	< 7 dias	7-27 dias	28 dias - <1 ano	Total
Ign	4	0	2	6
1.0	26	8	15	49
2.1	22	6	13	41
2.2	13	5	12	30
3.1	55	21	79	155
3.2	42	12	28	82
3.3	85	37	54	176
4.0	76	27	61	164
5.1	74	43	47	164
5.2	55	21	47	123
5.3	50	18	37	105
Total	502	198	395	1095

Fonte: SIM - GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMS-RJ

Mortalidade Materna

O indicador de mortalidade materna se refere às mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério.

É um indicador clássico do acompanhamento das condições de saúde e de vida.

O comportamento da taxa de mortalidade materna reflete problemas relacionados à identificação dos casos de morte maternos não notificados como tais.

O subregistro da morte materna impõe a necessidade de investigação de todos os óbitos das mulheres em idade fértil, na busca de dados que possibilitem identificar se ela estava ou esteve grávida.

Na Cidade do Rio de Janeiro a taxa de mortalidade materna está situada em 50/100 mil nascidos vivos. Uma taxa elevada e que apresenta ainda um fator de ajuste de 1,35 para a região sudeste, identificado por trabalho realizado em 2001 (LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. Rev. bras. epidemiol, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.).

Mortalidade Geral

O Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, era de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SES-RJ até 1995, data em que passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 1995.

A SMS-RJ descentralizou o SIM para as 10 Áreas de Planejamento da cidade a partir de 2005. São trabalhadas as informações referentes a Óbitos de Residentes no Município do Rio de Janeiro, visando traçar um perfil dos óbitos para cada uma das AP e para a cidade.

As taxas de mortalidade foram calculadas por 100.000 habitantes, sendo expressas por AP, incluindo sempre a média do município do Rio de Janeiro.

7.4 Comentários

Os indicadores de saúde, mortalidade e nascimentos, possibilitam a identificação e monitoramento de padrões adoecimento, morte e assistência. A análise da situação de saúde exclusivamente a partir destas informações, entretanto não permite o entendimento da realidade de saúde dos diferentes grupos que vivem nesta Cidade. Esta análise deve incorporar informações de outras áreas do conhecimento.

Cada área da Cidade é um universo próprio, como se tivéssemos 10 grandes cidades dentro de uma só. A identidade de cada uma delas determina formas de viver às vezes muito diferentes. E ainda, dentro de uma mesma área temos regiões muito diversas, heterogêneas o que pode se refletir na indefinição de padrões.

A organização do espaço e da distribuição de bens e serviços também não se dá de forma homogênea, e sua maior ou menor oferta reflete diretamente nos resultados dos indicadores de saúde.

GESTÃO DA UNIDADE

Hospital Albert Schweitzer

8. RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

- A - Definir as diretrizes e políticas de saúde a serem implantadas na Unidade;
- B - . Criar uma Comissão Técnica de Avaliação (CTA), da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, específica para efetuar o acompanhamento da Administração e Operacionalização do Complexo de Saúde, por técnicos da S/SMS;
- C - Fornecer à instituição executora do TERMO DE COLABORAÇÃO, e a seu pessoal o apoio necessário à plena consecução dos objetivos do Contrato e Projeto Básico;
- D - Acompanhar, supervisionar e fiscalizar, a execução das atividades desenvolvidas;
- E - Repassar pontualmente os recursos financeiros previstos, de acordo com o cronograma e condições estabelecidas;
- F - . Controlar a qualidade dos serviços contratados, identificando possíveis distorções e sugerindo constantes ajustes;
- G - Possibilitar o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a viabilização dos correspondentes termos de cessão de uso;
- H - Inventariar e avaliar os bens referidos no item acima, anteriormente à formalização dos termos de cessão de uso.
- I - Disponibilizar técnicos pertencentes a SMS-RJ, os quais ficarão à disposição do Complexo de Saúde, visando interagir com os setores, ajustando o plano estratégico de gestão, casos necessários.

J - Monitorar e realizar estudos comparativos dos indicadores de resultados e custos das Unidades de Negócios do Hospital, tendo em vista a Implantação de modelos inovadores.

K - Realizar permanente vistoria quanto à precariedade dos equipamentos ou aquisição de novos, fornecendo pareceres técnicos quanto da solicitação pela CONTRATADA

9. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A - Administrar e operar o Hospital Albert Schweitzer e Centro de Emergência Regional (CER) Albert Schweitzer, dentro das diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde SMS/RJ, com atendimento exclusivo aos usuários do SUS, de forma gratuita, no estabelecimento de saúde cujo uso lhe foi permitido, vedado prestação de serviço à entidade de saúde suplementar.

B - Responsabilizar-se, integralmente, pelos encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referente aos recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Projeto Básico, decorrendo do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, bem como por todos os ônus tributários e extraordinários que incidam sobre o presente instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamente pela rede bancária arrecadadora;

C - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, ao órgão do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de cessão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

D - Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe for cedido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

E - Manter um Sistema de Ouvidoria para medir o nível de satisfação do usuário em relação aos serviços contratados;

F - Ao final do TERMO DE COLABORAÇÃO, a contratada deverá restituir a Secretaria Municipal de Saúde todos os bens móveis e imóveis que lhe foram destinados ou adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS em virtude do presente contrato em boas condições de uso;

G - Garantir em exercício na Unidade Hospitalar quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis ao porte da Unidade e Serviços previstos, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, tendo definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas dia do Hospital, por plantões, a presença de pelo menos um profissional da medicina que responderá legalmente pela atenção oferecida a clientela (o ato médico);

H - Dar continuidade a implantação de protocolos clínicos e administrativos em todos os departamentos visando a otimização da gestão;

I - Responsabilizar-se pelo processo de administração direta da Unidade, envolvendo:

i.1) Contratação e gestão do pessoal necessário à operação da Unidade;

i.2) Efetivação dos processos de compra de materiais e insumos necessários à operação da Unidade;

i.3) Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas a reposição de peças;

i.4) Manter o padrão de qualidade de atendimento dentro das exigências contratuais, que serão baseadas nas diretrizes constantes deste contrato e as características de atividade assistenciais, do presente Projeto Básico;

i.5) Disponibilizar relatórios gerenciais com as informações solicitadas na periodicidade constante no anexo do presente Projeto Básico aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde –RJ;

J - Utilizar a logomarca da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde e do SUS, em todos os documentos emitidos pelo Executor contratado.

K - Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde;

L - Assegurar o Sistema Aberto de visitas aos pacientes, de segunda a segunda, por no mínimo oito horas diárias consecutivas;

M - Manter sempre atualizado prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelos prazos previstos em lei;

N - Devolver à Secretaria Municipal de Saúde após término do contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios em perfeitas condições de uso, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme identificação prévia deles por prepostos de ambas as partes;

O - Os bens deverão ser recebidos por um preposto designado pela firma contratada, serem devidamente inventariados quando da assinatura do contrato, mediante assinatura de Termo de Cessão de Uso, e de forma idêntica deverão ser devolvidos na oportunidade do seu encerramento, por qualquer motivo, inclusive aqueles incorporados posteriormente no transcorrer do contrato.

P – Disponibilizar mensalmente a SMS-RJ, relatórios gerenciais dos serviços ofertados, assim como indicadores hospitalares definidos pela SMS-RJ, sob a forma de um Painel de Gestão.

10. CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS dentro dos princípios da regulação assistencial no município.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico oferecidos a pacientes externos, realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS, dentro dos princípios da regulação assistencial no município.

A CONTRATADA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos em operação, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a CONTRATADA, em decorrência da assinatura deste instrumento, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria Municipal - SMS e também os indicadores das partes variáveis 1, 2 e 3.

11. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;

- Tratamentos, concomitantes, diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser adicionalmente necessários, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente principalmente em relação as normas que dão direito à presença de acompanhante, previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde;
- Diárias nas UTIS - Unidades de Terapia Intensiva, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade de cada unidade.
- Fornecimento de Órteses e Próteses, conforme as necessidades dos pacientes.

11.1. Atendimento ambulatorial

Basicamente, o atendimento ambulatorial previsto para o Hospital estará dimensionado para as consultas de seguimento aos pacientes em pós-operatório pelo período tecnicamente recomendado.

12. ROTINAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTOS

Cada Unidade deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas sistematicamente e assinadas pelo Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos, da mesma forma que deverá ter uma rotina de manutenção preventiva de materiais e




equipamentos.

As Rotinas deverão contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a - Critérios de avaliação dos pacientes e, se for o caso, de indicação de procedimento cirúrgico;
- b - Procedimentos médico-cirúrgicos;
- c - Procedimentos de enfermagem;
- d - Rotinas de suporte nutricional;
- e - Rotinas de controle de Infecção Hospitalar;
- f - Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;
- g - Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

13. REGISTRO DE PACIENTES

A unidade deverá possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

14. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Manter instalados e atualizados todos os Sistemas de Informações utilizados pela SMS-RJ e Ministério da Saúde, além daqueles previstos em Lei e outros que venham a ser implantados ao longo do TERMO DE COLABORAÇÃO.

15. COMISSÕES

O Hospital, deverá possuir no mínimo, as seguintes comissões:

- Comissão de Análise de Prontuário
- Comissão de Análise de Óbitos
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

- Comissão de Ética Médica

- Comissão Intrahospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes – CIHDOTT

- Núcleo Interno de Segurança

16. SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

16.1. Conteúdo das informações mensais encaminhadas pela contratada

I. INFORMAÇÕES DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A CONTRATADA para apoio à gestão do Hospital Municipal Albert Schweitzer e da Centro de Emergência Regional (CER) Albert Schweitzer, encaminhará a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, as informações referentes à atividade assistencial realizada, através do formulário anexo, sem prejuízo do preenchimento obrigatório do Painel de Gestão (osinfo).

II- SISTEMA DE AVALIAÇÃO

Com a finalidade de estabelecer as regras para efetivação do pagamento da CONTRATADA, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 03 modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas na ATIVIDADE ASSISTENCIAL, a saber:

- Atendimento Hospitalar (internação);
- Atendimento de Urgência e Emergência (CER);
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

As 03 (três) modalidades de atividade assistencial acima relacionadas são referenciais à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários.

Além das atividades de rotina, o hospital poderá realizar outras atividades do Sistema Único de Saúde, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, - SMS conforme especificado no item da ATIVIDADE ASSISTENCIAL, respeitadas as limitações previstas em Lei.

17. FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO

1. Visando o acompanhamento e avaliação do Projeto Básico e o cumprimento das atividades estabelecidas para o contrato a contratada deverá alimentar as informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais, bem como deverá apresentar a produção na forma definida pela Comissão Técnica de Avaliação – CTA.

De forma a exercer o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.079/13, a OS deverá impreterivelmente, até o 10º dia útil do mês subsequente, conforme manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, encaminhar as informações solicitadas. A contratada deverá, ainda, manter em dias todas as informações referentes aos registros de AIH - Autorização de Internação Hospitalar, do SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES além de outros registros oficiais que a Secretaria Municipal de Saúde assim determinar.

2. A Secretaria Municipal de Saúde deverá ter acesso ao sistema informatizado utilizado pela contratada no âmbito de cada Complexo. Este acesso poderá ser através de senha para acesso direto ao sistema e/ou por meio de um software integrador.

3. A Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise mensal dos dados enviados pela Direção da Unidade para que sejam atestados os serviços vinculados aos repasses de recursos.

4. Será realizada por parte Comissão Técnica de Avaliação (CTA) de cada Complexo de Saúde, a avaliação a cada período de dois meses (bimestral) dos indicadores e metas do trimestre findo, para a avaliação e pontuação dos indicadores. O envio dos dados deverá ser mensal para facilitar o acompanhamento e consolidado e enviado a cada três meses.

5. No primeiro relatório de atividade deverão vir especificados os bens permanentes adquiridos e aqueles recebidos em doação ou outras formas, com as respectivas notas fiscais e o local de uso dos mesmos dentro da unidade.

6. Todos os contratos e respectivos Anexos dos contratos, de serviços firmados pela CONTRATADA com prestadores, devem ser enviados assim que os serviços forem iniciados, devidamente datados e assinados por ambas as partes, com a descrição de todos os serviços a serem prestados, metas a serem alcançadas, a forma de como serão medidos, bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas

legais vigentes no país. Obrigatoriamente serão digitalizados e incluídos no Portal de Gestão / Monitoramento dos Contratos de Gestão da SMS.

8. A unidade deverá ser dotada de controle de ponto eletrônico, cujo relatório deve ser apresentado a Secretaria Municipal Saúde/RJ sempre que solicitado e deve ser o espelho fiel do que se informa no relatório da CTA e no Painel de Gestão.

9. A unidade deve funcionar com prontuário eletrônico com integração com a atenção primária, integração com os módulos laboratoriais, integração com os modos de imagem, registros de todos os dados clínicos, receituário eletrônico, controle de estoque de materiais e farmácia, numeração do prontuário pelo número do CPF do paciente ou DNV, emissão de relatórios gerenciais mensais para envio a cada funcionário sua produção, registro obrigatório em cada consulta de ao menos um CID (campo obrigatório).

10. Utilização de uniforme e crachá padrão SMS para todos os funcionários.

18. INDICADORES E METAS

A cada período de dois meses (bimestral) será realizada por parte da CTA da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores, conforme definido no Projeto Básico.

Deverá ser implantada a Comissão de Ética Médica de acordo com a legislação do Conselho Federal de Medicina - CFM em vigor.

Com relação a trombólise no caso de IAM com supra de ST deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. No caso de não realização da trombólise a unidade deverá informar e justificar o motivo da não realização. Todos os casos de IAM com supra devem ser informados.

19. PRAZO

A contratação será pelo prazo máximo de até 180 dias, a contar de 30/04/2021 ou até a conclusão do chamamento público instaurado para a contratação definitiva deste objeto.

20. SUPERVISÃO

1. A Coordenação e supervisão da prestação de serviço de cada Complexo Hospitalar são de competência da S/SUBHUE.

2. A Fiscalização da execução dos serviços caberá à SMS-RJ, visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios encontrados, bem como articulará e efetivará o processo de acompanhamento e avaliação com base no cumprimento de metas, dos prazos e da análise de indicadores de produção, de cobertura da população e de qualidade e eficiência dos serviços contratados.

3. A CONTRATADA se submeterá a todas as medidas, processos e procedimentos da fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções pela SMS, não eximem a CONTRATADA de suas obrigações no que se refere ao cumprimento das normas e especificações, nem de qualquer de suas responsabilidades legais e contratuais.

21. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

1. Portarias vigentes do Ministério da Saúde e legislação em vigor.

2. Material de Controle de Qualidade Hospitalar e SIPAGEH.

3. Planta baixa dos dois pavimentos da unidade.



ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER E CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

1 - CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente Termo de Colaboração tem como principal objetivo garantir a melhora do desempenho e a qualidade nas unidades assistenciais através da criação de instrumentos de monitoramento e da atribuição de incentivos financeiros. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise à mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando assim, o acesso da população aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de avaliação do contrato a identificação e a avaliação de problemas, a discussão e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas.

A Subsecretaria de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, através da Comissão de Monitoramento e Avaliação, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes técnicos assistenciais da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE.

1.1 RESPONSABILIDADES NO ACOMPANHAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios e para tanto será criada uma Comissão de Monitoramento e Avaliação que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

A Comissão de Monitoramento e Avaliação realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos por esta secretaria para a gestão da Organização da Sociedade Civil.

A coordenação das reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação, caberá à Subsecretaria de Gestão, através da Coordenadoria de Administração de Contratos com Organizações Sociais, Convênios e Contratos (SUBG/CTCGOS).

Sempre que necessários outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

1.3 FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS/RJ ou pela contratada,
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços;
- Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas assistenciais;
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados, encaminhando-as ao gestor da OS para as correções necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados;
- Avaliar a pontuação no quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ sobre os dados analisados.

O gestor ou comissão gestora da parceria emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação e o submeterá à comissão de monitoramento e avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá



conter:

I - descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

II - análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

III - valores efetivamente transferidos pela Administração Municipal;

IV - análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração ou de fomento;

V - análise de eventuais das auditorias realizadas pela Controladoria Geral do Município e pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no âmbito da fiscalização preventiva e concomitante, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

No caso de parcerias financiadas com recursos de fundos específicos, o monitoramento e a avaliação serão realizados pelos respectivos conselhos gestores, respeitadas as exigências deste Decreto.

