

CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2017

CONTRATO DE GESTÃO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL RIO GRANDE DO SUL, COM VISTAS À GESTÃO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE no âmbito da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) MAGALHÃES BASTOS.

Aos *dezesseis* dias do mês de *novembro* do ano de 2017, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representada pela substituta eventual do Secretário Municipal de Saúde nomeado pelo Decreto Rio "P" nº 2619 de 28 de abril de 2017, em conformidade com o Decreto Rio "P" nº 2970 de 29 de maio de 2017, **ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO**, brasileira, médica, casada, portadora da cédula de identidade nº 07.931.881-2, expedida pelo IFP, CPF nº 011.188.367-90, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social **CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL RIO GRANDE DO SUL**, estabelecida na Praça da Cruz Vermelha Nº 10/12, Térreo, Centro, Rio de Janeiro-RJ, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº **07.345.851/0001-15**, doravante denominada **CONTRATADA**, representada **CONSTANTINO FERREIRA PIRES**, casado, português, administrador de empresas, identidade nº W150467-T, emitido pela Polícia Federal do Brasil, CPF nº 244.329.627-04, nos autos do processo administrativo nº 09/001.350/2015, após a Convocação Pública nº 006/2016, homologada por despacho do Secretário Municipal de Saúde, datado de 02/10/2017 (fls.6385 do processo 09/001.350/2015), publicado no D.O. RIO n.º 138, de 04/10/2017, fls. 18, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA– LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal n.º 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais n.º 30.780/2009, n.º 30.907/2009, n.º 30.916/2009, n.º 31.618/2009, n.º 31.897/2010, n.º 32.318/2010, n.º 33.010/2010, n.º 33.536/2011, n.º 35.645/2012, n.º 37.079/2013, n.º 38.300/2014, n.º 41.193/2016, 41.207/2016, 41.208/2016, 41.209/2016, 41.210/2016, 41.2011/2016, 41.212/2016, 41.213/2016, 41.214/2016, 41.215/2016, 41.216/2016, 41.217/2016, 41.218/2016, pela Resolução CGM nº 1.224/2016; pela Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011;

e; no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do Edital de Convocação Pública e de seus anexos, tais como o Projeto Básico, e o Programa de Trabalho da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO DE GESTÃO. A CONTRATADA declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se incondicional e irrestritamente às suas prescrições, sistema de penalidades e demais regras nelas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO

O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO é a **GESTÃO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE no âmbito da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) MAGALHÃES BASTOS** consoante com o Projeto Básico (Anexo II do Edital) e programa de trabalho da organização social (Anexo Técnico F), que fazem parte integrante do presente ajuste, e cronograma de desembolso previsto neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Único: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido de novos equipamentos, nos termos das regras previstas no Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA – PROGRAMA DE TRABALHO, METAS E INDICADORES

O Projeto Básico e o programa de trabalho são partes integrantes do presente CONTRATO DE GESTÃO, contendo sua especificação, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos e regime de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – PRAZO

O prazo do contrato de gestão será de dois anos, a contar de sua assinatura, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior.

CLÁUSULA QUINTA – RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R\$ 36.428.304,28 (Trinta e seis milhões, quatrocentos e vinte e oito mil, trezentos e quatro reais e vinte e oito centavos)** estimados para o exercício de 2017/2019, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo Programa de Trabalho n.º **1889.10.302.0331.2777**, Natureza de Despesa **33.50.39.02**, Fonte



100, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 114/2017, em 16/11/2017, no valor de R\$ 2.276.769,02.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº 2.918 de 04 de janeiro de 2017.

Parágrafo Segundo – A movimentação dos recursos que forem repassados à CONTRATADA se dará em conta corrente específica e exclusiva, no banco referido no parágrafo primeiro, de modo que não sejam confundidos com os seus recursos de outra origem. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

Parágrafo Terceiro – Os saldos do CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

- I – em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;
- II – em fundos de curto prazo ou
- III – em operações com títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto– As aplicações financeiras nos produtos dos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração do capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno.

Parágrafo Quinto – A liberação dos recursos se dará trimestralmente, sendo a primeira parcela liberada até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecido o seguinte cronograma:

Item	Valores Unitários	16/11/2017 a	30/11/2017	dez/17	jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18
A) Apoio à gestão	R\$ 72.278,38	1	R\$ 36.139,19	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38
a1) Apoio a gestão RUE	R\$ 57.822,70	1	R\$ 28.911,35	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70
a2) Apoio a gestão do complexo	R\$ 14.455,68	1	R\$ 7.227,84	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68
B) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 505.948,67	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34
C) Contratos e consumo - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 253.823,72	1	R\$ 126.911,86	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72
D) Serviços de apoio diagnóstico e Terepêutico	R\$ 62.766,67	1	R\$ 31.383,34	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67
d1) Serviços de laboratório	R\$ 39.566,67	1	R\$ 19.783,34	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67
d2) Serviços de RX	R\$ 23.200,00	1	R\$ 11.600,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00
E) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 13.199,33	1	R\$ 6.599,67	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33
F) Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 31.602,19	1	R\$ 15.801,10	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19
TOTAL PARTE FIXA	R\$ 1.445.567,63		R\$ 722.782,82		R\$ 1.445.567,63		R\$ 1.445.567,63		R\$ 1.445.567,63
Parte variável - 1	R\$ 21.683,51		R\$ 10.841,76		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51
Parte variável - 2	R\$ 28.911,35		R\$ 14.455,68		R\$ 28.911,35		R\$ 28.911,35		R\$ 28.911,35
Parte variável - 3	R\$ 21.683,51		R\$ 10.841,76		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51
TOTAL PARTE VARIÁVEL	R\$ 72.278,38		R\$ 36.139,19		R\$ 72.278,38		R\$ 72.278,38		R\$ 72.278,38
g) Total UPA	R\$ 1.517.846,01		R\$ 758.923,01		R\$ 1.517.846,01		R\$ 1.517.846,01		R\$ 1.517.846,01

Item	Valores Unitários		jun/18	jun/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	TOTAL 2017-2018
A) Apoio à gestão	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38
a1) Apoio a gestão RUE	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	R\$ 57.822,70
a2) Apoio a gestão do complexo	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	R\$ 14.455,68
B) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	R\$ 1.011.897,34
C) Contratos e consumo- Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	R\$ 253.823,72
D) Serviços de apoio diagnóstico e Terapêutico	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	R\$ 62.766,67
d1) Serviços de laboratório	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	R\$ 39.566,67
d2) Serviços de RX	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00
E) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	R\$ 13.199,33
F) Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	R\$ 31.602,19
TOTAL PARTE FIXA	R\$ 1.445.567,63		R\$ 1.445.567,63		R\$ 1.445.567,63		R\$ 1.445.567,63		R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63
Parte variável - 1	R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51
Parte variável - 2	R\$ 28.911,35		R\$ 28.911,35		R\$ 28.911,35		R\$ 28.911,35		R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35
Parte variável - 3	R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51		R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51
TOTAL PARTE VARIÁVEL	R\$ 72.278,38		R\$ 72.278,38		R\$ 72.278,38		R\$ 72.278,38		R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38
G) Total UPA	R\$ 1.517.846,01		R\$ 1.517.846,01		R\$ 1.517.846,01		R\$ 1.517.846,01		R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01

Item	Valores Unitários	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19	jun/19
A) Apoio à gestão	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38
a1) Apoio a gestão RUE	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70
a2) Apoio a gestão do complexo	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68
B) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34
C) Contratos e consumo- Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72
D) Serviços de apoio diagnóstico e Terapêutico	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67
d1) Serviços de laboratório	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67
d2) Serviços de RX	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00
E) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33
F) Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19
TOTAL PARTE FIXA	R\$ 1.445.567,63	1	R\$ 1.445.567,63	1	R\$ 1.445.567,63	1	R\$ 1.445.567,63
Parte variável - 1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51
Parte variável - 2	R\$ 28.911,35	1	R\$ 28.911,35	1	R\$ 28.911,35	1	R\$ 28.911,35
Parte variável - 3	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51
TOTAL PARTE VARIÁVEL	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38
G) Total UPA	R\$ 1.517.846,01	1	R\$ 1.517.846,01	1	R\$ 1.517.846,01	1	R\$ 1.517.846,01

Item	Valores Unitários	jul/19	ago/19	set/19	out/19	01/11/2019 a 15/11/2019	TOTAL 2019	TOTAL
A) Apoio à gestão	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 36.139,19	R\$ 758.922,99
a1) Apoio a gestão RUE	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 28.911,35	R\$ 607.136,39
a2) Apoio a gestão do complexo	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 7.227,84	R\$ 151.786,60
B) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 505.948,67	R\$ 10.624.922,09
C) Contratos e consumo- Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 126.911,86	R\$ 2.665.149,06
D) Serviços de apoio diagnóstico e Terapêutico	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 31.383,34	R\$ 659.050,04
d1) Serviços de laboratório	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 39.566,67	1	R\$ 19.783,34	R\$ 415.450,04
d2) Serviços de RX	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 11.600,00	R\$ 243.600,00
E) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 6.599,67	R\$ 138.592,97
F) Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 15.801,10	R\$ 331.823,00
TOTAL PARTE FIXA	R\$ 1.445.567,63	1	R\$ 1.445.567,63	1	R\$ 1.445.567,63	1	R\$ 722.783,82	R\$ 15.178.460,14
Parte variável - 1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 10.841,76	R\$ 227.676,90
Parte variável - 2	R\$ 28.911,35	1	R\$ 28.911,35	1	R\$ 28.911,35	1	R\$ 14.455,68	R\$ 303.569,20
Parte variável - 3	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 21.683,51	1	R\$ 10.841,76	R\$ 227.676,90
TOTAL PARTE VARIÁVEL	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 36.139,19	R\$ 758.923,01
G) Total UPA	R\$ 1.517.846,01	1	R\$ 1.517.846,01	1	R\$ 1.517.846,01	1	R\$ 758.923,01	R\$ 15.937.383,14

Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o programa de trabalho aprovado, salvo autorização prévia da Secretaria, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I - Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II - Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas .

III - Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo– Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no programa de trabalho, cabendo à Comissão de Avaliação verificar o percentual de atendimento das aludidas metas.

Parágrafo Oitavo– A CONTRATADA poderá captar, com responsabilidade própria, recursos privados para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO, hipótese em que haverá redução equivalente dos repasses a serem realizados pelo CONTRATANTE ou alteração do programa de trabalho para a formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos. Ambas as situações dependem da celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono– Fica vedada a utilização dos repasses orçamentários destinados a este CONTRATO DE GESTÃO para o custeio de taxa de administração.

Parágrafo Décimo– Os repasses orçamentários destinados ao pagamento de despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, sendo vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO. Tais despesas serão detalhadas no programa de trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à CONTRATADA a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo - Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998

CLÁUSULA SEXTA – REPASSES ORÇAMENTÁRIOS

Os repasses serão realizados de acordo com o cronograma de desembolso estabelecido no Parágrafo Quinto da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA SÉTIMA – REPACTUAÇÃO

Por ocasião da prorrogação na forma da Cláusula Quarta, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do contrato de gestão e dotação orçamentária específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do contrato de gestão poderão ser revistos.

Parágrafo Primeiro - No caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto do contrato de gestão, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

Parágrafo Segundo - Em relação aos demais custos e despesas previstos no contrato de gestão, será observado como limite para revisão a variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado - Especial (IPCA-E) do IBGE.

Parágrafo Terceiro - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no programa de trabalho exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

Parágrafo Quarto - O pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

I - Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e na Cláusula Sexta deste CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos repassados, na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I – Desenvolver em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Básico, no programa de trabalho e na legislação aplicável.

II – Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários.

III – Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar a Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações

eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo CONTRATANTE.

IV – Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE.

V – Cumprir as metas relacionadas no programa de trabalho.

VI – Providenciar a publicação na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará a política de preços apresentada no programa de trabalho, bem como, sempre que possível, os preços constantes de atas de registro de preços ou das tabelas constantes do sistema de custos existentes no âmbito da Administração Pública, desde que sejam mais favoráveis.

VII – Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, os relatórios de execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

VIII – Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização dentre outros.

IX – Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos.

X – Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Básico e no programa de trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO pela Secretaria.

XI – Zelar para que os recursos financeiros repassados pela CONTRATANTE sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no programa de trabalho, atentando para a observância do princípio da economicidade.

XII – Prestar contas dos recursos repassados pela CONTRATANTE, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII – Prestar sempre que solicitado, quaisquer outras informações sobre a execução, inclusive financeira deste CONTRATO DE GESTÃO.

XIV – Produzir, guardar e disponibilizar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos.

XV – Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da CONTRATANTE, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre o objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI – Permitir que os órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal terão amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da entidade como um todo, e à decorrente do contrato de gestão, com azo no art. 8º, III, do Decreto n.º 30.780/09, com a redação dada pelo art. 4º do Decreto n.º 31.618/09.

XVII – Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação relativos às atividades públicas gratuitas desenvolvidas.

XVIII – Manter atualizadas as informações cadastrais junto à CONTRATANTE, comunicando à Secretaria Municipal de Saúde e à COQUALI quaisquer alterações nos seus atos constitutivos.

XIX – Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais que comprovem as despesas realizadas para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XX – Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais, de natureza técnica que serão adotados.

XXI – Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades, respeitando o disposto no Projeto Básico e no programa de trabalho, observando

as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso.

XXII – Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza aos seus empregados e dirigentes.

XXIII – Responsabilizar-se, na forma do CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização do objeto do CONTRATO DE GESTÃO até o seu término, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO:

a) em caso de ajuizamento de ações trabalhistas contra a CONTRATADA, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou de entidade da Administração Pública Indireta como responsável subsidiário ou solidário, o CONTRATANTE poderá reter, dos repasses devidos, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do CONTRATANTE, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

c) as retenções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o CONTRATANTE seja compelido a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

d) eventuais retenções previstas nas alíneas “a” e “b” somente serão liberadas pelo CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada.

XXIV – Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas na convocação pública durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO.

XXV – Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições;

XXVI – Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO serão automaticamente incorporados ao patrimônio do CONTRATANTE, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, no prazo de três dias úteis após a aquisição, juntamente com declaração emitida pela CONTRATADA de que os bens estão fisicamente na unidade onde se desenvolve o contrato de gestão e em perfeitas condições de uso

XXVII – Apresentar a consolidação de todos os contratos de prestação de serviço por ela mantidos (RET – Relação de Tomadores/Obras) e conceder a outorga eletrônica para acesso ao extrato individualizado de cada empregado utilizado no contrato com o MUNICÍPIO.

XXVIII – Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem na cessão parcial ou total do objeto deste contrato,

respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o programa de trabalho e com o regulamento próprio para a contratação de obras, serviços e compras.

XXIX - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, membros do Conselho de Administração ou empregados.

XXX - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pelo CONTRATANTE.

XXXI - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização do CONTRATANTE ou sob sua demanda;

XXXII – Atender às exigências da CONTRATANTE acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pelo CONTRATANTE

XXXIII – Os sistemas informatizados utilizados pela CONTRATADA deverão permitir customizações que possibilitam sua integração com outros sistemas que o CONTRATANTE já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO

XXXIV – Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, www.osinfo.rio.rj.gov.br, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013(

XXXIV – Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, www.osinfo.com.br, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013.

XXXV – Apresentar ao CONTRATANTE, no prazo por ele definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2016 e 2018, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados no programa de trabalho.

XXXVI – Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Projeto Básico e no programa de trabalho, de acordo com o estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO, na Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, com observância dos princípios do SUS, e em especial:

- a) universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- b) integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;
- c) gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- d) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- e) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- f) direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;
- g) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- h) fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular.

i) prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XXXVIII – Na prestação dos serviços de saúde, a CONTRATADA deverá observar:

a) respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

b) manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

c) respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

d) garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

e) garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

f) esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

g) responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

h) inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

XXXIX – Receber médicos residentes vinculados à COREME da Secretaria Municipal de Saúde ou a universidades conveniadas.

XL – Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento Local, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

XLI – Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da CONTRATADA, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLII – Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela SMS.

XLIII – Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde.

XLIV – Afixar, em lugar visível da unidade municipal de saúde objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) o símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde

b) informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro;

c) indicação de que os serviços prestados são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLV – Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.

CLÁUSULA DÉCIMA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será apresentada até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do comprovante de devolução do saldo, se houver.

Parágrafo Primeiro - A prestação de contas será instruída com os seguintes documentos:

I - Relatórios de execução financeira, discriminando o resumo da movimentação de valores, indicando o saldo inicial, o valor de cada despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado.

II – Relatórios indicativos demonstrando a produção contratada e realizada, bem como os resultados dos indicadores e das metas estabelecidos.

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante.

IV - Conciliação do saldo bancário.

V - Cópia do extrato da conta corrente bancária e da aplicação financeira realizada na forma da cláusula quinta, referente ao período compreendido entre a última prestação de contas e a atual.

VI - Folha de pagamento discriminando nome, números do RG, CPF, PIS, CNES e CTPS, função, carga horária, salário e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco.

VII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social (FGTS e INSS), de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho, e respectivas CTPS, devidamente anotadas.

VIII - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso II deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações.

IX - Projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas.

X - A Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias.

XI - Cópia de todos os contratos celebrados no período.

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas.

XIV – A documentação comprobatória prevista no item XIII deverá ser acompanhada de mapa de rateio especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com o CONTRATANTE e outros entes.

XV - Eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo deverão ser comprovados mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação profissional.

Parágrafo Segundo - O repasse da parcela subsequente ficará condicionado à apresentação da prestação de contas na forma do parágrafo primeiro e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Projeto Básico.

Parágrafo Terceiro - A prestação de contas somente será recebida pelo CONTRATANTE se estiver instruída com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Quarto - No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à CONTRATADA, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quinto - Cada folha da prestação de contas deverá conter rubrica do representante legal da CONTRATADA, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo. Caso a prestação de contas ocorra em via eletrônica, em Paineis de Gestão, deverá ser apresentada declaração assinada pelo representante legal da CONTRATADA e pelo contabilista habilitado de que os documentos e informações apresentados são fidedignos e que a prestação de contas foi corretamente realizada.

Parágrafo Sexto - A prestação de contas deverá ser efetuada levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Sétimo - O CONTRATANTE poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

Parágrafo Oitavo - Caberá à CONTRATADA promover, até 01 de agosto de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução deste Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

Parágrafo Nono - O relatório de prestação de contas poderá servir de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo - A CONTRATADA deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Primeiro - A prestação de contas a que se refere a presente cláusula será realizada por meio da alimentação ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, www.osinfo.com.br.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da UPA MAGALHÃES BASTOS, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, em anexo.

Parágrafo Primeiro - É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Segundo - Obriga-se a CONTRATADA em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO em perfeitas condições de uso e conservação, sob pena de, a critério do CONTRATANTE, pagar os prejuízos, ou consertar os danos.

II - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO e do bem cedido.

III - Pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

IV - Retirar às suas expensas, caso solicitado pelo CONTRANTE, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem no bem cedido, ainda que a ele provisoriamente agregados.

V - Providenciar o seguro contra incêndio às suas expensas, apresentando ao CONTRATANTE a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento.

Parágrafo Terceiro - Os bens móveis cedidos na forma desta cláusula poderão, mediante prévia avaliação e expressa autorização do Prefeito, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, que serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – SUBCONTRATAÇÃO

É vedada a subcontratação do objeto, bem como a cessão total ou parcial do CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

Parágrafo Único – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares, o subcontratado será responsável, solidariamente com a CONTRATADA, pelas obrigações descritas na cláusula nona (no que couber), especialmente pelos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - FISCALIZAÇÃO

A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá ao CONTRATANTE, em especial à Comissão de Avaliação nomeada por Resolução do Secretário Municipal de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro - A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pelo CONTRATANTE, se obrigando a fornecer os dados, elementos, explicações,

esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

Parágrafo Segundo - Compete à CONTRATADA fazer minucioso exame das especificações dos serviços, de modo a permitir, a tempo e por escrito, apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas. O silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas.

Parágrafo Terceiro - A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quarto - A fiscalização, por meio de relatório trimestral ou a qualquer momento, analisará todas as questões pertinentes à execução do CONTRATO DE GESTÃO, em especial o emprego adequado dos recursos públicos repassados e os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade.

Parágrafo Quinto - No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FORÇA MAIOR

Os motivos de força maior que possam impedir a CONTRATADA de cumprir as metas pactuadas, deverão ser comunicados ao CONTRATANTE, na primeira oportunidade e por escrito, sob pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Primeiro - Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração do Programa de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 combinado com o artigo 116 da Lei nº 8.666/1993 e no artigo 589 do RGCAF, garantida prévia defesa:

I - Advertência;

II - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

III - Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, conforme o caso, e, respectivamente, nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da CONTRATADA.

IV - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos;

V - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

VI - Perda de qualificação como organização social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Primeiro - A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo - As sanções previstas nos incisos I, IV e V poderão ser aplicadas juntamente com aquelas previstas nos incisos II, III e VI e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida defesa prévia ao interessado.

Parágrafo Terceiro - As multas previstas nos incisos II e III não possuem caráter compensatório, e, assim, o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto - As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria Municipal de Fazenda no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à CONTRATADA ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Quinto - As sanções estabelecidas nos incisos IV e V são de competência do Secretário Municipal de Saúde, e a estabelecida no inciso VI é de competência da COQUALI.

Parágrafo Sexto - As sanções previstas nos incisos IV e V poderão também ser aplicadas à CONTRATADA caso, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - RECURSOS

A **CONTRATADA** poderá apresentar, sempre sem efeito suspensivo:

I - Pedido de Reconsideração a ser interposto perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - Recurso a autoridade imediatamente superior a ser interposto e encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 5 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Único - O provimento do recurso importará apenas a invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - RESCISÃO

O CONTRATANTE, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá rescindir o CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Programa de Trabalho, e ainda:

I - Se houver má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou do estatuto social por parte da CONTRATADA.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações do Estatuto da CONTRATADA que impliquem modificação das condições de sua qualificação como organização social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social.

V - Na hipótese de a CONTRATADA não obter no mínimo 50 (cinquenta) pontos na avaliação da execução das metas em 03 (três) relatórios consecutivos.

Parágrafo Primeiro - Na hipótese de rescisão, a CONTRATADA deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do CONTRATANTE os bens cujo uso foi cedido, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo - Na decretação da rescisão, a CONTRATADA ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

Em caso de rescisão unilateral por parte do CONTRATANTE, a CONTRATADA fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao cronograma de desembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - PUBLICAÇÃO

A publicação do inteiro teor deste instrumento no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro será providenciada pelo CONTRATANTE no prazo máximo de vinte dias da assinatura.