2 - ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização da Sociedade Civil descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
 - o Os serviços que oferta;
 - o Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
 - o Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
 - o Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:
 - o Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - o Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - o Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
 - o Referência e contra-referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
 - o Ser dotado de mecanismos que possibilitam disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração;

- o Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como com as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apontam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico eletrônico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, gripe A, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- Registro dos agravos de notificação compulsória - SINAN
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e

- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

2.3 ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

3. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs da região onde a unidade está instalada, ao Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso- PADI, Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado;
- Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede;
- Acordos entre profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra-referências estabelecidas;
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

4. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Indicadores da Parte Variável e Indicadores de Produção

Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a falta de qualidade e a ineficiência quase sempre aumenta os custos e o prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.

Ao final do período de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

A cada período de dois meses (bimestral) será realizada por parte da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores e metas.

- Indicadores variável 01 – incentivo institucional à gestão.
- Indicadores variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Indicadores variável 03 - incentivo à equipe.

i. PARTE VARIÁVEL 01 – Incentivo institucional à gestão.

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Termo de Colaboração.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

ii. PARTE VARIÁVEL 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a VARIÁVEL 02, conforme quadros abaixo, tanto para a CER REALENGO como para o HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

iii. PARTE VARIÁVEL 03 – Incentivo à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário”, no caso da CER REALENGO e “indicadores de produção” para o HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER. O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade conforme plano de aplicação elaborado pela SMS.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários

– os modelos dos questionários deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

A Centro de Emergência Regional Realengo não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SISREG - deve ser sempre informado ou seja o paciente deve sempre ser colocado no SISREG. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo. Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha onde deve constar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na CER e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para a análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas abaixo, tanto para a CER REALENGO quanto para o Hospital Municipal Albert Schweitzer, tem a periodicidade mensal apesar da apresentação trimestral para fins de COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

4.1 INDICADORES PARA A CER REALENGO

VARIÁVEL 01 – INCENTIVO À GESTÃO – CER REALENGO

INDICADOR	FÓRMULA	META
DESEMPENHO DA GESTÃO		

1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	>90%
2	Índice de absenteísmo.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponível}} \times 100$	<3%
3	Taxa de Turn-over.	$\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{\text{Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)}} \times 2$	≤ 3,5
4	Treinamento hora homem.	Total de horas homem treinados no mês	1,5h
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	Até o 5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 01

Indicadores para Variável 01		% a incidir sobre a variável	% a incidir sobre o total do contrato
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	16%	0,24%
2	Índice de absenteísmo.	16%	0,24%
3	Taxa de Turn-over.	16%	0,24%
4	Treinamento hora homem.	16%	0,24%
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	16%	0,24%
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	20%	0,30%
Totais		100%	1,5%

VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE – CER REALENGO

INDICADOR	FÓRMULA	META	
DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	≥70%

2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados com risco}} \times 100$	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 minutos Amarelo: ≤ 30 minutos Verde: até 1 hora
			Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária
3	Tempo de permanência na emergência.	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia na observação}}{\text{Número de saídas}}$	< 24 horas
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\leq 24h$.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \leq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24h$.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE que receberam antibioticoterapia}} \times 100$	100%
7	Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	100%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST}}$	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 02

Indicadores para Variável 02		% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico.	12%	0,24%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	12%	0,24%
3	Tempo de permanência na emergência.	12%	0,24%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha)	14%	0,28%

$\leq 24h$.		
--------------	--	--

5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	14%	0,28%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	12%	0,24%
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	12%	0,24%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	12%	0,24%
TOTALS		100%	2,0%

VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE – CER REALENGO

	INDICADOR	FÓRMULA	META
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	$\frac{\text{Nº de Questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$	>15%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$	>85%

Repasses referentes à Variável 03

	Indicadores para Variável 03	% a incidir sobre a variável 03	% a incidir sobre o total do contrato
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	50%	0,75%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	50%	0,75%
TOTALS		100%	1,5%

4.2 INDICADORES PARA O HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER

VARIÁVEL 01 – INCENTIVO À GESTÃO – HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER

	INDICADOR	FÓRMULA	META
DESEMPENHO DA GESTÃO			
1	Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentadas no mês}}{\text{Nº total de internações mês}} \times 100$	≥ 1
2	Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{Nº de AIH rejeitadas}}{\text{Nº de AIH apresentadas}} \times 100$	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária.	$\frac{\text{Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar}}{\text{total de prontuários analisados}} \times 100$	100%

4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos.	Nº óbitos ocorridos no mês / Nº óbitos analisados	100%
---	---	---	------

Repasso referente aos indicadores da variável 01

Indicadores para Variável 01		% a incidir sobre a variável	% a incidir sobre o total do contrato
1	Índice de apresentação de AIH	25%	0,375%
2	Taxa de rejeição de AIH	25%	0,375%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária.	25%	0,375%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos.	25%	0,375%
Totais		100%	1,5%

VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE – HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER

	INDICADOR	FÓRMULA	META
DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Médica}}{\text{total de saídas na Clínica Médica}}$	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Ortopedia}}{\text{total de saídas na Ortopedia}}$	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica}}{\text{total de saídas na Clínica Cirúrgica}}$	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia internados na UTI Adulto}}{\text{total de saídas na UTI}}$	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	número de óbitos >24hs de internação / número de saídas hospitalares x100	≤ 8%
6	Taxa de mortalidade pós-operatória	número de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório / número de pacientes que realizaram cirurgias x100	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	SMR ≤ 1

8	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.	Número de pacientes que apresentaram infecção em Corrente Sanguínea associadas a CVP x 1000 Total cateter venoso central - dia	≤10/1000
9	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	Número de pneumonias associadas a VAP (precoce) x 1000 Total de dias de ventilação mecânica	≤ 8/1000

Repasse referente aos indicadores da variável 02

Indicadores para Variável 02		% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	20%	0,4%
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	10%	0,2%
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	10%	0,2%
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	10%	0,2%
5	Taxa de mortalidade institucional	10%	0,2%
6	Taxa de mortalidade pós-operatória	10%	0,2%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	10%	0,2%
8	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.	10%	0,2%
9	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	10%	0,2%
TOTALS		100%	2,0%

VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE – HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER

INDICADORES DE PRODUÇÃO										
Tipo de Internação	Leitos e TMP com TX de ocupação de 95%	Saídas mensais previstas	Faixa I		Pontuação		Faixa II		Pontuação	
			Faixa de saídas mensais ≥70 e ≤95%	% a aplicar no cálculo da variável	% sobre todo o contrato	Faixa de saídas mensais >95%	% a aplicar no cálculo da variável	% sobre todo o contrato		
Clínica	40/8	144	101 a 137	10%	0,15%	>137	20%	0,3%		

Cirúrgica	18/7	74	52 a 71	10%	0,15%	>71	20%	0,3%
Terapia Intensiva	20/10	58	40 a 55	10%	0,15%	>55	20%	0,3%
Unidade Intermediária	10/10	29	20 a 27	10%	0,15%	>27	20%	0,3%
TOTAIS				50%	0,75%		100%	1,5%

5 - PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://www.osinfo.com.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.079/13. Impreterivelmente, até o dia 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

6. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE/ Secretaria Municipal de Saúde – SMS, as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

6.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6.1.1. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados.

O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente e as atualizações devem ser remetidas a Secretaria Municipal de Saúde – SMS, juntamente com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária.

6.1.2. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

O sistema possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Por meio desses registros e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

(i) Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;

Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, com o apoio de técnicos da SVS/SUBPAV.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ, a partir do início de vigência do Termo de Colaboração.

Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização da Sociedade Civil até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SMS/SUBHUE/SUE.

6.1.3 Sistemas de Informações em Saúde

São sistemas de consultas a banco de dados de sistemas de informações em saúde, via internet, através do TABNET, tecnologia desenvolvida pelo DATASUS

SIH – Sistema de informações Hospitalares SIA – Sistema de informações ambulatoriais

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Sistema de Informação de Nascidos Vivos e sobre Mortalidade

A Organização da Sociedade Civil deverá manter atualizados os dados contidos no Sistema de informações Hospitalares – SIH/SUS, informando mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SURCA todos os dados de produção e faturamento.