Parágrafo Único - O inteiro teor deste instrumento, bem como as metas e os indicadores de desempenho pactuados, devidamente atualizados, serão disponibilizados no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na Internet.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTROLE INTERNO E EXTERNO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - FORO

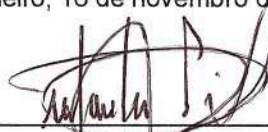
Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES FINAIS

Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, salvo disposição em contrário. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente na Secretaria Municipal de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2017.



CONSTANTINO FERREIRA PIRES
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL RIO GRANDE DO SUL

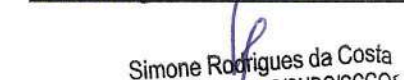


ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
Substituta Eventual
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Testemunhas

1 

Filipe Brasil Centurão da Mello
Assessoria do Gabinete do Secretário
Secretaria Municipal de Saúde
Matricula: 60/301.297-8

2 
Simone Rodrigues da Costa
Superintendente - S/SUBG/SCGO
Mat.: 11/225481-1

ANEXO TÉCNICO A DO CONTRATO DE GESTÃO

TERMO DE REFERÊNCIA

UPA MAGALHÃES BASTOS

1. CONTEXTO

A existência de uma rede preparada para o atendimento às situações de livre demanda é extremamente necessária para a população. O atendimento a urgências e emergências deve ser ofertado ininterruptamente nas 24 horas em seus variados graus de complexidade clínica. As Unidades de Pronto Atendimento, distribuídas pelas diversas áreas de planejamento do Município, estão projetadas para o atendimento resolutivo da maioria dos agravos urgentes, estando também preparadas para situações de maior complexidade, através da transferência responsabilmente regulada para um serviço de maior porte, dentro da lógica de organização da Rede de assistência em saúde e da Rede de Atenção às Urgências.

Desta forma direcionando a intervenção e a resposta às necessidades de saúde, e organizando a rede de assistência, integra-se a rede a UPA MAGALHÃES BASTOS

2. JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde entende que deve estar presente e atenta aos cuidados de urgência e emergência bem como a estruturação da rede de urgência e emergência para a sua população. Particularmente assegura o acesso, o acolhimento e a assistência resolutiva em todos os níveis. Em suas unidades de pronto atendimento será possível, quando necessária, a manutenção do paciente sob observação amarela ou vermelha. A última possibilita a estabilização do paciente grave, bem como cuidados de alta complexidade, até seu direcionamento definitivo para leito de internação em unidade fechada de terapia intensiva.

A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos pacientes em situação de urgência aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde – MS 2.048 de 05 de novembro de 2002, 1.600 de 07 de julho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, 104 de 15 de janeiro de 2014 diretrizes para unidade de pronto atendimento – UPA 24h e 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com o conceito de Redes de Atenção à Saúde – RAS, onde:

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS - são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de

apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Salientando que a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

RAS - Síntese:

1) Objetivo: promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

2) Característica: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

3) Fundamentos:

a) Economia de Escala- ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados;

b) Qualidade - a qualidade na atenção em saúde compreende graus de excelência do cuidado nas seis dimensões, a saber: segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, e equidade;

c) Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população;

d) Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado;

e) Disponibilidade de Recursos - recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

f) Integração Vertical e Horizontal, conceitos que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

- Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

- Integração Horizontal - consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde

através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

g) Processos de Substituição - são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

h) Região de Saúde ou Abrangência - a organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

i) Níveis de Atenção - fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

A **UPA MAGALHÃES BASTOS** vai integrar e interagir-se com os demais serviços de saúde, dando suporte ao atendimento dos pacientes com quadros agudos, crônico agudizados e traumáticos, compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde e as urgências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, cada um deles sendo um elo da corrente de manutenção da vida.

Dentro da lógica de organização de rede, haverá também o desenvolvimento das linhas de cuidados, que por definição são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

A **UPA MAGALHÃES BASTOS** vai ser capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves – Portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002. Para tanto deverá trabalhar:

- ampliando o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção inicial

adequada e necessária aos diferentes agravos, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no primeiro atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes)

- regionalizando o atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- humanizando a atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- implantando modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- articulando e integrando os diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- atuando no território, definindo e organizando as regiões de saúde e as redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; atuando de forma profissional e gestora, visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- monitorando e avaliando a qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- articulando de forma federativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- estimulando a participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- apoiando e executando projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas.

Concomitantemente , participará da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Urgência e Emergência com garantia da equidade e integralidade do cuidado; participando ativamente da qualificação da assistência por meio da educação permanente de suas equipes de saúde na Atenção às Urgências, em consonância com os princípios da integralidade e humanização.

A **UPA MAGALHÃES BASTOS** é unidade pública, do SUS, que tem como atividade-fim o pronto atendimento ao usuário do SUS e exclusivamente do SUS, que necessite de cuidados de saúde de urgência. Para o seu adequado funcionamento, necessitará de apoio administrativo e técnico para 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 – SUBHUE elaborou o presente Termo de Referência/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 contrato de gestão com indicadores e metas, mantendo assim as ações assistenciais de urgência e emergência que já vem sendo realizadas na **UPA MAGALHÃES BASTOS**.

3. OBJETO

O presente Projeto Básico visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da AP 5.1. O desenvolvimento de todas as ações assistenciais e de urgência e emergência, será destinado exclusivamente aos usuários do SUS na região e será executado por meio de Contrato de Gestão com Organização Social, visando o gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde na UPA MAGALHÃES BASTOS.

4. ABRANGÊNCIA



A UPA MAGALHÃES BASTOS está localizada na AP 5.1, Estrada Manoel Nogueira de Sá s/n – Magalhães Bastos.

O perfil epidemiológico da Cidade não difere muito do perfil epidemiológico do restante do país, com óbitos ocorrendo ainda por doenças crônicas agudizadas e pelo crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, além das doenças parasitárias e infecciosas, ainda prevalentes.

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
Estatística Vitais AP 5.1 2000 a 2014

Indicadores Demográficos		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
População Total		nº	659.649	674.395	673.982	673.577	673.179	672.732	672.407	672.032	671.665	671.306	671.041	671.041	671.041	671.041
Razão de Sexos		%	92,80	92,72	92,63	92,54	92,43	92,32	92,21	92,08	92,08	92,08	92,08	92,08	92,08	92,08
Maior ou igual a 40 anos		nº	215.987	215.482	229.518	236.675	244.108	251.829	259.852	268.188	268.188	268.188	257.353	257.353	257.353	257.353
Maior ou igual a 60 anos		nº	66.478	66.747	71.124	73.615	76.224	78.960	81.810	84.836	84.836	84.836	84.889	84.889	84.889	84.889
		%	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
Idosos		nº	66.478	66.747	71.124	73.615	76.224	78.960	81.810	84.836	84.836	84.836	84.889	84.889	84.889	84.889
		%	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		nº	5.309	5.247	5.230	5.154	5.196	5.114	5.904	5.292	5.388	5.499	5.572	5.652	5.482	5.475
Geral		taxa	8,05	7,78	7,76	7,60	7,72	7,60	7,89	7,87	8,02	8,19	8,30	8,42	8,17	8,16
Infantil		nº	222	179	142	155	142	133	156	118	122	141	132	150	164	137
		taxa	19,59	17,77	15,48	16,40	15,18	12,99	17,97	13,79	14,64	16,49	15,45	15,57	18,20	14,45
Neonatal		nº	165	122	94	110	91	97	113	83	84	91	95	94	117	97
		taxa	14,56	12,11	10,25	11,64	9,73	10,43	13,02	9,70	10,08	10,64	11,12	10,39	12,98	10,23
Neonatal Precoce		nº	134	104	75	82	72	72	92	59	64	65	74	72	74	73
		taxa	10,94	10,33	8,18	8,68	7,70	7,73	10,60	6,89	7,68	7,50	8,66	7,96	8,11	7,70
Neonatal Tardia		nº	41	18	19	28	19	25	21	24	20	26	21	22	43	24
		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
Pós-Neonatal		nº	57	57	48	45	51	24	43	35	38	50	37	56	47	40
		taxa	5,03	5,66	5,23	4,76	5,45	2,58	4,95	4,09	4,56	5,35	4,33	6,15	5,21	4,22
Obitos de < 1 ano investigados		%	-	-	-	-	-	-	11,54	38,05	60,66	61,70	75,00	86,00	84,15	70,07
Perinatal		nº	268	221	181	216	180	182	203	152	150	145	151	148	162	163
		taxa	23,36	21,79	19,50	22,53	19,02	19,31	23,09	16,25	17,81	16,80	17,52	16,22	17,80	16,23
Obitos Perinatais investigados		%	-	-	-	-	-	-	11,93	36,61	68,67	65,52	80,13	87,16	87,04	78,53
Fetal		nº	144	118	106	134	108	110	111	99	86	80	77	76	88	90
		%	-	-	-	-	-	-	9,91	39,39	73,58	66,25	85,71	85,84	90,91	86,67
Materna		nº	11	5	3	5	8	8	4	4	4	6	3	9	10	7
		taxa	57,08	49,64	32,70	63,48	35,52	85,90	46,07	46,73	47,98	70,16	35,12	99,45	110,95	31,64
Mulher em idade fértil		nº	349	369	349	332	304	346	302	325	297	326	283	318	313	268
Obitos de Mulher em idade fértil investigados		%	-	-	-	-	-	-	30,48	45,54	70,37	77,30	89,75	84,91	79,55	84,53
Doenças Cardiovasculares		nº	1.167	1.252	1.329	1.276	1.321	1.281	1.347	1.323	1.615	1.682	1.723	1.708	1.609	1.617
		taxa	192,07	185,65	197,19	189,44	196,23	190,55	200,33	196,87	240,45	250,56	256,77	254,23	239,78	240,97
Doenças Isquêmicas do Coração		nº	366	389	392	347	387	407	375	386	405	418	518	496	507	496
		taxa	169,45	180,53	170,79	146,51	158,54	161,62	144,51	149,93	151,01	155,86	199,34	192,73	197,01	192,78
Doença Cerebrovascular		nº	502	442	467	450	457	458	467	456	530	504	507	467	432	405
		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	167,06	157,37
Neoplasias		nº	679	663	675	644	655	674	685	706	744	768	760	836	764	829
		taxa	102,93	98,31	100,15	95,61	97,30	100,18	101,87	105,05	110,77	114,40	116,24	124,58	113,85	123,54
Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão		nº	99	77	101	74	97	86	79	73	98	91	102	89	116	99
		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
Neoplasia de mama feminina		nº	57	69	71	64	56	68	71	77	79	67	98	69	73	69
		taxa	16,66	20,10	20,62	18,52	16,14	19,31	19,86	21,21	21,76	18,46	26,14	25,56	20,96	25,56
Causas Externas		nº	763	675	634	670	670	613	650	625	570	563	486	544	433	456
		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	67,95
Homicídios, incluindo as intervenções legais		nº	460	426	354	389	403	369	378	291	250	235	224	234	158	74
		taxa	69,73	63,17	52,52	57,75	59,87	54,85	56,22	43,30	37,22	35,01	33,38	34,37	23,55	11,03
Acidentes de Transporte		nº	115	104	119	114	129	92	103	96	87	88	90	87	93	15
		taxa	17,43	15,42	17,66	16,92	19,16	13,57	15,32	14,29	12,95	13,11	13,41	12,96	13,86	2,24
Causas Mal Definidas		nº	893	884	851	811	746	766	736	762	552	402	385	335	380	311
		%	16,26	16,85	16,27	15,44	14,36	15,37	13,68	14,40	10,24	7,31	6,91	5,89	6,33	5,68
Doenças Respiratórias		nº	435	520	461	468	428	448	475	502	453	540	581	647	649	618
		taxa	65,94	77,11	68,40	69,48	63,58	66,59	70,64	74,70	67,44	80,44	86,58	96,42	96,72	92,10
Doenças Infecciosas e Parasitárias		nº	224	237	267	286	311	262	246	277	290	278	339	339	344	390
		taxa	33,96	35,14	39,52	42,46	46,10	38,94	36,59	41,22	43,18	41,41	50,52	50,52	51,26	56,63
AIDS		nº	87	88	107	96	110	79	72	95	86	99	88	115	121	94
		taxa	13,19	13,05	15,88	14,25	16,14	11,74	10,71	14,14	12,90	13,85	13,11	17,14	18,03	14,01
Tuberculose		nº	45	45	45	42	49	37	39	47	43	43	70	48	45	61
		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
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas		nº	364	329	333	367	343	337	387	393	460	478	383	375	357	375
		taxa	55,18	48,78	49,41	54,49	50,95	50,09	57,55	55,35	58,51	68,52	70,93	57,08	55,88	53,20
Diabetes Mellitus		nº	304	249	270	294	276	265	302	298	308	279	368	308	287	290
		taxa	46,09	35,92	40,06	43,65	41,00	39,09	44,91	44,34	45,86	56,46	57,82	45,90	42,77	43,22
Nascidos Vivos		nº	11.331	10.072	9.174	9.452	9.355	9.313	8.682	8.559	8.396	8.552	8.549	9.050	9.013	9.461
Taxa de Natalidade		nº	17,18	14,93	13,61	14,03	13,90	13,84	12,91	12,74	12,41	12,74	12,73	13,49	13,41	14,08
Taxa de Fecundidade Total		nº	2.000	1.777	1.611	1.841	1.621	1.660	1.499	1.427	1.438	1.477	1.557	1.667	1.666	1.751
		taxa	0,0033	0,0037	0,0024	0,0035	0,0029	0,0027	0,0023	0,0028	0,0029	0,0030	0,0028	0,0033	0,0033	0,0039
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)		nº	0,0784	0,0680	0,0594	0,0618	0,0599	0,0640	0,0572	0,0559	0,0548	0,0568	0,0562	0,0624	0,0622	0,0616
		taxa	21,68	21,10	19,75	19,94	19,12	20,17	19,04	18,80	18,71	18,67	18,19	18,33	19,15	18,07
Mães Adolescentes		%	9,21	9,33	9,51	9,29	9,29	9,95	9,32	9,55	9,64	9,73	9,22	8,87	9,79	9,11
Baixo Peso		%	9,72	8,13	7,66	9,17	8,44	8,87	9,73	10,11	10,26	9,95	9,50	11,37	11,12	10,97
Prematuridade		%	50,05	51,43	48,78	48,70	48,25	49,60	50,86	51,76	51,69	53,95	55,78	55,19	54,94	53,57
Cesarianas		%	50,19	53,17	67,88	67,72	65,84	67,87	61,26	67,45	62,51	61,54	61,52	61,87	63,51	65,72
7 e mais consultas de Pré-natal		%	78,40	74,06	70,65	75,63	78,11	72,53	69,12	66,67	70,49	69,91	67,70	66,64	67,50	68,24
Cobertura do SUS		%	78,40	74,06	70,65	75,63	78,11	72,53	69,12	66,67	70,49	69,91	67,70	66,64	67,50	68,24