6.1.4 SISREG - Sistema Nacional de Regulação.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla *Firefox*, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Existe, ainda, um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permitem compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

Este sistema é composto por dois módulos principais:

(ii) Central de Marcação de Consultas - CMC

Visa o atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e par tal utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

(iii) Central de Internação Hospitalar - CIH

Visa o atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede permitindo o gerenciamento do processo de regulação e autorização das solicitações para internações, tanto emergenciais quanto eletivas.

Operacionalização do Sistema:

O sistema é operacionalizado através da inter-relação entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.

7. FORMAÇÃO ACADÊMICA

O Município do Rio de Janeiro vem reestruturando sua rede de Atenção à Saúde (RAS) através da expansão da cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) e reorganização dos serviços oferecidos à população, que vem desempenhando o papel prioritário de coordenação do cuidado e eixo ordenador do modelo assistencial.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desenvolve um modelo de gestão compartilhada em grande parte das unidades de atenção primária no Município, que garante agilidade das ações, mantendo um padrão de excelência nos serviços prestados à população.

A expansão da rede de APS e organização da RAS demanda a formação de profissionais com características específicas para atuação na área. No Brasil, como na grande maioria dos países desenvolvidos que têm sistemas de saúde de acesso universal e ordenados a partir de uma rede de APS forte, faz-se necessário o investimento na formação de especialistas em Medicina de todas as especialidades médicas e de outras profissões da saúde, alinhadas às necessidades assistenciais e de recursos humanos especializados. A importância desses especialistas nas ações da APS e melhor ordenamento da RAS tem sido reconhecida e enfatizada internacionalmente em diferentes estudos.

Dessa forma, investir na formação destes profissionais através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e em outras especialidades médicas, além da residência uni e multiprofissional para outras profissões especializadas em APS, tem sido uma estratégia apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de ações para (1) qualificar os profissionais que atuam na APS e na RAS e (2) ampliar as vagas de residência na área da Medicina de Família e Comunidade e de especialidades médicas estratégicas, além dos programas de residência uni e multiprofissionais.

Essa estratégia de qualificação das ações assistenciais na rede de APS e na RAS municipal se fundamenta nos seguintes marcos legais:

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
2. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que em seu capítulo III, determina as diretrizes para formação médica no âmbito da graduação e pós-graduação (residência médica) no país.
3. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001 de 22/10/2009, que Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA.

4. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade.
5. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
6. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de AGOSTO de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre o ensino, serviços de saúde e a comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
7. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
8. Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde;
9. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.
10. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional de Saúde.
11. PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Com a formação de profissionais médicos e de outras profissões com perfil de competências específico para atuação na APS e nos outros pontos de atenção da RAS temos não só melhorado a qualidade dos serviços e ações em saúde, ampliando a resolutividade clínica e eficiência das equipes, mas também garantido o devido provimento e fixação profissional nas equipes da rede de APS e da RAS.

Além da formação no âmbito da pós-graduação (residência médica, uni e multiprofissional), já em desenvolvimento na SMS, este projeto também apoia o processo de reforma curricular dos cursos de graduação médica e de outras profissões da área da saúde, alinhado às novas diretrizes curriculares, que pretende formar egressos com perfil de atuação generalista, para prática na APS, na RAS e no SUS, quando integra os cenários de estágio das disciplinas e internato às unidades onde se desenvolve os programas de residência.

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Condições Gerais

Para o repasse dos recursos previstos neste termo de colaboração, a Organização da Sociedade Civil (OSC) deverá seguir às seguintes determinações:

- Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão, convênios e termos de colaboração da Secretaria Municipal de Saúde (<https://osinfo.prefeitura.rio>), ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos termos de colaboração, tanto na parte assistencial como financeira.
- Anexar ao Painel de Gestão das Parcerias todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira, como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Apresentar os resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos termo de colaboração, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.
- Certificar, através do representante legal da Organização da Sociedade Civil todos os dados enviados
- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Manter à disposição da da SMS/RIO e da Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do termo de colaboração, de forma permanente, todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais.
- Ter aprovado pelo Conselho de Administração da Organização da Sociedade Civil a proposta de orçamento e o programa de investimentos.
- Apresentar prestação de contas do termo de colaboração que:
 - Reflita a estrita conformidade com o edital de chamamento público, a planilha de custo, o plano de trabalho e o termo de colaboração;
 - Contenha elementos que permitam ao gestor ou comissão gestora da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado;
 - Contenha a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e

dos resultados esperados, de todo o período de que trata a prestação de contas.

- Esteja com todos os documentos constantes do Anexo A devidamente assinados pelos responsáveis indicados nos mesmos.
- Contenha documentação em consonância com as disposições da legislação tributária.

1.2. Plano de aplicação de recursos financeiros

Os recursos transferidos pelo MUNICÍPIO à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente termo de colaboração em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados.

O montante de recursos previstos e repassados à Organização da Sociedade Civil a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas e Econômicas, as proponentes deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar *deficit* orçamentário ou financeiro.

1.3. Execução orçamentária e prestação de contas

Para a execução orçamentária do presente termo de colaboração será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) e o controle dos órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a Organização da Sociedade Civil se dará em 3 (três) parcelas, que serão liberadas conforme cláusula décima do termo de colaboração e em estrita conformidade com os valores especificados no cronograma de desembolso anexo ao termo de colaboração.

A partir da segunda parcela os repasses serão condicionados à apresentação da prestação de contas pela Organização da Sociedade Civil.

A partir da terceira parcela os repasses serão condicionados à aprovação da prestação de contas do penúltimo repasse efetuado.

A prestação de contas será apresentada mensalmente, conforme descrito abaixo:

- A primeira prestação de contas mensal será feita no 2º mês de vigência do termo de colaboração;
- A segunda prestação de contas mensal será feita no 3º mês de vigência do termo de colaboração;
- A terceira prestação de contas mensal será feita no 4º mês de vigência do termo de colaboração;
- A quarta prestação de contas mensal será feita no 5º mês de vigência do termo de colaboração;
- A quinta prestação de contas mensal será feita no 6º mês de vigência do termo de colaboração;
- A sexta prestação de contas mensal será feita no 7º mês de vigência do termo de colaboração;
- A sétima prestação de contas mensal será feita no 8º mês de vigência do termo de colaboração;
- A oitava prestação de contas mensal será feita no 9º mês de vigência do termo de colaboração;
- A nona prestação de contas mensal será feita no 10º mês de vigência do termo de colaboração;
- A décima prestação de contas mensal será feita no 11º mês de vigência do termo de colaboração;
- A décima primeira prestação de contas mensal será feita no 12º mês de vigência do termo de colaboração;
- A décima segunda prestação de contas mensal será feita no mês subsequente ao de sua execução.

1.4. A prestação de contas se dará:

A prestação de contas das despesas realizadas deverá ser apresentada até o 10º dia útil do mês subsequente ao da competência da execução da despesa, sendo a última entregue até 45 (quarenta e cinco) dias após o término da vigência da parceria, tendo por base a autuação do processo administrativo no protocolo do órgão ou entidade gestora da parceria.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CMA.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão das Parcerias as certidões negativas da instituição, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste termo de colaboração, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

1.5. Dos recursos recebidos

Os recursos recebidos, através da instituição bancária designada pelo Município do Rio de Janeiro, deverão ser integralmente transferidos para a conta corrente específica da parceria, isenta de tarifa bancária, exclusivamente aberta pela organização da sociedade civil para a movimentação dos repasses.

Os saldos dos recursos transferidos não utilizados serão aplicados na forma da regulamentação específica e a aplicação financeira deverá ser vinculada à conta movimento que não poderá ter limites de créditos concedidos pela instituição financeira.

Os rendimentos de aplicação serão obrigatoriamente computados a crédito do termo de colaboração ou fomento e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas da parceria.

O saldo da verba rescisória trabalhista não utilizado até o término de vigência do termo de colaboração ou fomento poderá ser transferido para a nova conta corrente do termo, desde que mantido o objeto, a entidade, e as ações, sem interrupção, da parceria. O extrato com a comprovação da transferência deverá integrar a prestação de contas final do termo que está se encerrando, e a prestação de contas inicial do novo termo, com a indicação dos rendimentos financeiros auferidos no período, se for o caso.

1.4. Descrição dos recursos orçamentários no cronograma de desembolso

Os recursos orçamentários será definido em uma parte fixa.

1.4.1. Recursos orçamentários para Gestão Direta das unidades (parte fixa)

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços consistem em um montante fixo, que serão repassados em 4 parcelas, destinados ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento dos equipamentos de saúde.

Cada parcela corresponderá ao valor de dois meses de custeio das unidades, conforme pactuado em cronograma.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

Anexos.

1.4.2. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o Cronograma de Desembolso.

1.5. Condições para destinação dos recursos orçamentários no cronograma de desembolso e metas físicas

A primeira parcela do termo de colaboração, correspondente ao custeio dos dois primeiros meses conforme Cronograma de Desembolso será creditada como 1º(primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Monitoramento e Avaliação – CMA.

1.6. Dotação orçamentária

A execução do presente termo de colaboração onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da SMS-RJ objeto deste instrumento, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso.

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no próprio Cronograma de Desembolso.

1.7. Despesas glosadas

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CMA como pertinentes ao termo de colaboração, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado.

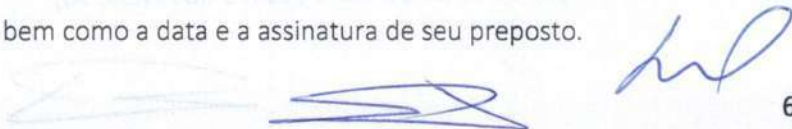
1.8. Manutenção e apresentação dos documentos fiscais e contábeis

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de Prestação de Contas mensal assinado pelo responsável da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL e também por via magnética.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, bem como a data e a assinatura de seu preposto.



Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do termo de colaboração e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor da unidade.

1.9. Aquisição de materiais permanentes

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste termo de colaboração deverão ser patrimoniadas, devendo a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição e utilizar o código CNES na placa de cada item a ser patrimoniado no ato da compra. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada, deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio e fornecido como um dos relatórios a CMA.

1.10. - Dos Documentos que Compõem a Prestação de Contas

A prestação de contas será instruída, no mínimo, com os documentos descritos neste anexo, além dos exigidos no instrumento da parceria e do plano de trabalho, a seguir relacionados:

- Ofício de apresentação da prestação de contas (item 1 do ANEXO A);
- Relatório de Execução do Objeto, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, a partir do cronograma de desembolso acordado, anexando-se documentos de comprovação da realização das ações, conforme disposto no instrumento da parceria, tais como listas de presença, fotos, vídeos e outros comprovantes, se for o caso, assinados pelo representante legal da organização da sociedade civil (item 2 do ANEXO A);
- Relatório de Execução Financeira, contendo a receita recebida para o período, descrição de todas as despesas efetivamente realizadas, indicando o número e o tipo dos documentos comprobatórios correspondentes, o favorecido, o número de referência do documento no extrato bancário do respectivo depósito individualizado de quitação e pagamento, e o valor pago (item 3 do ANEXO A);
- Demonstrativo da Conformidade da Despesa, contendo a descrição e o valor de cada item de despesa realizada, em conformidade com a planilha da estimativa orçamentária do plano de trabalho da parceria, de forma a auxiliar a análise e a emissão do parecer técnico por parte do gestor ou comissão gestora da parceria (item 5 do ANEXO A);
- Extrato da conta bancária específica da parceria, evidenciando a movimentação financeira do período da prestação de contas e o extrato da aplicação financeira, quando houver;
- Conciliação do Saldo Bancário (item 6 do ANEXO A);

- Demonstrativo de Aquisições / Produção de bens, demonstrando a pertinência do bem ou direito ao objeto da parceria, a autorização do gestor para a despesa, a anotação de inalienabilidade e a de transferência de sua propriedade para a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. (item 7 do ANEXO A);
- Cópia dos comprovantes das despesas;
- Na parcela da prestação de contas final, relatório do cumprimento do objeto, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, anexando-se documentos de comprovação da realização das ações, tais como listas de presença, fotos, vídeos e outros comprovantes, se for o caso.
- A prestação de contas deverá conter demonstrativo específico da manutenção do saldo não utilizado da verba rescisória trabalhista em aplicação financeira da parceria, em conformidade com a planilha de custos.
- Detalhamento de todas as despesas dos Termos de Colaboração, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do Termo de colaboração.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Termo de colaboração.

Havendo previsão de contratação de recursos humanos no termo da colaboração, deverá ser apresentada também a seguinte documentação:

- Folha de pagamento discriminando, além do salário: o nome do empregado; o nº do PIS; o nº e a série da CTPS¹; o INSS, o IRRF²; o FGTS; o 13º salário; as férias; e os benefícios sociais concedidos (plano de saúde, vale-transporte, seguro de vida). O documento deve vir acompanhado da correspondente relação de pagamento recebida pelo banco;
- Cópia das guias de pagamento dos encargos sociais, fiscais e trabalhistas;
- Cópia das rescisões homologadas de contrato de trabalho e dos comprovantes de pagamento dos respectivos encargos.
- Em se tratando de trabalho autônomo, deverá ser apresentada cópia do recibo de pagamento de autônomo devidamente assinado, do documento de identificação civil/profissional (com CPF), e das guias de pagamento do INSS e IR decorrentes da prestação do serviço;
- Demonstrativo da projeção da expectativa de custo de rescisão, ao final da parceria, dos empregados contratados pelo regime da CLT³, discriminando os valores dos encargos sociais, fiscais, e trabalhistas, evidenciando os recursos recebidos, gastos e a aplicação financeira dos saldos, assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo contabilista.

¹ Carteira de Trabalho e Previdência Social

² Imposto de Renda Retido na Fonte

³ Consolidação das Leis Trabalhistas




- Os controles de frequência do pessoal contratado para a execução da parceria deverão ser mantidos arquivados na organização da sociedade civil, organizados por mês, à disposição do órgão/entidade responsável pela parceria e dos órgãos de controle interno e externo.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela instituição para execução do objeto contratado, tais como: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.

1.11. Outros elementos e especificidades a serem observados

Havendo saldo de recursos em poder da organização da sociedade civil, ao final da vigência da parceria, esta deverá apresentar, na última prestação de contas, o comprovante de recolhimento ao Município, a ser realizado em até 30 dias do termo de parceria, ou à conta indicada por este, quando tratar-se de parceria com recursos externos.

Havendo aquisição de bens durante a vigência da parceria, deverão ser apresentados os documentos de doação no processo de prestação de contas da parcela final, para que a Secretaria adote as medidas previstas nas normas da CGM para a incorporação dos bens.

As despesas serão comprovadas mediante nota fiscal, cupom fiscal, DANFE (Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica) ou nota fiscal fatura acompanhada da duplicata quitada/recibo/declaração ou comprovante de pagamento eletrônico que identifique a nota fiscal, emitidos em nome da organização da sociedade civil, e contendo o nome e número do termo de colaboração/fomento no corpo do documento fiscal.

As notas fiscais deverão discriminar detalhadamente os serviços ou as aquisições realizadas, o valor unitário, a quantidade, o local e a data do evento ou da entrega do bem ou serviço, de forma a possibilitar saber por quais serviços ou aquisições efetivamente a administração está pagando.

As datas dos documentos mencionados no item 4.3 deverão ser compatíveis com o período de vigência do termo de colaboração/fomento.

Não serão admitidos como comprovantes tíquetes de caixa ou qualquer outro documento que não apresente a identificação do adquirente/contratante, a discriminação da mercadoria ou do serviço tomado.

Os documentos referidos nesse anexo serão mantidos em arquivo, em boa ordem, à disposição dos órgãos de controle interno e externo, pelo prazo de 10 anos contados da aprovação da prestação da prestação de contas final ou da tomada de contas da parceria.

É vedada a realização de despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive, referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos.

1.12. Da análise e aprovação da Prestação de Contas

O Município decidirá sobre a regularidade, ou não, da aplicação dos recursos transferidos, manifestando-se formalmente quando da apreciação da prestação de contas.

Após análise, a unidade administrativa e/ou técnica do Município deverá instruir o processo da prestação de contas com parecer fundamentado que deverá conter informações quanto ao cumprimento dos objetivos para a etapa/fase, prevista no plano de trabalho, para o período da prestação de contas e os resultados alcançados e manifestação quanto à aceitação total, parcial e/ou impugnação com indicação do valor em questão.