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 óbitos 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.

5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e todos os recursos necessários para assegurar a assistência humanizada e resolutive no âmbito da urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde pela UPA MAGALHÃES BASTOS nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive em feriados.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população da Cidade em especial da região da AP 5.1, 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 de forma desordenada. A SUBHUE, responsável pelo acompanhamento e execução do presente Projeto Básico fará a coordenação de todas as orientações e ações de gestão assistencial na UPA MAGALHÃES BASTOS.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência – área técnica da SMS, responsável pelo acompanhamento técnico assistencial do presente Projeto Básico fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais da UPA MAGALHÃES BASTOS, cabendo a Subsecretaria de Gestão o acompanhamento físico e financeiro, a prestação de contas e a execução financeira do contrato de gestão.

A aquisição de equipamentos e mobiliários por parte da contratada, necessariamente passará a integrar o patrimônio da UPA MAGALHÃES BASTOS, sendo de propriedade do Município do Rio de Janeiro.

O mobiliário, materiais e equipamentos por parte da unidade podem ser encontrados no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>.

6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais da **UPA MAGALHÃES BASTOS** com acolhimento e classificação de risco e com seus leitos de observação vermelha com suporte para

pacientes graves, seus leitos de observação amarela adulto e pediatria, serão executadas, nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive feriados.

A **UPA MAGALHÃES BASTOS** é porta de entrada de emergência, ordenando junto com as demais unidades da rede, a Rede de Atenção à Saúde e as Urgências da Cidade e da região, funcionando como local de primeiro atendimento (acolhimento e atendimento médico), estabilização e observação de pacientes graves (sala vermelha) ou não (sala amarela), oriundos da demanda espontânea, regulados ou referenciados de qualquer serviço de saúde, de qualquer ponto de atenção (atenção básica, pré-hospitalar móvel ou Programa de Atenção Domiciliar), que ficarão em observação nas salas amarelas ou vermelhas ou serão internados pela regulação para resolução ou seguimento de seus quadros agudos.

A UPA estará diretamente vinculada a Central de Regulação. Sua porta de entrada de urgência, seus leitos de estabilização e observação de pacientes graves (sala vermelha), de observação, adulto e pediátrico (salas amarelas) serão capazes com seu potencial técnico e assistencial, de acolher, estabilizar, manter estáveis e dar continuidade à assistência, dentro da lógica prioritária de inovações tecnológicas, os pacientes com quadros agudos graves ou não, que tenham apresentado instabilidade orgânica clínica. Nos leitos de observação vermelhos ou amarelos permanecerão pelo período de tempo necessário à resolução de seu quadro agudo inicial, à regulação de sua internação eletiva em leito hospitalar de enfermaria ou de terapia intensiva ou sua regulação em vaga zero para o tratamento definitivo de seu agravo agudo inicial estabilizado. Toda a demanda de saída da UPA que necessitar de continuidade na assistência, quer seja de urgência quer seja eletiva, em qualquer nível de atenção da rede, será regulada pela Central de Regulação.

6.1 Organização das ações assistenciais de emergência - Estratégias e Atividades básicas:

- a) Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada, integrante da humanização da atenção, baseada no paciente e em suas necessidades de saúde;
- b) Atendimento de emergência;
- c) Acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas, vermelha e de observação individual, tanto adulto quanto pediátrica;
- d) Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos compatíveis com a complexidade da UPA;

- e) Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, laudo e atualização dos mesmos, vinculada a Central Municipal de Regulação;
- f) Seguimento das ações assistenciais;
- g) Referência garantida e responsável para unidades da região para os atendimentos com perfil de atenção básica;
- h) Transporte inter-hospitalar dos pacientes que necessitem de continuidade dos cuidados de emergência e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção às urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
- i) Referência garantida de retaguarda regulada e acolhimentos aos casos agudos demandados de serviços de saúde dos diversos pontos de atenção, que necessitem de seguimento de urgência e emergência de maior complexidade;
- j) Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência às demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade.
- k) Protocolos clínicos assistenciais e procedimentos operacionais padronizados – POP - de todos os serviços da UPA;
- l) Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locais, identificando os principais agravos, além da análise situacional de saúde, usada como subsídio para a identificação de riscos coletivos ambientais e para a definição de prioridades das ações de saúde;
- m) Gestão baseada em resultado: gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos e assim aumentar a eficiência; diminuindo os riscos para os usuários, pacientes e profissionais. Prestando serviços efetivos que visem melhorar a qualidade da atenção à saúde e gestão de caso. Aliando-se a lógica assistencial de atenção às urgências e atenção à saúde, usar o mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a organização dos fluxos e processos de trabalho;
- n) Realização de auditoria clínica;
- o) Incentivo à participação e controle social;
- p) Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
- q) Utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam às necessidades dos usuários e pacientes, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de

atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela SMS e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;

r) Atuação junto a SMS na implementação da organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações

A qualidade e a resolutividade da atenção e da assistência, constituem a base do processo assistencial de toda a rede de Atenção às Urgências e Emergências, e deve ser o norte da UPA MAGALHÃES BASTOS.

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 **UPA MAGALHÃES BASTOS**, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, objeto do presente contrato.

6.1.2.1 Serviços a serem contratados:

A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos e materiais, mobiliários, equipamentos e materiais permanentes, de forma a garantir a demanda assistencial da unidade e as ações da equipe multiprofissional no atendimento as demanda da UPA MAGALHÃES BASTOS.

- a) Contratação de Recursos Humanos administrativos e assistenciais (profissionais de saúde e de apoio às atividades de urgência e emergência);
- b) Aquisição de Material Permanente que se fizerem necessários à continuidade da assistência (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 à diagnose e terapêutica - SADT.
- f) Contratação de serviços de apoio (vigilância, alimentação, limpeza, recolhimento de resíduos especiais, 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 composição da tripulação da viatura pode ser feita pelos profissionais da UPA.

6.1.3 A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos e materiais para garantir uma demanda média de **350** atendimentos/dia entre acolhimento, consultas e

procedimentos médicos e de enfermagem para atender a demanda de urgência e emergência; além da operacionalização assistencial de:

- a) 09 leitos de observação adulto – sala amarela adulto;
- b) 04 leitos de observação pediátrica – sala amarela pediátrica;
- c) 04 leitos de estabilização – sala vermelha.
- d) 02 leitos de observação individual.

O desenho operacional assistencial deverá se fundamentar na Política de Atenção às Urgências, Portaria GM n 2.048 de 2002 e 104 de 2014, e em todas as demais Portarias do Ministério da Saúde bem como na legislação em vigor.

6.2.2 Pessoal

A UPA MAGALHÃES BASTOS deverá contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador médico, coordenador administrativo, coordenador de enfermagem, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de radiologia (se o serviço de raio x não for terceirizado), dentista, auxiliar de consultório dentário, maqueiro, auxiliar administrativo.

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.

Categoria/Profissionais		
Coordenador Médico Assistencial		
Diarista 1 (um)		
Médicos plantonistas 6 (seis) /24h		
Coordenador de Enfermagem		
Diarista 1 (um)		
Enfermeiro de Plantão 4 (quatro) dia/4 (quatro) noite		
Técnico de Enfermagem de plantão 8 (oito) dia/ 8 (oito) noite		
Dentista 1 (um)/12h		
Auxiliar de Consultório Dentário de plantão 1 (um)/12h		

Farmacêutico 1 (um)/24h
Assistente Social 1 (um)30h
Técnico de Raio X (**)
Maqueiros de plantão 2 (dois) dia/ 1 (um) noite
Coordenador Administrativo nível superior
Diarista 1 (um)
Auxiliares Administrativos 7 (sete)

(**) Se o serviço de raio x não for terceirizado

OBSERVAÇÃO:

1- O regime de trabalho da enfermagem será em plantões de 12h X 60h, cobrindo os horários diurnos e noturnos.