No caso de aceitação parcial, no parecer deverá conter as informações quanto à parte em que está em condições de ser aceita, destacando as despesas não aceitas com identificação da impropriedade, incorreção, erro ou irregularidade, dando ciência à organização da sociedade civil, por notificação, para fim de regularização, quando for o caso, no prazo determinado pelo Município, limitado a 45 (quarenta e cinco) dias.

No caso da prestação de contas conter impropriedade, incorreção, erro ou irregularidade, não regularizada ou não passível de regularização, poderá ser aprovada com ressalva e o valor correspondente à glosa deverá ser depositado, pela organização da sociedade civil, na conta bancária específica, em até 10 dias da comunicação, ou compensado nos repasses seguintes, quando possível a continuação da parceria.

A prestação de contas será aprovada pelo ordenador de despesa do Município e publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, com base no regramento de anexo e da Resolução CGM 1285 de 23 de fevereiro de 2017, à vista do pronunciamento da unidade administrativa e/ou técnica do Município, por meio do parecer da unidade administrativa e/ou técnica do Município.

No caso de identificação de impropriedade, incorreção, erro ou irregularidade passível de regularização, exauridas todas as providências cabíveis, o ordenador de despesas aplicará as penalidades previstas no art. 73 da Lei Federal nº 13.019/2014, com as alterações da Lei nº 13.204/2015, e registrará, quando for o caso, o fato no Sistema de Informações Gerenciais de Material – SIGMA.

Havendo saldo em poder da organização da sociedade civil que não tenha sido recolhido ao município em até 30 dias após o término da parceria, exauridas todas as providências cabíveis, o processo deverá ser instruído com a apuração do valor atualizado para proceder à inscrição em dívida ativa.

Nos casos descritos nos dois itens anteriores, além das providências descritas nos mesmos, deverá ser instaurada tomada de contas para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, na forma da legislação vigente.

A autuação e instrução dos processos de prestação de contas deverão atender ao disposto no Decreto nº 2.477, de 25 de janeiro de 1980, republicado pelo Decreto nº 12.890, de 12 de maio de 1994.



(iv) ANEXO A – Modelos de Formulários

1. Modelo de Ofício de Apresentação da Prestação de Contas

(Papel timbrado da OSC)

Ofício (sigla da OSC) nº xxx/20xx Rio de Janeiro, xxx de xxxxx de 20xx Ao(À) Senhor(a)
NOME (nome do gestor público da parceria) CARGO (cargo do gestor público da parceria) ÓRGÃO
(unidade do gestor público da parceria)
Assunto: XXª Prestação de Contas do Termo de colaboração ou fomento nº xxx/20xx

Em cumprimento à Resolução CGM nº xxx/20xx, encaminho a V. Sa., para fins de apreciação, a prestação de contas da aplicação da xxª parcela dos recursos do termo de (colaboração ou fomento) nº xxx/20xx, relativa ao período de xx/xx/xxx a xx/xx/xxx, referente ao processo administrativo nº xx/xxx.xxx/20xx, na importância de R\$xxxx, depositados na conta corrente nº.xxxx-xx da agência nº xxx-xx do banco xxxxxxxx.

Instruem a presente prestação de contas os seguintes documentos:

- a) Relatório de Execução do Objeto;
- b) Relatório de Execução Financeira;
- c) Relatório de Execução Financeira da Contrapartida (se houver);
- d) Demonstrativo da Conformidade da Despesa
- e) Extrato da conta bancária;
- f) Extrato da aplicação financeira;
- g) Conciliação do saldo bancário;
- h) Demonstrativo de aquisição/produção de bens;



- ANEXO A – Modelos de Formulários (iv)
1. Modelo de Ofício de Apresentação de Prestação de Contas
- (Papel Timbrado da OSC)
- i) Cópias dos comprovantes das despesas;
- j) Cópias dos comprovantes das despesas de contrapartida;
- k) Comprovante do recolhimento do saldo da parceria (se for o caso);
- l) Justificativas (se houver);
- m) Cópia da folha de pagamento;
- n) Cópias das guias de pagamento dos encargos sociais, fiscais e trabalhistas;
- o) Cópias das rescisões de contrato de trabalho;
- p) Cópias dos documentos do trabalho autônomo;
- q) Demonstrativo da projeção da expectativa de custo de rescisão;

Respeitosamente,

Nome e assinatura do representante legal da OSC

Razão Social com n.o do CNPJ da OSC

Nota: Organizar a documentação conforme a ordem apresentada no ofício.



[Digite texto]

	2) - ITEM DA DESPESA		
TOTAL			

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXX DE 2021

Nome e assinatura do representante legal da OSC
Razão Social com nº do CNPJ da OSC

Nome e assinatura do contabilista legal da OSC
nº do CRC-RJ do contabilista da OSC

(v) Orientações para o preenchimento do documento

- a) A Coluna "Meta" deve indicar o número de ordem da meta executada no período;
- b) A Coluna "Etapa/Fase" deve indicar o número de ordem da etapa ou fase executada no período;
- c) A Coluna "Descrição" deve indicar o título da meta, da etapa ou fase, conforme especificado no plano de trabalho;



[Digite texto]

- d) A Coluna "Unidade" deve registrar a unidade que caracteriza a meta, a etapa ou fase, conforme especificado no termo de colaboração ou fomento;
- e) A Coluna "Física – No Período - Programado" deve registrar a quantidade programada para o período;
- f) A Coluna "Física – No Período - Executado" deve registrar a quantidade executada no período;
- g) A Coluna "Física – Acumulado - Programado" deve registrar a quantidade programada acumulada até o período;
- h) A Coluna "Física – Acumulado - Executado" deve registrar a quantidade executada acumulada até o período;
- i) A Coluna "Natureza da Despesa" deve ser instruída com a nomenclatura de cada item da despesa previsto no cronograma de desembolso. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo de colaboração ou fomento.
- j) A Coluna "Valor" deve ser instruída com o valor total de cada item da despesa previsto no cronograma de desembolso, conforme totalizado nos mapas demonstrativos de despesas. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo de colaboração ou fomento;
- k) A Coluna "Financeira – No Período - Programado" deve registrar o valor programado para o período;
- l) A Coluna "Financeira – No Período - Executado" deve registrar o valor executado no período;
- m) A Coluna "Financeira – Acumulado - Programado" deve registrar o valor programado acumulado até o período;

[Digite texto]

n) A Coluna "Financeira – Acumulado - Executado" deve registrar o valor executado acumulado até o período;

o) O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

3. Relatório de Execução Financeira

LOGOTIPO DA OSC				
7				
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA				
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX				
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXX				
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA:				
	PROCESSO Nº	TERMO Nº		
	XX/XXX.XXX/20XX			
	INÍCIO: DE XXXX/XX	TÉRMINO:		

[Digite texto]

2.3) - Subitem da despesa	
Total do Item da despesa	
3.)Item da despesa	
3.1) - Subitem da despesa	
3.2) - Subitem da despesa	
3.3) - Subitem da despesa	
Total do Item da despesa	
5) - TOTAL DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS DESPESA	

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXX DE 2021

Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC: _____

Nome, identificação e assinatura do contabilista da OSC: _____

Razão Social com nº do CNPJ da OSC: _____ Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº do CNPJ da assessoria contábil: _____

(vi) Orientações para o preenchimento do documento

[Digite texto]

- a) A documentação deve ser organizada, de acordo com o previsto na planilha de custo Da parceria, sendo discriminada, agrupada e totalizada por ITEM e SUBITEM da NATUREZA DA DESPESA correspondente;
- b) Despesas não previstas na planilha de custo, mas necessárias para execução do projeto, somente serão aceitas mediante solicitação antecipada e formal da organização da sociedade civil e autorizada formalmente pelo Município, caso contrario serão glosadas;
- c) Os documentos comprobatórios das despesas devem ser de competência do mesmo período a que se referir a prestação de contas. Será admitida exceção apenas para os encargos referentes a um determinado período que, por força de legislação específica, vençam em outro período. Exemplo: FGTS, cuja competência refere-se a um determinado mês, mas o vencimento será sempre no subseqüente;
- d) As despesas, cujos repasses sejam por meio de CONTRAPARTIDA, deverão ser demonstradas no Relatório de Execução Financeira da Contrapartida - acompanhado dos comprovantes específicos das despesas realizadas;
- e) A prestação de contas deverá conter totais pelo somatório de cada ITEM e SUBITEM, sendo totalizado no item 5 "TOTAL DA PRESTAÇÃO DE CONTAS";
- f) O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

4. Relatório de Execução Financeira da Contrapartida

LOGOTIPO DA OSC

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA DA CONTRAPARTIDA

[Digite texto]

PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX

ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXX

PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)

TERMO Nº

PROCESSO Nº

XX/XXX.XXX/20XX

INÍCIO:

TÉRMINO:

RECEITA DO PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:

R\$

BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

[Digite texto]

NATUREZA DA DESPESA	DATA DESPESA	DANº DOCUMENTO	DOTIPO DOCUMENTO	NOME DO FORNECEDOR OU PRESTADOR DO SERVIÇO	NOME DO BENEFICIÁRIO,	Nº DO DOCUMENTO NO EXTRATO	VALORES EM R\$
1)Item da despesa							
1.1) - Subitem da despesa							
1.2) - Subitem da despesa							
1.3) - Subitem da despesa							
Total do Item da despesa							
2.)Item da despesa							
2.1) - Subtem da despesa							
2.2) - Subitem da despesa							
2.3) - Subitem da despesa							
Total do Item da despesa							
							80

[Digite texto]

3.)Item da despesa	
3.1) - Subtem da despesa	
3.2) - Subitem da despesa	
3.3) - Subitem da despesa	
Total do item da despesa	
5) - TOTAL DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS DESPESA	

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXX DE 20XX

Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC
Razão Social com nº do CNPJ da OSC
contábil

Nome, identificação e assinatura do contabilista da OSC

Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº do CNPJ da assessoria

(vii) Orientações para o preenchimento do documento

a) A documentação deve ser organizada, de acordo com o previsto na planilha de custo da parceria, sendo discriminada, agrupada e totalizada por ITEM e SUBITEM da NATUREZA DA DESPESA correspondente previsto na planilha de custo da CONTRAPARTIDA;

[Digite texto]

b) O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

5) - TOTAL DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS DESPESA - CONTRAPARTIDA

LOGOTIPO DA OSC	
Demonstrativo da Conformidade da Despesa	
Período: de XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX	
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)	
PROCESSO Nº XX/XXX.XXX/20XX	TERMO Nº
INÍCIO:	TÉRMINO:

[Digite texto]

(A) NATUREZA DA DESPESA	(B) VALOR	(C) SALDO DO PERÍODO ANTERIOR	(D) VALOR RECEBIDO NO PERÍODO	(E) VALOR UTILIZADO NO PERÍODO	(F) SALDO PARA O PERÍODO SEGUINTE
1) Item da despesa					
1.1) - Subitem da despesa					
1.2) - Subitem da despesa					
1.3) - Subitem da despesa					
1.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					
2) Item da despesa					
2.1) - Subitem da despesa					
2.2) - Subitem da despesa					
2.3) - Subitem da despesa					
2.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					

[Digite texto]

(A) NATUREZA DA DESPESA	(B) VALOR	(C) SALDO DO PERÍODO ANTERIOR	(D) VALOR RECEBIDO NO PERÍODO	(E) VALOR UTILIZADO NO PERÍODO	(F) SALDO PARA O PERÍODO SEGUINTE
3) Item da despesa					
3.1) - Subitem da despesa					
3.2) - Subitem da despesa					
3.3) - Subitem da despesa					
3.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					
4) - ITEM DA DESPESA					
4.1) - Subitem da despesa					
4.2) - Subitem da despesa					
4.3) - Subitem da despesa					
4.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					
TOTAL (= 1 + 2 + 3 + 4)					

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXX DE 20XX

[Digite texto]

Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC

Razão Social com nº do CNPJ da OSC
assessoria contábil

Nome, identificação e assinatura do contabilista da OSC

Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº do CNPJ da

(viii) Orientações para o preenchimento do documento

- a) A Coluna (A) "Natureza da Despesa" deve ser instruída com a nomenclatura de cada item da despesa previsto no cronograma de desembolso. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo de parceria.
- b) A Coluna (B) "Valor" deve ser instruída com o valor de cada item e subitem da despesa previsto na planilha de custos do cronograma de desembolso, conforme o Relatório de Execução Financeira. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo da parceria, cujo somatório deverá ser demonstrado na linha "TOTAL" do Demonstrativo.
- c) A Coluna (C) "Saldo do mês Anterior" deve registrar o valor da Coluna (F) do Demonstrativo da prestação de contas do período anterior.
- d) A Coluna (D) "Valor Recebido no Período" deve registrar o valor alocado para o item da despesa no período, em conformidade com o repasse de recurso recebido.
- e) A Coluna (E) "Valor Utilizado no Período" deve registrar o valor executado para o item da despesa no período, em conformidade com o Relatório de Execução Financeira do período.

[Digite texto]

82

f) A Coluna (F) "Saldo para o Período Seguinte" deve registrar o valor não executado e remanescente até o período, obtido pela subtração do total da Coluna (E) do somatório das Colunas (C) e (D).

g) O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

6. Conciliação do Saldo Bancário

LOGOTIPO DA OSC
CONCILIAÇÃO DO SALDO BANCÁRIO
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXXX
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)

[Digite texto]

[Digite texto]

BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE Nº	PROCESSO Nº XX/XXX.XXX/20XX	TERMO Nº:
DOCUMENTOS BANCÁRIOS EMITIDOS A COMPENSAR – DÉBITOS				
DATA DA EMISSÃO	Nº E TIPO DE DOCUMENTO	NOME DO CREDOR	REFERÊNCIA NO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA	VALORES EM R\$
TOTAL DOS DÉBITOS A COMPENSAR				

DÉPOSITOS E TRANSFERÊNCIAS A COMPENSAR – CRÉDITOS				
DATA DA EMISSÃO	Nº E TIPO DE DOCUMENTO	NOME DO	REFERÊNCIA NO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA	VALORES EM R\$

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page, including a large blue signature and other scribbles.

[Digite texto]

(I) SALDO AJUSTADO DA CONTA CORRENTE APÓS A PRESTAÇÃO DE CONTAS = (G - H)

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXX DE 20XX

Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC
Social com nº do CNPJ da OSC

Nome, identificação e assinatura do contabilista da OSC Razão
Razão Social com n.º do CNPJ da assessoria contábil

(ix) Orientações para o preenchimento do documento

Os testes visam a aferir os valores dos saldos da prestação de contas em relação ao valor real disponível, considerando os ajustes da conciliação bancária.

- a) Informar os dados dos documentos e valores, referentes aos pagamentos efetuados e não compensados ou deduzidos da conta bancária, totalizando-os na alínea (A);
- b) Informar os dados, referentes aos créditos efetuados na conta bancária, tais como: depósitos, transferência (DOC) e devoluções creditados e não compensados na conta bancária, totalizando-os na alínea (B);
- c) A alínea (C) deve indicar o valor do saldo do extrato em conta bancária do período da prestação de contas;

[Digite texto]

- d)** Para demonstração do saldo real disponível na conta corrente no período da conciliação bancária, a alínea (D) deve conter o resultado da soma da alínea (C) com a alínea (B) subtraída da alínea (A);
- e)** A alínea (E) deve conter o valor do saldo final da conciliação bancária, alínea (L), da prestação de contas do período anterior;
- f)** A alínea (F) deve conter o valor do repasse de recursos do Município, referente ao período da prestação de contas, identificado no extrato bancário;
- g)** A alínea (G) deve conter o valor do repasse de recursos de CONTRAPARTIDA, se houver, referente ao período da prestação de contas, identificado no extrato bancário;
- h)** Para demonstração do saldo na conta corrente antes da prestação de contas, a alínea (H) deve conter o resultado da soma dos valores das alíneas (E), (F) e (G);
- i)** A alínea (I) deve conter o total do Relatório de Execução Financeira;
- j)** A alínea (J) deve conter o total do Relatório de Execução Financeira – CONTRAPARTIDA;
- k)** Para demonstração do total das despesas da prestação de contas, a alínea (K) deve conter o resultado da soma dos valores das alíneas (I) e (J);
- l)** Para demonstração do saldo real disponível na conta corrente no período da conciliação bancária, a alínea (L) deve conter o resultado da subtração da alínea (H) pela alínea (K);

[Digite texto]

m) O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

7. Demonstrativo de Aquisições / Produção de Bens

LOGOTIPO DA OSC		
DEMONSTRATIVO DE AQUISIÇÃO, PRODUÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DE BENS E DIREITOS		
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX		
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXX		
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)	PROCESSO Nº XX/XXX.XXX/20XX	TERMO Nº
	INÍCIO:	TÉRMINO:

[Digite texto]

DATA	NÚMERO FISCAL	DANOME DO BENEFICIÁRIO FORNECEDOR/ PRESTADOR DE SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO BEM COM O NÚMERO DE SÉRIE /PRODUÇÃO / DIREITO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL R\$
TOTAL DE AQUISIÇÕES/PRODUÇÃO DE BENS						

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXX DE 20XX

Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC

Nome, identificação e assinatura do contabilista da OSC

Razão Social com nº do CNPJ da OSC
assessoria contábil

Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº do CNPJ da

(x) Orientações para o preenchimento do documento

- a) O demonstrativo deve ser preenchido com os dados das aquisições, produção ou construção de bens em conformidade com o previsto no instrumento jurídico, quando houver;
- b) Os bens devem conter referência nos Relatórios de Execução Financeira;
- c) Somente anotar no demonstrativo os bens passíveis de inventariação, de acordo com as normas da Controladoria Geral do Município;
- d) O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

PROGRAMA DE TRANSPARÊNCIA

Hospital com 390 leitos

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Total
A - Apoio à Gestão	R\$ 381.128,00	R\$ 381.128,00	R\$ 381.128,00	R\$ 381.128,00	R\$ 381.128,00	R\$ 381.128,00	R\$ 2.286.768,00
a1) apoio à gestão da CGE	R\$ 115.128,00	R\$ 115.128,00	R\$ 115.128,00	R\$ 115.128,00	R\$ 115.128,00	R\$ 115.128,00	R\$ 690.768,00
a2) apoio à gestão da RUE	R\$ 266.000,00	R\$ 266.000,00	R\$ 266.000,00	R\$ 266.000,00	R\$ 266.000,00	R\$ 266.000,00	R\$ 1.596.000,00
B - Equipe da Direção da Unidade	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 1.062.610,38
b1) RH Direção da Unidade	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 177.101,73	R\$ 1.062.610,38
C - Equipe de Coordenação da UTI	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 180.786,28
c1) RH - Equipe da UTI	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 180.786,28
D - Equipe da UTI ADULTO	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 11.371.103,91
d1) RH - Equipe da UTI ADULTO	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 1.895.183,99	R\$ 11.371.103,91
E - Equipe dos CENTROS CIRÚRGICO	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 3.712.731,61
e1) RH da Equipe do Centro Cirúrgico	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 618.788,60	R\$ 3.712.731,61
F - Equipe Leitos CLÍNICOS	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 8.786.882,53
f1) RH da Equipe de Leitos Clínicos	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 1.464.480,42	R\$ 8.786.882,53
G - Equipe de LEITOS CIRÚRGICOS	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 10.221.345,52
g1) RH da Equipe de Leitos Cirúrgicos	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 1.703.557,59	R\$ 10.221.345,52
H - Equipe de Coord da UTI Neonatal	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 180.786,28
h1) RH - Equipe da UTI Neonatal e Ped	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 30.131,05	R\$ 180.786,28
I - Equipe da CTI Pediátrico	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 2.029.019,51
i1) RH da Equipe da CTI Pediátrico	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 338.169,92	R\$ 2.029.019,51
J - Equipe da UTI NEONATAL	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 3.165.564,32
j1) RH da Equipe da UTI NEONATAL	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 527.592,39	R\$ 3.165.564,32
K - Equipe da UTI UCINCo	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 1.470.125,84
k1) RH da Equipe da UCINCo	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 245.020,97	R\$ 1.470.125,84

L - Equipe da MATERNIDADE	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 6.125.720,75
l1) RH da Equipe MATERNIDADE	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 1.020.953,46	R\$ 6.125.720,75
M - Equipe dos CENTROS OBSTÉTRICO e CIRÚRGICO	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 3.123.587,15
m1) RH da Equipe do Centro Obstétrico	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 520.597,86	R\$ 3.123.587,15
N - Equipe ACOLHIMENTO OBSTÉTRICO	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 775.336,89
n1) RH da Eq de Acolhimento Obstétrico	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 129.222,81	R\$ 775.336,89
O - Equipe de Centro Obstétrico ppp	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 3.131.662,05
o1) RH da Equipe Centros Obstétricos ppp	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 521.943,67	R\$ 3.131.662,05
P - Coordenação de RADIOLOGIA	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 215.878,12
p1) RH da Equipe de Coord da Radiologia	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 35.979,69	R\$ 215.878,12
Q - Equipe de RADIOLOGIA	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 1.288.751,04
q1) RH da Equipe da Radiologia	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 211.458,51	R\$ 1.288.751,04
R - Equipe da Farmácia	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 905.049,13
r1) RH da Equipe de Farmácia	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 150.841,52	R\$ 905.049,13
S - Equipe do Ambulatório Médico	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 293.553,94
s1) RH da Equipe do Ambulatório Médico	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 48.925,66	R\$ 293.553,94
T - Equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR)	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 250.999,66
t1) RH da Equipe do Núcleo Interno de Regulação	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 41.833,28	R\$ 250.999,66
U - Adaptações	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
u1) Investimento, adaptação e equipamentos	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
V - Subtotal parte Fixa (M)=(A+...+Q)	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 10.093.042,15	R\$ 60.566.252,92
X - CONSUMO	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 3.048.203,94	R\$ 18.289.223,64
W - Total - Hospital	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 78.847.476,56

CER Realengo

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Total
A - Apoio à Gestão	R\$ 52.508,40	R\$ 52.508,40	R\$ 52.508,40	R\$ 52.508,40	R\$ 52.508,40	R\$ 52.508,40	R\$ 315.050,40
a1) apoio à gestão da CGE	R\$ 12.502,00	R\$ 12.502,00	R\$ 12.502,00	R\$ 12.502,00	R\$ 12.502,00	R\$ 12.502,00	R\$ 75.012,00
a2) apoio à gestão da RUE	R\$ 40.006,40	R\$ 40.006,40	R\$ 40.006,40	R\$ 40.006,40	R\$ 40.006,40	R\$ 40.006,40	R\$ 240.038,40
B - Equipe da Direção CER	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 356.740,50
b1) RH Direção CER	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 59.456,75	R\$ 356.740,50
C - Equipe Salas Amarela e Vermelha	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 7.909.517,36
c1) RH - Equipe Salas Amarela e Vermelha	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 1.318.252,89	R\$ 7.909.517,36
D - Equipe Médica de Apoio	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 692.754,29
d1) RH da Equipe MÉDICA	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 115.459,05	R\$ 692.754,29
E - Equipe da Sala de Medicação	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 291.215,87
e1) RH da Sala de Medicação	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 48.535,98	R\$ 291.215,87
F - Equipe de Acolhimento	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 768.298,72
f1) RH da Equipe de Acolhimento	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 128.049,79	R\$ 768.298,72
G - Adaptações	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
g1) Investimento, adaptação e equipamentos	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
H - Subtotal parte Fixa (M)=(A+...+Q)	R\$ 1.722.262,86	R\$ 1.722.262,86	R\$ 1.722.262,86	R\$ 1.722.262,86	R\$ 1.722.262,86	R\$ 1.722.262,86	R\$ 10.333.577,16
I - Consumo	R\$ 319.448,08	R\$ 319.448,08	R\$ 319.448,08	R\$ 319.448,08	R\$ 319.448,08	R\$ 319.448,08	R\$ 1.916.888,48
J - Total CER	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 12.250.265,63

	Mês 1 mai/20	Mês 2 jun/20	Mês 3 jul/20	Mês 4 ago/20	Mês 5 set/20	Mês 6 out/20	Total Primeiro Ano
Subtotal CER	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 2.041.710,94	R\$ 12.250.265,63
Subtotal Hospital	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 13.141.246,09	R\$ 78.847.476,56
Total	R\$ 15.182.957,03	R\$ 15.182.957,03	R\$ 15.182.957,03	R\$ 15.182.957,03	R\$ 15.182.957,03	R\$ 15.182.957,03	R\$ 91.097.742,19