2- Dentre os auxiliares administrativos estão contemplados os 2 (dois) administrativos que atuam no registro de pacientes e que necessariamente são 24h, além destes deve haver sempre um administrativo 24h na unidade.

6.2.3 Serviço de Apoio a Diagnose e Terapêutica - SADT

A UPA MAGALHÃES BASTOS deverá contar com SADT funcionando nas 24h do dia e o mesmo deverá ser compatível com o perfil de atendimento e com o objeto do serviço a ser prestado. E deverá contemplar minimamente os exames e procedimentos listados abaixo, além daqueles determinados pela SMS, como atinentes ao perfil da unidade.

SADT e Perfil Assistencial - DESCRIÇÃO
Consulta por profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)
Atendimento de urgência com observação até 24 h
Remoção em ambulância
Consulta médica
Administração de Medicamentos por paciente
Oxigenoterapia
Inalação / Nebulização
Sutura/Curativo

Eletrcardiograma
Tempo de Coagulação
Tempo de Sangramento
Dosagem de Ácido Úrico
Dosagem de Amilase
Dosagem de Bilirrubina
Dosagem de Cálcio
Dosagem de Cloreto
Dosagem de Creatinina
Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)
Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB (CKMB)
Dosagem de Desidrogenase Lática (DHL)
Dosagem de Fosfatase Alcalina
Dosagem de Fósforo
Dosagem de Gama GT
Dosagem de Glicose
Dosagem de Lactato
Dosagem de Lipase
Dosagem de Magnésio
Dosagem de Hemoglobina
Dosagem de Potássio
Dosagem de Proteínas Totais e Frações
Dosagem de Sódio
Dosagem de Uréia
Hematócrito
Contagem de plaquetas



Hemograma Completo
VHS
HIV-1 (Qualitativo)
Proteína C Reativa Quantitativa
Troponina
Protrombina
Hemocultura para pacientes > 24h nos leitos vermelhos (*)
Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP)
Tempo de Protrombina (TAP)
Glicemia Capilar
Teste Rápido HIV
TGO
TGP
Gasometria
BAAR – Baciloscopia
Coagulograma
BHCG(*)
Exames Radiológicos com aparelho de mesa e com aparelho portátil
Rotina de Urina

(*) esses exames não serão feitos de rotina, o BHCG quando realizado deve ser devidamente justificado e a justificativa deve ser aprovada pelo coordenador médico da unidade. A hemocultura não deve ser usada como rotina, e quando realizada deve ser devidamente justificada e a justificativa deve ser aprovada pelo coordenador médico da unidade.

ANEXO TÉCNICO B DO CONTRATO DE GESTÃO

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO

UPA MAGALHÃES BASTOS

1. ÁREA DE PLANEJAMENTO 5

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%.

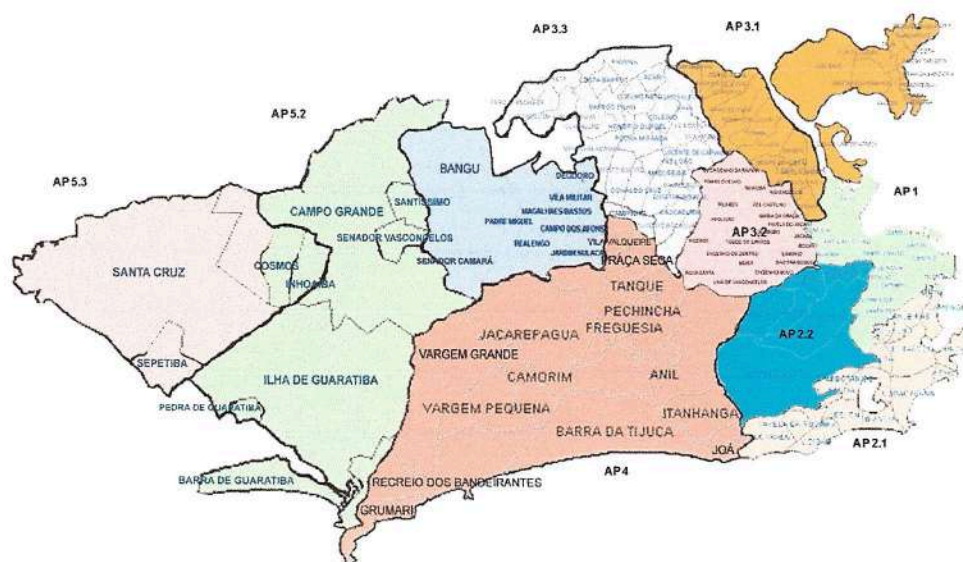
Na década de 90, as áreas naturais, foram reduzidas de 29% para 25% do território, sendo suprimidos 2.352 hectares de florestas e 51 hectares de vegetação de mangue.

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

1.1 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	n°	659.649	674.395	673.962	673.577	673.179	672.789	672.407	672.032	671.665	671.306	671.041	671.041	671.041	671.041	671.041
Raça de Sexos	%	92,80	92,72	92,63	92,54	92,43	92,32	92,21	92,08	91,98	91,88	91,78	91,68	91,58	91,48	91,38
Maiores ou iguais a 40 anos	n°	215.987	215.482	229.518	236.675	244.106	251.829	259.852	268.188	268.188	268.188	257.353	257.353	257.353	257.353	257.353
Maiores ou iguais a 60 anos	n°	66.478	68.747	71.124	73.615	76.374	78.960	81.828	84.836	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	12,65
Mortalidade		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geral	n°	5.309	5.247	5.230	5.254	5.196	5.114	5.304	5.292	5.388	5.499	5.572	5.652	5.482	5.475	5.657
	taxa *	8,05	7,78	7,76	7,80	7,72	7,60	7,89	7,87	8,02	8,19	8,30	8,42	8,17	8,16	8,43
Infantil	n°	222	179	142	155	142	121	156	118	122	141	132	150	164	137	112
	taxa *	19,55	17,77	15,48	16,40	15,18	11,99	17,97	13,79	14,64	16,43	15,45	16,57	18,20	14,45	11,86
Neonatal	n°	165	122	94	110	91	97	113	83	84	91	95	94	117	97	74
	taxa *	14,56	12,11	10,25	11,64	9,73	10,42	13,00	9,70	10,08	10,64	11,12	10,39	12,98	10,23	7,83
Neonatal Precoce	n°	124	104	75	82	72	72	82	59	64	65	74	72	74	73	52
	taxa *	10,94	10,33	8,18	8,68	7,70	7,73	10,60	6,39	7,68	7,60	8,66	7,86	8,11	7,70	5,51
Neonatal Tardia	n°	41	18	19	28	19	25	21	24	20	26	21	22	43	24	22
	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
Pós-Neonatal	n°	57	57	48	45	51	24	43	35	38	50	37	56	47	40	38
	taxa *	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 de < 1 ano investigados	%	-	-	-	-	-	-	11,54	33,05	60,66	61,70	75,00	86,00	84,15	70,07	66,86
Perinatal	n°	268	222	181	216	180	102	203	158	150	145	151	148	162	163	155
	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	17,80	17,03	16,23
Obitos Perinatais investigados	%	-	-	-	-	-	-	11,33	38,61	68,67	65,52	80,13	87,16	67,04	78,53	74,19
Fetal	n°	144	118	106	134	108	110	111	99	66	80	77	76	88	90	103
	taxa ***	11,5	9,5	8,5	10,5	8,5	8,5	9,91	39,39	75,58	66,25	85,71	86,84	80,91	86,67	81,55
Obitos Fetais investigados	%	-	-	-	-	-	-	9,91	39,39	75,58	66,25	85,71	86,84	80,91	86,67	81,55
Materna	n°	11	5	3	6	8	8	4	4	4	6	3	9	10	3	7
	taxa **	97,08	49,64	32,70	63,48	85,52	35,90	46,07	46,73	47,98	70,16	35,12	99,45	110,95	31,64	74,11
Mulher em idade fértil	n°	349	369	349	332	304	346	302	325	297	326	283	318	313	268	310
	taxa **	1,267	1,252	1,329	1,276	1,321	1,282	1,347	1,323	1,615	1,602	1,723	1,706	1,609	1,617	1,574
Doenças Cardiovasculares	n°	152,07	185,65	197,19	189,44	196,13	190,55	200,33	196,87	240,45	250,56	256,77	254,23	239,78	240,97	278,24
	taxa **	366	389	392	347	387	407	375	386	405	418	513	496	507	496	501
Doença Isquêmica do Coração	n°	169,45	130,53	170,73	146,61	159,54	161,62	144,51	143,33	151,01	155,66	195,34	192,73	197,01	192,73	194,67
	taxa **	502	443	467	450	457	458	467	456	530	504	507	467	433	405	393
Doença Cerebrovascular	n°	232,42	205,12	203,47	190,13	187,11	181,87	179,72	170,03	197,62	187,93	197,01	181,46	187,86	157,37	152,71
	taxa **	679	663	675	644	655	674	685	706	744	760	790	836	764	829	809
Neoplasias	n°	102,93	98,31	100,15	95,61	97,30	100,18	101,87	105,05	110,77	114,40	116,24	124,58	113,85	113,54	120,56
	taxa **	99	77	101	74	97	86	79	73	98	91	102	89	116	99	106
Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão	n°	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
	taxa **	16,66	10,10	20,62	18,52	16,14	15,31	19,86	21,21	21,78	18,46	28,14	25,56	20,96	25,56	24,69
Neoplasia de mama feminina	n°	763	675	634	670	613	650	625	570	563	486	544	433	456	485	485
	taxa **	115,67	100,09	94,07	99,47	90,53	91,11	96,67	93,00	84,86	83,87	72,42	81,07	64,53	67,95	69,30
Homicídios, incluindo as intervenções legais	n°	460	426	354	389	403	369	378	291	250	235	224	234	158	74	61
	taxa **	69,73	63,17	52,52	57,75	59,87	54,85	56,22	43,30	37,22	35,01	33,33	34,87	28,55	11,03	9,09
Acidentes de Transporte	n°	115	104	119	114	129	92	103	96	87	88	90	87	93	15	22
	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
Causas Mal Definidas	n°	363	384	351	321	246	262	262	252	252	402	385	333	380	311	391
	taxa **	435	520	461	468	428	448	475	502	453	540	581	647	649	618	690
Doenças Respiratórias	n°	65,94	77,11	68,40	69,43	63,58	66,59	70,64	74,70	67,44	80,44	85,58	96,42	96,72	92,10	102,83
	taxa **	224	237	267	286	311	262	246	277	290	278	339	339	344	380	392
Doenças Infecciosas e Parasitárias	n°	33,95	35,14	39,62	42,46	46,20	38,94	36,58	41,22	43,18	41,41	50,52	50,52	51,26	56,63	58,42
	taxa **	87	88	107	96	110	79	72	95	86	93	88	115	121	94	95
AIDS	n°	13,19	13,05	15,86	14,25	16,34	11,74	10,71	14,14	12,60	13,85	13,11	17,14	18,03	14,01	14,16
	taxa **	45	45	45	42	49	37	38	47	43	43	70	48	45	61	55
Tuberculose	n°	6,82	8,67	6,68	6,24	7,25	5,50	5,80	6,99	6,40	6,43	10,43	7,15	6,71	5,09	7,90
	taxa **	364	329	333	367	343	337	357	372	393	460	476	383	375	357	375
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	55,18	48,78	49,41	54,49	50,95	50,09	57,55	58,35	58,51	68,52	70,93	57,08	55,88	53,20	55,88
	taxa **	304	249	270	254	276	263	302	298	308	379	388	308	287	290	303
Diabetes Mellitus	n°	48,09	36,92	40,06	43,65	41,00	39,09	44,91	44,34	45,86	56,46	57,82	45,90	42,77	43,22	45,15
	taxa **	12,331	10,072	9,174	9,452	9,355	9,313	8,682	8,559	8,396	8,552	8,543	9,050	9,013	9,461	9,445
Numero	n°	12,331	10,072	9,174	9,452	9,355	9,313	8,682	8,559	8,396	8,552	8,543	9,050	9,013	9,461	9,445
Taxa de Natalidade	taxa	17,19	14,93	13,51	14,03	13,50	13,94	12,91	12,74	12,41	12,74	12,73	13,49	13,43	14,13	14,08
Taxa de Fecundidade Total	taxa	2,00	1,77	1,61	1,84	1,62	1,60	1,49	1,47	1,43	1,47	1,47	1,67	1,66	1,75	1,74
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	taxa	0,0033	0,0037	0,0024	0,0035	0,0029	0,0027	0,0023	0,0028	0,0029	0,0030	0,0028	0,0023	0,0033	0,0028	0,0029
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	taxa	0,0084	0,0080	0,0059	0,0061	0,0059	0,0040	0,0052	0,0059	0,0058	0,0058	0,0058	0,0067	0,0062	0,0062	0,0061
Mães Adolescentes	%	21,68	21,10	15,75	19,94	19,12	10,17	19,04	18,80	18,71	18,67	18,19	18,33	19,19	18,07	18,01
Baixo Peso	%	9,21	9,33	9,51	9,89	9,29	9,95	9,32	9,55	9,64	9,73	9,22	8,87	9,79	9,11	8,79
Prematuridade	%	8,72	8,13	7,66	9,17	8,44	8,67	9,73	10,11	10,26	9,95	9,50	11,37	11,75	11,12	10,97
Cesareanas	%	50,05	51,43	46,78	48,70	49,25	49,60	50,86	51,76	52,69	53,95	55,73	55,19	54,94	53,57	53,71
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	63,44
Cobertura do SUS	%	78,40	74,06	70,65	75,63	78,11	72,53	69,12	69,67	70,49	69,91	67,70	66,64	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 RIPS - 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.

1.2 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.

Nascimentos por bairros da AP 5.1

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 SULCAP	19	3	3	1	0	9	25	120	180	24,44
138 MAGALHÃES 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 às 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 – vaginoses 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 morbi-mortalidade 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 frequência 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 transversal (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 frequência 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 consequências 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.

1.3 Mortalidade

1.3.1 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

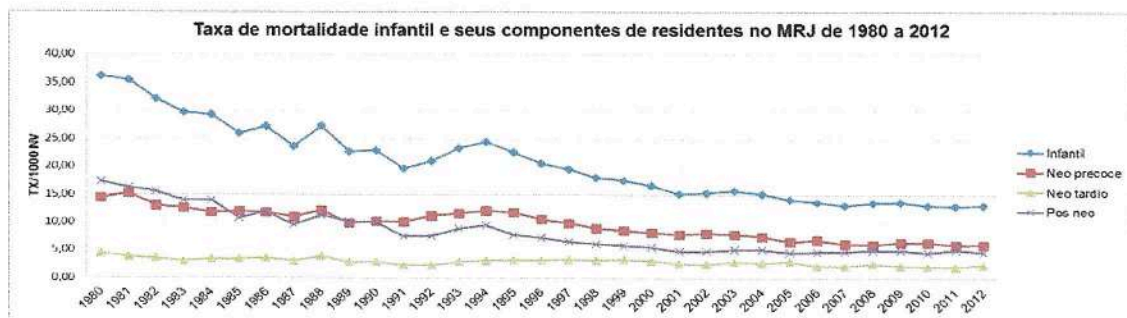
Atualmente a diminuição da taxa de mortalidade infantil na Cidade está atrelada a redução das mortes neonatais, em particular aquelas que ocorrem até o sétimo dia de vida - neonatais precoces. Desse modo, esta redução está relacionada a ações de saúde que se relacionam com o acompanhamento da gestação,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

Nas décadas de 80 e 90, as ações de controle da doença diarreica, 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 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	23,30	24,50	22,60	20,60	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	9,60	10,10	10,60	11,20	11,60	12,10	11,80	10,50	9,80	8,90	8,50
Neo tardio	4,40	3,80	3,50	3,00	3,40	3,40	3,60	3,10	3,30	2,80	2,90	2,30	2,30	2,30	2,90	3,10	3,20	3,20	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	8,60	9,40	7,70	7,10	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	13,65	13,07	13,59	13,63	13,05	12,93	13,05
Neo precoce	8,11	7,84	8,05	7,73	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	2,85	2,70	3,01	2,17	2,12	2,60	2,23	2,06	2,01	2,37
Pos neo	5,52	4,76	4,83	5,12	5,12	4,58	4,67	4,83	4,98	4,97	4,62	5,06	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.

1.4 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.



ANEXO TÉCNICO C DO CONTRATO DE GESTÃO

GESTÃO DA UNIDADE

UPA MAGALHÃES BASTOS



1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, pela CONTRATADA, que assegure assistência universal e gratuita à população, no âmbito da **UPA MAGALHÃES BASTOS**.

2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE UPA MAGALHÃES BASTOS

Como definido no **Anexo I Termo de Referência** do **presente** Contrato de Gestão segue especificações de todos os serviços a serem executados.

2.1. Atendimentos e leitos de observação

UPA MAGALHÃES BASTOS	QUANTIDADE
CAPACIDADE ASSISTENCIAL - Média dia	350
LEITOS DE OBSERVAÇÃO ADULTOS (SALA AMARELA)	09
LEITOS DE OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA (SALA AMARELA PEDIÁTRICA)	04
LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (SALA VERMELHA)	04
LEITOS DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL	02

2.2 Perfil Assistencial da UPA MAGALHÃES BASTOS

SADT e Perfil Assistencial - DESCRIÇÃO
Consulta por profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)
Atendimento de urgência com observação até 24 h
Remoção em ambulância
Consulta médica
Administração de Medicamentos por paciente
Oxigenoterapia
Inalação / Nebulização
Sutura/Curativo
Eletrocardiograma
Tempo de Coagulação
Tempo de Sangramento
Dosagem de Ácido Úrico
Dosagem de Amilase
Dosagem de Bilirrubina
Dosagem de Cálcio




Dosagem de Cloreto
Dosagem de Creatinina
Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)
Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB (CKMB)
Dosagem de Desidrogenase Lática (DHL)
Dosagem de Fosfatase Alcalina
Dosagem de Fósforo
Dosagem de Gama GT
Dosagem de Glicose
Dosagem de Lactato
Dosagem de Lipase
Dosagem de Magnésio
Dosagem de Hemoglobina
Dosagem de Potássio
Dosagem de Proteínas Totais e Frações
Dosagem de Sódio
Dosagem de Uréia
Hematócrito
Contagem de plaquetas
Hemograma Completo
VHS
HIV-1 (Qualitativo)
Proteína C Reativa Quantitativa
Troponina
Protrombina
Hemocultura para pacientes > 24h nos leitos vermelhos (*)
Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP)
Tempo de Protrombina (TAP)
Glicemia Capilar
Teste Rápido HIV
TGO
TGP
Gasometria
BAAR – Baciloscopia
Coagulograma
BHCG(*)
Exames Radiológicos com aparelho de mesa e com aparelho portátil
Rotina de Urina

(*) esses exames não serão feitos de rotina, o BHCG quando realizado deve ser devidamente justificado e a justificativa deve ser aprovada pelo coordenador médico da unidade. A hemocultura, ferramenta adjuvante ao diagnóstico da sepsis, não deve ser usada como rotina,

e quando realizada deve ser devidamente justificada e a justificativa deve ser aprovada pelo coordenador médico da unidade.

2.3. Equipe de Profissionais da UPA MAGALHÃES BASTOS

As Unidades de Pronto Atendimento às Urgências e Emergências, objeto deste Contrato de Gestão, deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais, sendo o quadro abaixo a base mínima para atendimento, devendo a quantidade de profissionais ser adequada a assistência:

Categoria/Profissionais
Coordenador Médico Assistencial Diarista 1 (um)
Médicos plantonistas 6 (seis) /24h
Coordenador de Enfermagem Diarista 1 (um)
Enfermeiro de Plantão 4 (quatro) dia/4 (quatro) noite
Técnico de Enfermagem de plantão 8 (oito) dia/ 8 (oito) noite
Dentista 1 (um)/12h
Auxiliar de Consultório Dentário de plantão 1 (um)/12h
Farmacêutico 1 (um)/24h
Assistente Social 1 (um)30h
Técnico de Raio X (**)
Maqueiros de plantão 2 (dois) dia/ 1 (um) noite
Coordenador Administrativo nível superior Diarista 1 (um)
Auxiliares Administrativos 7 (sete)

(**)Se o serviço de raio x não for terceirizado

OBSERVAÇÃO:

1- O regime de trabalho da enfermagem será em plantões de 12h X 60h, cobrindo os horários diurnos e noturnos.

2- Dentre os auxiliares administrativos estão contemplados os 2 (dois) administrativos que atuam no registro de pacientes e que necessariamente são 24h, além destes deve haver sempre um administrativo 24h na unidade.

2.4 Funcionamento

A UPA MAGALHÃES BASTOS 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, de acordo com a sua especificidade assistencial de suporte a urgência e emergência e condizente com a sua complexidade. Para tanto a organização do trabalho deverá se operar por via de equipes multiprofissionais, não só de forma horizontal, como também em plantão cobrindo as 24 h do dia, incluindo sábados, domingos e feriados, utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe.

2.5. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implantar um plano de qualidade dos serviços prestados e para tanto deverá:

- Implantar mecanismo de gestão clínica visando à qualificação do cuidado, a eficiência dos leitos de observação, a reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho;
- Implantar Comissão de Prontuários;
- Implantar Comissão de Óbito;
- Realizar de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a Secretaria Municipal da Saúde - SMS/RJ.
- Desenvolver atividades de educação permanente e continuada para as equipes; mantendo cronograma específico detalhado e organizado;
- Implantar Serviços de Atendimento ao Cliente/Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.
- Promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- Monitorar o tempo de espera para atendimento na UPA e para internação;
- Adotar os Protocolos clínicos da Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ;
- Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede.
- Observar os indicadores e metas da SMS, bem como providenciar os relatórios e todas as informações assistenciais em meio físico ou eletrônico solicitados pela SMS/RJ.



2.6. Cobertura

A prestação dos serviços pela CONTRATADA 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 urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde pela **UPA MAGALHÃES BASTOS**, 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

2.7. UPA

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) deve funcionar de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde – MS No. 104 de 15 de janeiro de 2014, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A Unidade deve atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos pela SMS/RJ, especialmente quanto a organização dos serviços de saúde da rede e quanto as ações de integração promovidas pela CONTRATANTE e demais Organizações Sociais parceiras no território, caso houver.

3 . FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO

3.1 Visando o acompanhamento e avaliação do TERMO DE REFERÊNCIA e o cumprimento das atividades estabelecidas para a 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.

De forma a exercer o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13 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 do SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e outros registros oficiais que a Secretaria Municipal de Saúde assim determinar.

3.1.1 A Secretaria Municipal de Saúde deverá ter acesso ao sistema informatizado utilizado pela contratada no âmbito da UPA MAGALHÃES BASTOS. Este acesso poderá ser através de senha para acesso direto ao sistema ou por meio de um software integrador.

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

3.1.3 Trimestralmente a Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no Termo de Referência. Desta análise, poderá resultar uma repactuação das quantidades assistenciais estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao contrato.

Esta análise periódica não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, caso a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, a seu critério, entender que condições e/ou ocorrências excepcionais incidem de forma muito intensa sobre as atividades da UPA MAGALHÃES BASTOS, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

3.1.4 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.

Consideram-se materiais permanentes aqueles que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou apresentam durabilidade superior a dois anos.

3.1.5 Todos os contratos de serviços firmados pela OS 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 bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país.

3.1.6 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.



3.1.7 A unidade deve funcionar com prontuário eletrônico e ter a documentação arquivada e organizada em local apropriado a guarda de documentação médica, bem como realizar as atividades atinentes de documentação médica.

4. PRAZO

Tão logo o contrato seja firmado a empresa contratada terá no máximo 05 (cinco) dias úteis para o início pleno de todas as atividades constantes do objeto do presente projeto.

5. SUPERVISÃO

5.1 A Coordenação e supervisão da prestação de serviço da UPA MAGALHÃES BASTOS são de competência da SUBHUE/SMS.

5.2 A Fiscalização da execução dos serviços da UPA MAGALHÃES BASTOS caberá à SMS-RJ, visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios encontrados. A SMS articulará e efetivará o processo de acompanhamento e avaliação com base no cumprimento de metas, dos prazos e da análise de indicadores de produção.

5.3 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.

6. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

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

6.2 Material de Controle de Qualidade Hospital e SIPAGEH.

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO, AVALIAÇÃO E METAS

UPA MAGALHÃES BASTOS

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente contrato de gestão 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 do contrato de gestão através das metas e indicadores deve permitir avaliar se o desempenho assistencial foi atingido.

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 Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, através da Comissão Técnica de Avaliação - CTA, 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 RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A 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 à correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

1.3 COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 03 suplentes, definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

Sempre que necessário, 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 CTA.

1.4 FUNÇÕES



A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares será exercida pela Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA será responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais:

- a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, que dêem a CTA subsídios para essa análise, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes a reunião;
- g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;
- h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
 - Os serviços que oferta;
 - Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
 - Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:
 - Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
 - Referência e contra-referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
 - Dispor de mecanismos que possibilitem disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
 - Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMS 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 SMS/RJ e com a Legislação vigente do Ministério da Saúde – MS e demais legislações em vigor.

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e conselhos de classe;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS/;

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 CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico;
- 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, 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 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;
- Registrar os 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.

2.4 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 responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMS/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs da região onde a Unidade está instalada, a Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação da SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- 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.
- 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.

3. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Pagamento da Parte Variável

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 de 12 meses 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.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OS, a CTA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

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 cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da CTA da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, assim divididas:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão.
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.



- Parte variável 03 - incentivo à equipe.

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 contrato de gestão.

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.

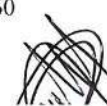
A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **1,5%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro I.

O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSS deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme quadro II.

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

Quadro I – Indicadores componentes da Variável 01.

	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.	$\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{\text{Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)}} \times 100$	≤ 3,5
4	Treinamento hora homem.	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período.}}$	1,5h homem treinado/mês
5	Relatórios assistenciais e	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	Até o 5º dia útil



	financeiros entregues no padrão e no prazo.		
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%

Quadro II – Repasse referente aos indicadores da variável 01

Indicadores para Variável 01		% a incidir sobre a variável 01	% 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%

PARTE VARIÁVEL 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

As variáveis que avaliam o desempenho assistencial da unidade de saúde estão representadas por oito indicadores conforme apresentados no quadro III.

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

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro III.

O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme quadro IV. Os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

Quadro III – Indicadores para a Variável 02.

INDICADOR	FÓRMULA	META
-----------	---------	------

DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos médicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes acolhidos}} \times 100$	$\geq 70\%$
X	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco 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 (< 1 dia)
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 h.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \leq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	$< 4\%$
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 h.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	$< 7\%$
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE}} \times 100$	100%
7	Percentagem 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%

Quadro IV – 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	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	12%	0,24%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme	12%	0,24%



	protocolo.		
3	Tempo de permanência na emergência.	12%	0,24%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	14%	0,28%
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	Porcentagem 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%
TOTAIS		100%	2,0%

PARTE VARIÁVEL 03 – Incentivo à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário. O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os indicadores do Quadro V deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade conforme plano de aplicação elaborado pela SMS.

Quadro V – Indicadores da Variável 03

	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%

Quadro VI – 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%
TOTAIS		100%	1,5%

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.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão Técnica de Avaliação – CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

A UPA MAGALHÃES BASTOS 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 contar: 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 UPA 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.

4. Prestação de Contas Mensal

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas 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 para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13. 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.

4.1 Informações assistenciais da UPA (periodicidade mensal)

A) Número de atendimentos total da unidade:

Enfermagem
Clínica médica
Pediatria
Serviço social
CID mais frequentes –
Pacientes atendidos por bairro. AP e município

B) Desdobramentos desses atendimentos:

Alta
Encaminhamento para rede básica
Permanência em leito de observação adulto e pediátrico
Transferência para internação
Óbito adulto e Criança

No estudo dos óbitos deverá constar tempo de permanência na unidade, leito de observação, idade do paciente e diagnóstico, observando a qualidade e as condições da assistência prestada na unidade. A SUBHUE disponibilizará planilha a ser preenchida e enviada mensalmente.

C) Transferências identificando:

Transferência Inter-hospitalar- TIH eletiva
Vaga zero
Unidades de destino
Diagnóstico
Data da inserção no sistema de regulação

D) Exames

D.1 Laboratório – Exame de emergência
Exames dos pacientes em observação
D.2 Imagem

E) Medicamentos

Disponibilizados (cesta básica) - Qualitativo e quantitativo , data e horário. Visando avaliar se a dispensação se dá no horário em que a atenção primária não funciona.

F) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

F.1 Pacientes que permaneceram na unidade
F.2 Pacientes transferidos.
F.3 Pacientes submetidos a trombólise

G) Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC

G.1 Fizeram TC
G.2 AVC isquêmico
G.3 AVC hemorrágico

5. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE



A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE/ 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 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 SMS.

5.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.1.1. 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 SMS.

5.1.2. 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. 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.

Através do registro 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.

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.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela SMS/RJ, a partir do início de vigência do Contrato de Gestão.

Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização Social até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SMS/SUBHUE/SUE.

5.1.3 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:

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.

DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

UPA MAGALHÃES BASTOS

1. DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

1.1. Condições Gerais

Para o repasse dos recursos previstos neste contrato, a OSS deverá seguir os seguintes critérios:

Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), 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 contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira. Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais,

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas as despesas dos contratos de gestão, 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 Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- 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.
- Anexação de 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.**
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.

Os dados enviados pela instituição serão certificados pela representante legal da entidade. Além disso, a proponente vencedora será responsável por:

- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.

- Possuir uma conta corrente única em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto no Decreto 33.010 de 03 de novembro de 2010.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMS/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

1.2. Plano de aplicação de recursos financeiros

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, seguindo a Resolução SMS nº 2.733 de 29 de setembro de 2015 (publicada no DORIO de 30 de setembro de 2015, fl. 39), 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 **CONTRATADA** 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



1.3.1. Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão 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 com Organizações Sociais que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação (CTA) e o controle dos órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a contratada se dará em parcelas trimestrais fixas, que serão liberadas conforme cronograma especificado anexo ao contrato e condicionada à apresentação e aprovação das prestações de contas das parcelas percebidas, conforme detalhado abaixo:

- A primeira prestação de contas será feita no 2º mês do contrato de gestão de forma que a mesma seja processada na SMS e a 2ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 3º mês, para execução no período seguinte.
- A segunda prestação de contas será feita no 5º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 3ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 6º mês, para execução no período seguinte.
- A terceira prestação de contas será feita no 8º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 4ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 9º mês, para execução no período seguinte.
- A quarta prestação de contas será feita no 11º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 5ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 12º mês, para execução no período seguinte.
- A quinta prestação de contas será feita no 14º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 15º mês, para execução no período seguinte.
- A sexta prestação de contas será feita no 17º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 18º mês, para execução no período seguinte.
- A sétima prestação de contas será feita no 20º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no período seguinte.

1.3.2. A prestação de contas se dará:

A prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, 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 CTA;

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais 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 Contrato de Gestão, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

1.4. Descrição dos recursos orçamentários no cronograma de desembolso

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

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

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços consistem em um montante fixo, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento do hospital.

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

1.4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (parte variável)

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários trimestrais da parte variável deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos Contrato de Gestão e Anexos.

1.4.3. 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 parcela correspondente ao primeiro trimestre do 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 Técnica de Acompanhamento – CTA.

1.6. Dotação orçamentária

A execução do presente Contrato de Gestão onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da SMS-RJ objeto deste contrato de gestão, PT 1889.10.302.0306.2151, ND 33.50.39.02 - Fonte 100 no ano subsequente no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso. Este valor inclui as partes variáveis (1), (2) e (3).

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 CTA como pertinentes ao contrato, 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 **CONTRATADA** 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 trimestral assinada pelo responsável da **CONTRATADA** e também por via magnética.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** 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 **CONTRATADA**, 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 Contrato de Gestão 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 Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimonizadas pela SMS/RJ, devendo a **CONTRATADA** 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 CTA.

1.10. Modelos

- Demonstrativo detalhado das receitas e despesas do período
- Vinculação dos gastos ao objeto - diário de entradas e saídas de recursos
- Relatório patrimonial;
- Demonstrativo de pessoal contratado pela instituição
- Demonstrativo de pessoal da SMS-RJ atuando na instituição
- Demonstrativo de serviços continuados contratados
- Relatório de saldo de estoque
- Balancete financeiro.

Outros formulários e a revisão destes poderão ser definidos pela SMS-RJ ao longo do contrato de gestão.

- RELATÓRIO FINANCEIRO – MÊS - XXXXX
- RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: XXXXX, CPF: XXXXXX

- QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DETALHADO DAS RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO (Anexar extrato bancário)

Banco: XXXXXX		Agência: XXXX	
1. RECEITAS		Mês xxx	TOTAL
1.1	Repasse x de y do Contrato de Gestão		
1.2	Outras receitas para aplicação no objeto do contrato de gestão		
1.3	Rendimentos de aplicações financeiras		
1.4	Outras receitas		
1.5	Saldo em conta corrente		
1.6	Devolução de pagamento		
(A) TOTAL DE RECEITAS NO PERÍODO			
2. DESPESAS		Mês xxx	TOTAL
2.1.	Gastos com pessoal (pessoa física)		
2.1.1	Salários		
2.1.2	Vale transporte		
2.1.3	Vale Alimentação		
2.1.4	Pagamento a autônomos (RPA)		
2.1.5	Estagiários / Bolsistas		
2.1.6	INSS		
2.1.7	FGTS		
2.1.8	FGTS Multa Rescisória		
2.1.9	PIS sobre folha de pagamento		
2.1.10	Contribuição Sindical		
2.1.11	Seguro de vida		
2.1.12	IRRF		
2.1.13	xxxxxxxx		
Subtotal			
2.2.	Serviços Tomados (Pessoa Jurídica)	Mês xxx	TOTAL
2.2.1	Auditoria externa		
2.2.2	Serviços Gráficos		
2.2.3	Assessoria Jurídica		
2.2.4	Consultoria		
2.2.5	Vigilância e Segurança		
2.2.6	PIS / COFINS / CSLL		
2.2.7	Serviço de Terceiros		
Subtotal			
2. DESPESAS (continuação)		Mês xxx	TOTAL
2.3.	Despesas Gerais - Não Operacionais		
2.3.1	Aluguel		
2.3.2	Condomínio		
2.3.3	Telefone		
2.3.4	Luz		
2.3.5	IPTU		
2.3.6	Cartorio		

2.3.7	Correios		
2.3.8	Material de Consumo / Copa e Cozinha / Limpeza		
2.3.9	Material de Escritório		
2.3.10	Instalações, Manutenção e Reparos		
2.3.11	Tarifas bancárias		
2.3.12	Reforma e instalações		
2.3.13	Locação de veículos		
2.3.14	Frete		
2.3.15	Publicações		
2.3.16	Locomoção urbana		
2.3.17	Despesas Diversas		
2.3.18	Material médico-cirúrgico		
Subtotal			
2.4.	Despesas com Provisionamentos		
2.4.1	Despesas com provisão para 13º Salário		-
2.4.2	Despesas com provisão para Férias		-
2.4.3	Rescisão contratual		-
2.4.4	xxxxxxx		-
Subtotal			-
2.5	Despesas Operacionais (Atividades relacionadas diretamente ao objeto)	Mês xxx	TOTAL
2.5.1	Capacitação		
2.5.2	Eventos		
2.5.3	Seminários		
2.5.4	Diárias		
2.5.5	Passagem		
Subtotal			
2.6	Aquisição de bens permanentes	Mês xxx	TOTAL
2.6.1	Informática		
2.6.2	Mobiliário		
2.6.3	Equipamentos		
2.6.4	Veículo		
Subtotal			
(B) TOTAL DE DESPESAS NO PERÍODO			
SALDO DE RECURSOS NO PERÍODO (A-B)			

QUADRO 2 - VINCULAÇÃO DOS GASTOS AO OBJETO
DIÁRIO de Entradas e Saídas de recursos "

DATA	DISCRIMINAÇÃO	CATEGORIA	Nº do cheque	ENTRADA (R\$)	SAÍDA (R\$)	SALDO (R\$)	JUSTIFICATIVA / VINCULAÇÃO AO OBJETO

RELATÓRIO PATRIMONIAL – MÊS – XXXX RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:
 XXXXXXXX - CPF: XXXXXXXX
 LISTA DE BENS PERMANENTES ADQUIRIDOS NO PERÍODO

Nume ração (com código o CNES)	Des- crição	Quant	Nota Fiscal	Class e	Fornecedo r	Data de Aquisiçã o	Valor Total	Alo- caçã o	Vinculação do gasto ao objeto (Justificativa para a aquisição)

RELATÓRIO GESTÃO DE PESSOAS I – MÊS: xxxxxx
 RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: XXXXXXXXXX- CPF: XXXXXXXXX
 DEMONSTRATIVO DE PESSOAL CONTRATADO PELA INSTITUIÇÃO

Cadastro	CNES	Nome	Unidade	Cargo	Remuneração Bruta (A)	Reembolso VT / VR	Gratificação	Encargos (R\$) (B)							Benefícios (C)	Despesa total por Trabalhador (A+B+C)
								FOLHA DE PAGAMENTO			PROVISÕES					
								INSS	Provisão p/multa	PIS	13º	Férias	1/3 Férias	Rescisão	Vale Transporte	Vale Refeição / Alimentação

RELATÓRIO GESTÃO DE PESSOAS II – MÊS XXXX
 RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: XXXXX – CPF: XXXXXXXX
 DEMONSTRATIVO DE PESSOAL DA SMS-RJ ATUANDO NA INSTITUIÇÃO

Nome completo do SERVIDOR MUNICIPAL	Lotação atual	Lotação atual	Carga horária SMS-RJ	Carga horária na instituição	Remuneração complementar	Unidade onde assina frequência

RELATÓRIO DE SALDO DE ESTOQUE
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: xxxxx CPF: _ xxxxxxxx

RELATÓRIO SERVIÇOS CONTINUADOS – MÊS XXX- AP XXXX
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: XXXXXXXX - CPF: XXXXXXXX
DEMONSTRATIVO DE SERVIÇOS CONTINUADOS CONTRATADOS

Razão Social	CNPJ	Tipo de serviços prestados	Unidades beneficiadas	Valores (R\$)	Período de Vigência do Contrato

Itens	Quantidade											
	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
MATERIAL MÉDICO-CIRÚRGICO												
Algodão												
Esparadrapo												
Compressa												
Etc												
MATERIAL DE ESCRITÓRIO												
Papel												
Toner												
Caneta												
Etc												
IMPRESSOS												
Receituário												
Evolução												
Solicitação de Exames												
Etc												

BALANCETE FINANCEIRO: UNIDADE XXXXXXXX - CONTRATO: XXXXXX - INSTITUIÇÃO: XXXXXX PERÍODO: XXXXX / XXXX

1	PROVISÃO DE FÉRIAS, 13º E RESCISÃO	
	SALDO EM DISPONIBILIDADE	

DESPESAS		
2	PESSOAL CONF CONTRATO	
3	MATERIAL DE CONSUMO	
4	MATERIAL PERMANENTE	
5	MEDICAMENTOS	
6	SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ	
7	SERVIÇOS DE TERCEIROS PF	
8	MANUTENÇÃO	
9	DESPESAS NÃO OPERACIONAIS	
10	TOTAL	
	PARTE FIXA EFETIVAMENTE GASTA APOIO A GESTÃO (4+2+3+4+5+7+8+9)	
	VR. CONFORME CRONOGRAMA DO CONTRATO	

RESUMO	
SALDO ANTERIOR	
SALDO ANTERIOR EM CONTA CORRENTE	
SALDO ANTERIOR EM APLICAÇÃO FINANCEIRA	
TOTAL DA RECEITA	
TOTAL DAS DESPESAS	
RESULTADO TOTAL ACUMULADO	
VALOR PARA IMPLANTAÇÃO CONF. CRONOG. CONTRATO	
VALOR GASTO ATÉ XXXXX	
SALDO A SER UTILIZADO CONF. CRONOGRAMA	

RIO DE JANEIRO, xxxxxxxxxxxx	RIO DE JANEIRO, xxxxxxxxxxxx
------------------------------	------------------------------

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS

UPA MAGALHÃES BASTOS

09/004.744/2017

Item	Valores Unitários	15/10/2017 a 30/10/2017	dez17	jan18	fev18	mar18	abr18	mai18	jun18	jul18	ago18	set18	out18	nov18	dez18	TOTAL 2017-2018
A) Apoio à gestão	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	1	RS 72.270,38	RS 935.189,13
a1) Apoio a gestão RUE	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	1	RS 57.822,70	RS 780.886,30
a2) Apoio a gestão de compras	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	1	RS 14.455,68	RS 185.151,83
B) RH - Unidade de Pronto Atendimento	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	1	RS 1.011.897,34	RS 12.808.614,72
C) Contratos e consumo - Unidade de Pronto Atendimento	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	1	RS 263.823,72	RS 3.455.500,22
D) Serviços de apoio diagnóstico e Terapêutico	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	1	RS 62.766,67	RS 847.300,46
d1) Serviços de laboratório	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	1	RS 39.566,67	RS 534.150,05
d2) Serviços de RX	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	1	RS 23.200,00	RS 310.200,00
E) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	1	RS 13.199,33	RS 178.188,86
F) Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	1	RS 31.602,19	RS 415.529,57
TOTAL PARTE FIXA	RS 1.445.567,63	RS 722.732,82	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 1.445.567,63	RS 19.515.183,03
Parte variável - 1	RS 21.893,51	RS 10.941,76	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 262.727,45
Parte variável - 2	RS 28.911,35	RS 14.455,68	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 28.911,35	RS 390.200,26
Parte variável - 3	RS 21.893,51	RS 10.941,76	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 21.893,51	RS 262.727,45
TOTAL PARTE VARIÁVEL	RS 72.728,38	RS 36.339,18	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 72.728,38	RS 975.706,16
G) Total UPA	RS 1.517.246,01	RS 789.072,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 1.517.246,01	RS 24.490.891,19

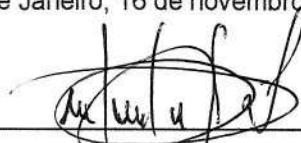
09/004.744/2017

Item	Valores Iniciais	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	01/11/2019 a 16/11/2019	TOTAL 2019	TOTAL
A) Apoio à gestão	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	1	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38
a1) Apoio à gestão RUE	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	1	R\$ 57.822,70	R\$ 57.822,70
a2) Apoio à gestão do comércio	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	1	R\$ 14.455,68	R\$ 14.455,68
B) RH - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	1	R\$ 1.011.897,34	R\$ 1.011.897,34
C) Contratos e consumo - Unidade de Pronto	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	1	R\$ 253.823,72	R\$ 253.823,72
D) Serviços de apoio diagnóstico e Terapêutico	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	1	R\$ 62.766,67	R\$ 62.766,67
d1) Serviços de laboratório	R\$ 39.586,67	1	R\$ 39.586,67	1	R\$ 39.586,67	1	R\$ 39.586,67	1	R\$ 39.586,67	1	R\$ 39.586,67	1	R\$ 39.586,67	R\$ 39.586,67
d2) Serviços de RX	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	1	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00
E) Sistemas de Informação / automação eletrônica -	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	1	R\$ 13.199,33	R\$ 13.199,33
F) Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	1	R\$ 31.602,19	R\$ 31.602,19
TOTAL PARTE FIXA	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63	R\$ 1.445.567,63
Parte variável - 1	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51
Parte variável - 2	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35	R\$ 28.911,35
Parte variável - 3	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51	R\$ 21.683,51
TOTAL PARTE VARIÁVEL	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38	R\$ 72.278,38
G) Total LIPA	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01	R\$ 1.517.846,01

ANEXO G DO CONTRATO DE GESTÃO

As partes que a esta subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2017.



CONSTANTINO FERREIRA PIRES
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL RIO GRANDE DO SUL



ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
Substituta Eventual
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO H DO CONTRATO DE GESTÃO**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA**

Para a execução deste instrumento jurídico, as partes declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846/2013, se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e estão cientes de que não poderão oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada.

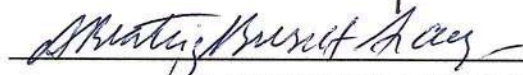
§ 1º - A responsabilização da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

§ 2º - As sociedades controladoras, controladas, coligadas ou, no âmbito do respectivo contrato, as consorciadas serão solidariamente responsáveis pela prática dos atos previstos nesta Lei, restringindo-se tal responsabilidade à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2017.



CONSTANTINO FERREIRA PIRES
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL RIO GRANDE DO SUL



ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO

Substituta Eventual

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE