

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º 18/2026/GP

O **Município de Pato Branco**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 76.995.448/0001 -54 com sede e foro na Rua Caramuru, nº 271, centro, CEP: 85.501-064 em Pato Branco - PR, neste ato representado pelo seu Prefeito, o Sr. **Geri Natalino Dutra**, brasileiro, portador do RG nº 4551478-1, inscrito no CPF nº 648.471.369-34, residente e domiciliado na Rua Candido de Abreu, nº 25, bairro Jardim Primavera, CEP 85502-360, em Pato Branco – PR, de ora em diante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO POLICLÍNICA PB - IPPB**, inscrito no CNPJ nº 12.651.010/0001-76, com sede na Rua Pedro Ramires de Melo nº 361, Centro de Pato Branco - PR, telefone 46 2101 2189, e-mail: adm@policlinicapb.com.br, neste ato representado pelo Diretor Presidente, Senhor **Sadao Yamamoto**, brasileiro, inscrito no CPF nº 005.792.469-49, RG nº 347.685/SSP-PR, residente e domiciliado na Rua Itapuã, 1510 - Pinheiros, Pato Branco – PR, de ora em diante denominado **CONTRATADA**, tendo certa e ajustada a contratação adiante especificada, promovida por meio da **inexigibilidade de licitação n.º 13/2026 – Processo n.º 33/2026**, nos autos do processo administrativo nº 1.562/2026, que independente da sua transcrição, integra o presente contrato que será regido pelas cláusulas e condições a seguir enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

- I. Prestação de serviços de assistência em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo atendimentos nas áreas de média e alta complexidade, em nível ambulatorial e hospitalar, visando o atendimento da população de Pato Branco, dos municípios das 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná (conforme a especialidade) e de municípios pactuados de Santa Catarina, em consonância com a realidade sanitária loco-regional e as demandas decorrentes da Rede de Atenção à Saúde, conforme Documento Descritivo em anexo.
- II. Além do Documento Descritivo, são anexos a este instrumento e vinculam esta contratação, independentemente de transcrição, o Estudo Técnico Preliminar, o Termo de Referência, e eventuais anexos dos documentos.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

I. Aplica-se à execução do presente contrato, inclusive para suprir lacunas contratuais e sanar dúvidas interpretativas, a seguinte legislação:

- a. Lei Federal n.º 14.133, de 1º de Abril de 2021;
- b. Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990;
- c. Lei Federal n.º 8.142, de 28 de Dezembro de 1990;
- d. Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011;
- e. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde;
- f. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde;
- g. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde; e
- h. Demais Portarias e Atos Normativos que regulamentam cada um dos programas e incentivos que integram o financiamento do presente contrato.

II. Os casos omissos que não puderem ser solucionados com base na legislação aplicável serão decididos pela gestora do contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR

I. O valor total máximo a ser pago à CONTRATADA no período de 24 (vinte e quatro) meses de vigência contratual é de **R\$ 139.927.339,44 (cento e trinta e nove milhões, novecentos e vinte e sete mil, trezentos e trinta e nove reais e quarenta e quatro centavos)**, composto pelos seguintes componentes:

ITEM	DESCRIÇÃO	TOTAL
1	Bloco I - Pré-Fixado - recurso MAC - Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	R\$ 19.745.730,24
2	Bloco II - Incentivos Fixos	R\$ 2.955.133,44
3	Bloco II - Incentivos Variáveis	R\$ 38.322.421,20
4	Bloco III - Pós-Fixado - recurso MAC - Alta Complexidade Hospitalar.	R\$ 25.886.628,96

ITEM	DESCRIÇÃO	TOTAL
5	Bloco III - Pós-Fixado - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar.	R\$ 42.928.657,20
6	Bloco III - Pós-Fixado - Assistência Ambulatorial Eletiva exclusiva para usuários residentes em Pato Branco.	R\$ 10.088.768,40
7	Incentivo a Contratualização – Parcela Única	R\$ 161.962,71
TOTAL MÁXIMO ESTIMADO:		R\$ 140.089.302,15

II. Será repassado à CONTRATADA, em até 60 (sessenta) dias após a assinatura do contrato, o montante de **R\$ 161.962,71 (cento e sessenta e um mil, novecentos e sessenta e dois reais e setenta e um centavos)**, proveniente de recurso livre municipal, em parcela única, conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde. O Município de Pato Branco, com base na autonomia conferida pela Lei Federal nº 8.080/1990 e em conformidade com os parâmetros técnicos de reestruturação hospitalar estabelecidos pela Portaria nº 2.035/2013-GM/MS, institui o presente incentivo com recursos próprios, conforme autorizado pelos artigos 1.140 a 1.142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06/2017. O valor destina-se ao suporte das adequações assistenciais e tecnológicas iniciais exigidas para a nova contratualização.

III. Para fins de transparência e em estrito cumprimento ao parágrafo único do art. 14 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, registra-se que a CONTRATADA, em razão de sua natureza jurídica de entidade filantrópica e detentora da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), usufrui de isenções e renúncias fiscais que integram sua matriz de sustentabilidade econômica. O valor anual estimado dessas renúncias, referente a tributos como Cota Patronal Previdenciária (INSS), PIS, COFINS e ISS, é de R\$ 9.333.639,62 (nove milhões, trezentos e trinta e três mil, seiscentos e trinta e nove reais e sessenta e dois centavos), conforme declarado nas demonstrações contábeis (Nota Explicativa nº 20) relativas ao exercício de 2024.

CLÁUSULA QUARTA - CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO, PRAZOS, LOCAL, RECEBIMENTO E VIGÊNCIA CONTRATUAL

I. Do Prazo de Vigência:

a. O presente contrato terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, a partir das 00h de **12 de março de 2026**, prorrogável sucessivamente por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021, mediante celebração de termo aditivo.

II. Das Condições de Execução:

- a. A execução do objeto deverá ser iniciada a partir das 00h do dia 12 de março de 2026.
- b. Caso não seja possível, a empresa deverá comunicar as respectivas razões imediatamente, para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

III. Das Especificações do Serviço:

- a. Na execução do contrato, a CONTRATADA deverá observar integralmente as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), além das especificações estabelecidas no Documento Descritivo em anexo e demais normas técnicas correlatas.
- b. A prescrição de medicamentos deverá seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aprovados pelo Ministério da Saúde para cada agravo ou condição de saúde e, subsidiariamente, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ressalvadas as situações previstas em protocolos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco ou pela Comissão de Farmacologia e Terapêutica do Hospital.
- c. O acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares eletivos dar-se-á exclusivamente por meio do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco.
- d. O acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência ocorrerá por meio da Porta de Entrada Hospitalar (Pronto Atendimento/Pronto Socorro), com funcionamento ininterrupto, 24 (vinte e quatro) horas por dia, observando as escalas e pactuações da RUE.

- e. É obrigatório o registro de todas as ações e serviços prestados no Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde ou outro que venha a substituí-lo), utilizando-se o método SOAP para evolução clínica e validação biométrica para atendimentos ambulatoriais.
- f. A CONTRATADA deverá observar os protocolos técnicos do Hospital, em estrita consonância com as normas do Ministério da Saúde e com o devido aval da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco.
- g. A CONTRATADA deverá garantir a absoluta gratuidade de todas as ações e serviços prestados ao usuário do SUS.

CLÁUSULA QUINTA – SUBCONTRATAÇÃO

I. As regras sobre a subcontratação do objeto são aquelas estabelecidas no Termo de Referência, anexo a este Contrato.

CLÁUSULA SEXTA - CONDIÇÕES DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

I. Do Recebimento do Objeto:

a. O recebimento dos serviços se dará conforme o disposto no artigo 140, inciso I, da Lei nº 14.133 de 2021, observadas as competências definidas no art. 18 do Decreto Municipal nº 9.603/2023.

1. Período de Competência: O ciclo mensal de faturamento compreende os serviços prestados entre o dia 21 do mês anterior e o dia 20 do mês de referência.

2. Recebimento Provisório: A CONTRATADA registra a produção mensal nos sistemas de informação (SIA/SIHD e IDS Saúde), no prazo de 30 dias para procedimentos executados à nível ambulatorial e 120 dias para procedimentos executados à nível hospitalar.

3. Conferência e Auditoria: A CONTRATANTE, por meio do Departamento Municipal de Auditoria, no prazo de até 30 dias, procederá à análise técnica e documental dos registros, verificando a comprovação da efetiva realização dos serviços (seja por meio de prontuários, validações biométricas ou guias de atendimento), aplicando as glosas incidentes sobre

os procedimentos que apresentarem inconsistências ou descumprimento das normas técnicas e operacionais.

4. Recebimento Definitivo: Após a validação da auditoria, a Administração emitirá a Declaração de Atesto de Nota Fiscal em até 60 dias, formalizando a produção real auditada. Este ato servirá de atesto para a liquidação da despesa e autorização imediata para a emissão da Nota Fiscal.

b. O prazo para recebimento provisório ou definitivo poderá ser excepcionalmente prorrogado, de forma justificada, por igual período, quando houver necessidade de diligências para a aferição do atendimento das exigências técnicas e/ou contratuais.

c. A aceitação dos serviços prestados está estritamente condicionada à sua perfeita execução e ao registro fidedigno nos sistemas oficiais, conforme o Art. 140 da Lei nº 14.133/2021. A detecção de erros de técnica, falhas no registro clínico (método SOAP), inconsistências na apresentação de documentação comprobatória (física ou digital), falhas na validação biométrica ou omissões no prontuário eletrônico (IDS Saúde) caracteriza o objeto como em desacordo com o contrato, autorizando a CONTRANTE a rejeitar o serviço imediatamente.

d. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste contrato, no Termo de Referência e no Documento Descritivo anexo, sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis, assegurando-se à CONTRATADA o direito de apresentar defesa por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da cientificação oficial, em estrito cumprimento ao Art. 1º da Portaria DENASUS nº 24, de 20 de dezembro de 2004.

e. A análise para fins de aceitação ou rejeição dos serviços seguirá os níveis de controle e periodicidades definidos no modelo de governança em cláusula específica, compreendendo a validação técnica mensal pelo Sistema Municipal de Auditoria (SMA), a homologação estratégica quadrimestral pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) e a fiscalização administrativa permanente pelo fiscal do contrato.

f. No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021, comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que

concerne à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento. Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pela Contratada, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

g. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato/ata.

h. Não sendo possível a correção, remoção ou substituição dos serviços prestados com vícios, defeitos ou incorreções, caberá à CONTRATADA promover justa e integral indenização dos danos diretamente ao terceiro prejudicado ou ao CONTRATANTE, caso este tenha assumido os respectivos ônus, admitindo-se a retenção de pagamentos devidos à CONTRATADA, a título de compensação, depois do devido processo legal no qual será facultado à CONTRATADA o exercício do contraditório, caso os danos tenham sido suportados pela própria CONTRATANTE.

i. Na hipótese descrita acima, será admitida a solução consensual para estabelecer a forma de pagamento da indenização, vedada a composição sobre o *quantum* indenizatório, que deve corresponder precisamente ao prejuízo suportado pela CONTRATANTE, devidamente acrescidos de correção monetária e juros conforme a variação da Taxa SELIC acumulada no período.

II. Prazo e Forma de Pagamento:

a. Os pagamentos ocorrerão de acordo com a natureza do crédito, observando as diretrizes de financiamento estabelecidas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 (Título III e art. 303) e as regras de contratualização da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, arts. 17 e 18), respeitando os seguintes prazos:

1. Repasse Antecipado (Bloco I - Pré-fixado e Bloco II - Incentivos Fixos e Variáveis): Realizado até o 5º (quinto) dia útil da competência vigente, baseado na série histórica de média complexidade, sujeito a compensação financeira mensal após a auditoria definitiva e avaliação de metas.

2. Repasse Pós-fixado (Bloco III): Realizado em até 60 (sessenta) dias após a apresentação da NF-e.

- b.** O pagamento será realizado preferencialmente por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado, ou por meio de fatura com utilização do código de barras. Na ocasião do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
- c.** A Nota Fiscal deve ser emitida dentro do padrão uniforme estabelecido pelo ente federativo responsável, somente após a solicitação expressa da Secretaria Municipal de Saúde (o que ocorrerá preferencialmente entre o 25º e 30º dia da competência subsequente à faturada). A nota não poderá conter qualquer rasura ou elemento que prejudique a compreensão exata de seu conteúdo, devendo contemplar, no mínimo, as seguintes informações: a) data de emissão; b) número do contrato ou ata de registro de preços e nota de empenho; c) descrição resumida do objeto fornecido ou serviço prestado; d) período respectivo de execução do contrato; e) valor a pagar; e f) eventual destaque do valor de retenções tributárias.
- d.** A CONTRATADA deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal, prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) emitida eletronicamente através do site (<http://www.tst.jus.br>).
- e.** O cadastro no SICAF vigente, ou Certificado de Registro Cadastral (CRC) emitido pela Divisão de Licitações do Município de Pato Branco (desde que válidos), poderão substituir os documentos indicados no subitem anterior. A Administração deverá realizar consulta ao SICAF ou Certificado de Registro Cadastral (CRC) para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (Arts. 87 e 88 da Lei 14.133/21).
- f.** Constatada irregularidade fiscal ou erro na Nota Fiscal, a CONTRATADA será notificada para regularização em até 5 (cinco) dias úteis, prazo que poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante. O prazo para a solução destas inconsistências ou saneamento do instrumento de cobrança

não será computado para os fins do recebimento definitivo e pagamento, ficando o fluxo financeiro interrompido até a completa regularização.

g. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

h. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

i. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação.

j. Homologação e Ajuste Quadrimestral (Indicadores): O ajuste financeiro dos Incentivos Variáveis (Bloco II) ocorrerá após a homologação técnica dos resultados pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização, seguindo o rito definido em cláusula específica deste Termo. O Relatório de Análise de Indicadores servirá para validar o desempenho do período e autorizar eventuais compensações financeiras (ajustes a crédito ou a débito) a serem aplicadas no repasse subsequente.

k. Em caso de atraso de pagamento motivado exclusivamente pela contratante, será aplicada correção monetária pelo IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo calculado pelo IBGE, além de juros moratórios à taxa nominal de 6% (seis por cento ao ano) ao ano, capitalizados diariamente em regime de juros simples, computados a partir do vencimento do prazo de pagamento de cada parcela que for paga em atraso.

III. Das Fontes de Recursos:

a. Os recursos destinados ao custeio dos serviços contratados originar-se-ão de quatro fontes:

1. Fundo Nacional de Saúde (FNS), que por sua realizará transferência de valores ao Fundo Municipal de Saúde de Pato Branco (FMS), mensalmente, de forma regular, automática.

2. Fundo Estadual de Saúde (FES), que por sua realizará transferência de

valores ao Fundo Municipal de Saúde de Pato Branco (FMS), mensalmente, de forma regular, automática.

3. Recursos Regionais, transferidos ao Fundo Municipal de Saúde, por meio de convênios e pactuações.

4. Recursos próprios da CONTRATANTE, transferidos ao Fundo Municipal de Saúde.

IV. Do Demonstrativo Financeiro e Modelo de Pagamento:

a. O modelo de financiamento e repasse de recursos à CONTRATADA é estruturado em três blocos distintos, que organizam os pagamentos de acordo com a natureza do serviço, a origem do recurso e a modalidade de apuração. Essa estrutura visa garantir a transparência na aplicação dos recursos públicos e alinhar o financiamento aos resultados assistenciais pactuados, sendo que os itens numéricos mencionados em cada bloco referem-se às rubricas detalhadas no Demonstrativo de Projeção Financeira Mensal (Anexo 11.2 do Documento Descritivo):

1. Bloco I – Pré Fixado: Corresponde ao custeio e toda a produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, financiado com recurso do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). O valor mensal estimado, é repassado ao prestador de forma antecipada. Após a apuração da produção efetivamente realizada e auditada (SIA/SUS e SIHD) o valor é compensado de acordo com a produção, com ajustes (descontos ou acréscimos) na parcela da competência subsequente.

2. Bloco II – Incentivos: Agrupa recursos financeiros de diversas fontes (**MAC, Municipal, Regional e Estadual**) destinados a apoiar, qualificar e incentivar programas e ações estratégicas. Os pagamentos são classificados em duas categorias:

i. Incentivos Fixos: Correspondem a valores mensais repassados de forma integral, condicionados à manutenção das estruturas e serviços para os quais foram designados.

ii. Incentivos Variáveis: O repasse está diretamente condicionado ao desempenho do prestador, seja pelo cumprimento de metas qualitativas e/ou quantitativas, pela produção em programas específicos ou pelo efetivo recebimento do recurso pela União. A

apuração dos indicadores de desempenho será realizada mensalmente pelo Sistema Municipal de Auditoria, impactando o faturamento na competência imediatamente subsequente à apuração (seja por meio de pagamento integral ou aplicação de descontos). Quadrimestralmente, no quinto mês de execução, a Comissão de Acompanhamento da Contratualização realizará a homologação técnica retroativa dos quatro meses anteriores, validando os resultados apurados e os pagamentos efetuados, emitindo o Relatório de Análise de Indicadores para eventuais ajustes ou compensações financeiras finais. O índice para o cumprimento das metas foi estabelecido da seguinte forma: a) sessenta por cento (60%) dos valores de incentivo condicionado ao cumprimento das metas quantitativas e b) quarenta por cento (40%), condicionado ao cumprimento das metas qualitativas.

3. Bloco III – Pós-fixado: Abrange os serviços cujo pagamento ocorre após a execução, registro e validação da produção, sem adiantamento de valores. É composto por:

- i. **Recurso MAC Alta Complexidade:** Custeio dos procedimentos hospitalares de alta complexidade.
- ii. **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC:** Financiamento de procedimentos de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) e programas estratégicos.
- iii. **Assistência Eletiva Exclusiva - Recurso Municipal:** Refere-se a toda a contrapartida financeira do Município de Pato Branco para garantir a assistência aos seus munícipes.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

I. Os pagamentos decorrentes da contratação correrão por conta dos recursos das seguintes dotações:

- a. 08.03 Secretaria Municipal de Saúde – Atenção Especializada. 103020043.2.355000 Manutenção de Serviços de Assistência à Saúde – Ambulatorial e Hospitalar. 3.3.90.39.50.30.00 Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta

Complexidade.

1. Fonte 303. Código Reduzido: Despesa 25793 – Desdobramento 33354.
 2. Fonte 396. Código Reduzido: Despesa 25794 – Desdobramento 33355.
 3. Fonte 397. Código Reduzido: Despesa 25795 – Desdobramento 33356.
 4. Fonte 494. Código Reduzido: Despesa 25796 – Desdobramento 33357.
 5. Fonte 1064. Código Reduzido: Despesa 25797 – Desdobramento 33358.
- b.** 08.03 Secretaria Municipal de Saúde – Atenção Especializada.
103020043.2.417000 Manutenção das Atividades do HOSPSUS.
3.3.90.39.50.30.00 Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica – Serviços e Procedimentos em Saúde de Média e Alta Complexidade. Fonte 1494. Código Reduzido: Despesa 25798 – Desdobramento 33359.

CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I. O Instituto Policlínica PB (IPPB), na qualidade de CONTRATADA, compromete-se a cumprir as seguintes condições, responsabilidades e competências relacionadas nesta cláusula durante toda a vigência do contrato, garantindo a prestação de serviços com qualidade, segurança, eficiência e em total conformidade com as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

- a.** Manter, durante toda a vigência contratual, sua regularidade econômica, financeira, fiscal, trabalhista, jurídica e técnica, em conformidade com a Lei n.º 14.133/2021, estando a aptidão técnica devidamente validada por meio de Parecer de Vistoria realizado no ato da habilitação/inscrição (conforme Art. 129 da PRC 01/2017). Deve, igualmente, manter ativo e atualizado seu cadastro no CNES (n.º 17.868), com seus serviços possuindo classificação pela Tabela SIGTAP, e com todas as habilitações de média e alta complexidade válidas e em conformidade com as portarias que as regem, bem como, deve manter válida e vigente a certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde (CEBAS).
- b.** Executar todos os serviços de que trata este contrato em conformidade com as especificações estabelecidas no instrumento contratual e documento descritivo anexo, obedecendo integralmente a todas as normativas técnicas e legais aplicáveis, incluindo, mas não se limitando a, portarias do Ministério da Saúde, resoluções da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR),

normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e resoluções dos conselhos de classe profissionais, bem como suas atualizações, obrigando-se a conhecer e apreender plenamente o conteúdo de tais regras, assim como, responsabilizar-se por seu integral cumprimento.

c. Prestar serviços por meio de profissionais com vínculo formal (seja por meio de vínculo empregatício CLT, na qualidade de sócios ou como prestadores de serviço pessoa jurídica), qualificados, devidamente registrados com sua respectiva Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), com registro ativo no conselho de classe no Paraná e, para médicos especialistas, com o devido Registro de Qualificação de Especialidade (RQE). Fica vedada a realização de atos assistenciais por estagiários sem a supervisão direta e contínua de um profissional habilitado. A quantidade de profissionais deve ser suficiente para cumprir todas as escalas e metas pactuadas, incluindo plantões 24 horas na RUE e as equipes multidisciplinares exigidas pelas habilitações.

d. Responsabilizar-se integralmente pela prestação dos serviços, sem qualquer transferência de responsabilidades trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais ou comerciais à Contratante.

e. Dispor de estrutura física e tecnológica compatível com os serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade contratados, operando em estrita observância ao conjunto integral das normativas técnicas, sanitárias, éticas e legais vigentes. Essa estrutura deve incluir, minimamente, leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico equipado, ambulatorios especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, em número compatível com as habilitações vigentes e com as informações contempladas no Documento Descritivo em anexo.

f. Garantir um ambiente adequado para a prestação dos serviços, assegurando ventilação, higienização, conservação e controle de infecção, além da disponibilização de todos os insumos, materiais, medicamentos e recursos humanos próprios necessários para a execução dos atendimentos.

g. Manter o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) da sua capacidade instalada, em leitos e serviços, disponibilizada aos usuários do SUS da população própria municipal e dos municípios pactuados para atendimento (Art. 4º, inciso I, da Lei Complementar nº 187/2021 e ao Art. 199, § 1º, da Constituição Federal).

h. Utilizar ou integrar o sistema próprio ao Sistema de Informação Municipal (Prontuário Eletrônico IDS Saúde), disponibilizado pela contratante, para todos os registros assistenciais e administrativos, garantindo a interoperabilidade e o fluxo de informação com a rede municipal, em estrita conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), sem ônus para a Contratante, a partir da assinatura do contrato. Em caso de substituição deste sistema, a Contratada deverá adotar o novo sistema ou integrá-lo, sem custo à Contratante.

i. Utilizar leitor biométrico de tecnologia óptica, com resolução mínima de 500 DPI, que possibilite a captura de imagem de alta qualidade e suporte padrões de compressão de imagem (WSQ) e qualidade (NIST NFIQ). É requisito obrigatório que o equipamento possua plena compatibilidade técnica e integração nativa com o Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde), de modo a permitir a validação biométrica em tempo real no ato do atendimento e a transmissão fidedigna de dados para fins de auditoria e faturamento eletrônico, sem a necessidade de processamentos manuais externos.

j. Fornecer à CONTRATANTE, sempre que solicitado, os documentos, informações e esclarecimentos relativos à execução do objeto contratual, cumprindo os prazos estabelecidos em notificações formais, especialmente quando se tratar de informação necessária à defesa do CONTRATANTE.

k. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo-lhe responder direta e exclusivamente pelos danos causados à CONTRATANTE ou a terceiros em razão da execução deste contrato.

Na hipótese da alínea anterior, caberá à CONTRATADA promover justa e integral indenização dos danos constatados, diretamente ao terceiro prejudicado ou ao CONTRATANTE, caso este tenha assumido os respectivos ônus, independentemente de prévia interpelação judicial.

II. Responsabilidades da Contratada no Eixo Da Assistência

a. Atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE):

b. Garantir o atendimento de urgência e emergência em tempo oportuno através de escalas de plantão médico e de equipe multiprofissional 24 horas por dia, utilizando protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em toda a

porta de entrada hospitalar.

- c. Disponibilizar atendimento de urgência e emergência ininterrupto (24 horas por dia, 7 dias por semana), garantindo: atendimento de média e alta complexidade em **Traumato-Ortopedia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR); atendimento de média e alta complexidade em **Oncologia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná e de 10 municípios pactuados de Santa Catarina; atendimento de média e alta complexidade em **Cardiologia Adulto** para a 7ª e 8ª Regionais de Saúde do Paraná e 7 municípios pactuados de Santa Catarina; atendimento de média e alta complexidade em **Cardiologia Pediátrica** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e para a Macrorregião Oeste de Santa Catarina; atendimento para intercorrências clínicas em **Terapia Renal Substitutiva (TRS)** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná; atendimento para **Transplante Cardíaco** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná; atendimento para **Transplante Renal** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e para 7 municípios pactuados de Santa Catarina (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino e São Lourenço do Oeste); e atendimento de média complexidade em Oftalmologia, exclusivamente para a população da 7ª RS-PR.
- d. Disponibilizar, em regime de escala alternada (dias ímpares, 24 horas), o atendimento de urgência e emergência ininterrupto nas especialidades de média complexidade, abrangendo: **Clínica Médica Adulto e Pediátrica, Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná.
- e. Oferecer retaguarda hospitalar para o SAMU 192, Corpo de Bombeiros, UPA 24h e Central de Regulação de Leitos. A retaguarda inclui a garantia de exames especializados, avaliação por especialistas, internações clínicas e cirúrgicas, e procedimentos de complexidade superior aos executados na UPA 24h.
- f. Assegurar que o atendimento de todas as fraturas e lesões traumáticas osteoarticulares (Traumato-Ortopedia de Urgência), conforme a Política Nacional de Atenção ao Trauma (Portaria GM/MS n.º 1.365/2013), seja realizado exclusivamente pela porta de Urgência e Emergência (RUE), vedando categoricamente o direcionamento desses casos para listas de espera eletivas.

A falha em tratar o trauma como RUE será considerada grave descumprimento contratual, passível de sanções e auditoria imediata.

g. Disponibilizar exames de patologia clínica e de imagem (Raio-X, eletrocardiograma, ultrassonografia etc.) 24 horas por dia para o suporte aos atendimentos de urgência.

h. Garantir a consulta de reavaliação (retorno) nas clínicas básicas e/ou especializadas após o primeiro atendimento na porta de entrada, conforme previsto no Programa IntegraHOSP, para concluir o cuidado.

i. Emitir o laudo médico de solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para internamentos de urgência/emergência de média ou alta complexidade e encaminhá-lo para liberação da Secretaria Municipal da Saúde de Pato Branco (Sistema Municipal de Auditoria), no prazo máximo de 10 dias contados a partir da data do atendimento inicial. Todos os usuários com internamento efetivado no Hospital deverão ser, obrigatoriamente, cadastrados no Sistema de Informação Municipal, IDS-Saúde.

j. Responsabilizar-se pelo encaminhamento de usuário para outra referência, na hipótese de falha de equipamento ou fator superveniente que impeça o atendimento no próprio serviço, sem prejuízo financeiro ou assistencial ao município de origem do usuário.

k. Garantir o acolhimento imediato de usuários críticos que demandem estabilização clínica, conforme a linha de cuidado habilitada, vedando a utilização da insuficiência de leitos como justificativa para recusa. Após a estabilização, a busca por leito será de responsabilidade compartilhada entre o Hospital e o Gestor Municipal. A negativa injustificada, comprovada por auditoria, implicará nas penalidades contratuais e na avaliação dos indicadores de desempenho.

III. Atendimento Ambulatorial e Hospitalar Eletivo:

a. Garantir que o acesso a todos os serviços eletivos, incluindo os das especialidades habilitadas, ocorra exclusivamente por meio da Central de Regulação do Município Gestor. É vedada a admissão de usuários por qualquer outra porta de entrada.

b. Realizar os procedimentos, exames, consultas e internações mediante agendamento e/ou autorização da Central de Regulação, obedecendo aos

critérios de priorização, salvo em situações de urgência e emergência.

- c. Solicitar autorização prévia para todos os procedimentos eletivos, submetendo a requisição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), conforme o caso, à análise e liberação do Sistema Municipal de Auditoria antes da execução do serviço.
- d. Executar os exames e procedimentos eletivos autorizados com a maior celeridade possível, buscando sempre a antecipação do atendimento, tendo como prazo máximo 60 (sessenta) dias a contar da data de autorização.
- e. Executar os procedimentos cirúrgicos eletivos no prazo máximo de 180 dias, ressalvados os prazos legais para casos específicos, como os oncológicos, que devem seguir a legislação pertinente.
- f. A Contratada deve assegurar, o cumprimento da legislação federal para o cuidado oncológico (Leis n.º 12.732/2012 e 13.896/2019), garantindo a realização dos exames para elucidação diagnóstica em até 30 (trinta) dias e o início do primeiro tratamento em até 60 (sessenta) dias após a confirmação patológica.
- g. Executar de forma integral todos os serviços previstos em cada habilitação de alta complexidade (consultas, exames, procedimentos e cirurgias), garantindo a linha de cuidado completa ao usuário, incluindo os quantitativos mínimos pactuados.
- h. Executar a Ofertas de Cuidado Integral (OCI), comprometendo-se a entregar o conjunto articulado de ações e serviços que compõem cada OCI, e não apenas procedimentos isolados.

IV. Competências Gerais na Rede de Atenção à Saúde:

- a. Assegurar atendimento humanizado, em conformidade com a PNH, garantindo a gratuidade absoluta das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS, a privacidade e o respeito à individualidade do usuário, devendo, ainda, coibir e investigar qualquer denúncia de cobrança indevida.
- b. Assegurar que todo atendimento seja pautado por protocolos clínicos, normas do Ministério da Saúde, preceitos éticos e evidências científicas, utilizando as diretrizes terapêuticas validadas pelos gestores do SUS, conforme

a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 7º, III).

c. Implementar e manter as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), conforme a Portaria MS/GM n.º 529/2013, mantendo o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ativo e implementando os protocolos de segurança obrigatórios.

d. Prescrever medicamentos priorizando a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e utilizando a Denominação Comum Brasileira (princípio ativo), em conformidade com a Lei n.º 9.787/1999.

e. Garantir a Política de Acompanhantes para os públicos previstos em lei, incluindo o direito à visita ampliada para todos os usuários internados, assegurando condições dignas de acomodação.

f. Assegurar a alta hospitalar de forma planejada e responsável pela equipe multiprofissional, utilizando instrumento de contra referência padronizado para garantir a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

g. Disponibilizar informações claras sobre as intervenções, solicitando ao usuário (ou seu responsável legal) o consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conforme legislação específica.

h. Registrar, de forma exclusiva, a evolução dos atendimentos utilizando o método SOAP – que abrange os componentes Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano – não sendo permitida qualquer outra forma de documentação. No campo Subjetivo, deverá constar um relato detalhado do usuário acerca de sua condição atual, incluindo sintomas, queixas, histórico clínico e sua percepção pessoal sobre o estado de saúde. Já no campo Objetivo, deverão ser registrados os dados mensuráveis e observáveis coletados pelo profissional, tais como sinais vitais, achados de exames físicos e resultados laboratoriais. Na etapa de Avaliação, o profissional formulará o diagnóstico clínico ou o diagnóstico específico da especialidade, fundamentado nas informações subjetivas e objetivas, considerando a evolução do quadro e a resposta ao tratamento. Por fim, no campo Plano, serão definidas as condutas terapêuticas a serem adotadas, como a indicação de exames complementares, a prescrição de tratamentos e procedimentos, as orientações ao usuário e o estabelecimento do cronograma de acompanhamento, inclusive nos registros de alta dos pacientes. As evoluções devem refletir as especificidades de cada usuário, garantindo um

acompanhamento individualizado e detalhado. Não serão aceitos registros incompletos, padronizados, repetitivos ou genéricos, sendo estes passíveis de glosa.

i. Emitir digitalmente os laudos, resultados de exames e relatórios de alta, com aposição de assinatura (que pode ser de forma eletrônica) do profissional responsável, e disponibilizá-los obrigatoriamente no Sistema de Informação Municipal (prontuário eletrônico) da Contratante. Adicionalmente, deverá registrar os laudos nos sistemas obrigatórios do Ministério da Saúde sempre que exigido. Todos os laudos, resultados de exames e relatórios são partes integrantes do prontuário do paciente e devem ser arquivados, em sua forma digital, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro do paciente, conforme a legislação federal vigente (Lei n.º 13.787/2018)

j. É vedado ao profissional que elabora o laudo, bem como a qualquer outro colaborador que tenha acesso ao resultado, apor notas, emitir pareceres ou fazer qualquer tipo de indicação, prescrição ou sugestão de exames complementares ou condutas terapêuticas, devendo o conteúdo do laudo ser estritamente técnico e limitado à descrição dos achados e à conclusão diagnóstica.

k. A CONTRATADA obriga-se a disponibilizar o resultado integral de todo e qualquer exame diagnóstico realizado em suas dependências ou por ela subcontratado (abrangendo laudos descritivos, imagens, biópsias, métodos gráficos, traçados e demais relatórios técnicos) diretamente no Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde). Para exames de imagem e métodos gráficos, será permitido que o laudo e os arquivos sejam mantidos no sistema próprio da Contratada, desde que seja garantido o acesso irrestrito, contínuo e em tempo real à Contratante, permitindo a consulta ágil por meio de filtros de nome completo, CPF ou data de nascimento, de forma isolada ou conjunta.

l. A CONTRATADA deverá disponibilizar o resultado completo e integral de todos os exames realizados (incluindo laudos, imagens e traçados gráficos) digitalmente ao usuário, por meio de plataforma de acesso seguro, exigindo login e senha intransferíveis. Adicionalmente, de forma inegociável, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal, a impressão e a entrega física do resultado integral (laudos acompanhados das imagens ou traçados correspondentes) deverão ser fornecidas, sem a cobrança de qualquer ônus, taxa ou custo adicional.

- m.** Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme a legislação vigente, incluindo, mas não se limitando a, doenças e agravos de notificação, suspeitas de violência e negligência, e eventos adversos relacionados à assistência em saúde.
- n.** Alimentar os sistemas de informação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde sempre que necessário.
- o.** Alimentar e manter rigorosamente atualizado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), ou sistema que venha a substituí-lo, registrando obrigatoriamente todas as etapas do percurso do paciente oncológico, com especial atenção às datas chave para o monitoramento dos prazos legais: data do diagnóstico em laudo patológico, data do registro do laudo no prontuário e data do início do primeiro tratamento, conforme determina o Art. 6º da Portaria GM/MS n.º 876/2013.
- p.** Comunicar quaisquer acidentes de trabalho ocorridos com os colaboradores da contratada ou usuários atendidos pela contratada em decorrência de acidente de trabalho por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- q.** Monitorar as taxas de Mortalidade Institucional, Global de Infecção Hospitalar e de Infecção de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central.
- r.** A utilização de plataforma de Telessaúde somente será permitida mediante autorização prévia e expressa do Gestor Municipal de Saúde, devendo o serviço observar a Lei Federal n.º 14.510/2022 e as normas éticas dos conselhos profissionais. A plataforma utilizada deve ser devidamente certificada e assegurar total interoperabilidade, segurança de dados e integração obrigatória com o Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde), em total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Para fins de faturamento, o valor dos serviços de Telessaúde autorizados será equivalente ao do atendimento presencial correspondente, conforme Tabela SIGTAP ou tabela municipal pactuada.
- s.** Observar as diretrizes da Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Alyne) e do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense, assegurando a disponibilidade de leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal.

V. Responsabilidades da Contratada no Eixo da Gestão de Serviços

a. Implantar e manter em pleno funcionamento o Núcleo Interno de Regulação (NIR) ininterruptamente, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da assinatura deste contrato, como unidade técnico-administrativa responsável pela gestão de leitos e pelo monitoramento do fluxo de usuários, desde a admissão até a alta hospitalar, com as seguintes atribuições mínimas:

1. Otimizar a utilização da capacidade instalada, controlando a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência;
2. Coordenar o fluxo de internações, transferências internas e externas, e o processo de alta hospitalar responsável, em articulação com as equipes assistenciais;
3. Atuar como interface centralizada entre o hospital e as Centrais de Regulação de Acesso (estadual e municipal), garantindo a comunicação ágil e a correta alocação de usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
4. Monitorar indicadores de desempenho relacionados à gestão de leitos e ao fluxo de usuários, fornecendo subsídios para a tomada de decisão da gestão hospitalar e da Contratante.

b. Dispor para a Contratante a programação das agendas ambulatoriais com data, horário e quantitativo de atendimento fixos, devendo qualquer alteração ser formalizada com, no mínimo, 30 dias úteis de antecedência.

c. Dispor para a Contratante a programação das agendas cirúrgicas eletivas com 15 dias de antecedência.

d. Manter ativas e em permanente funcionamento as Comissões Assessoras Técnicas obrigatórias (CCIH, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbitos, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos etc.), com remessa de relatórios mensais de atuação.

e. Informar aos seus trabalhadores e ao corpo clínico os compromissos e metas da contratualização, implementando os dispositivos necessários para o seu fiel cumprimento, assegurando que toda a equipe realize a prestação de serviços para o SUS nas especialidades pactuadas.

f. Responsabilizar-se integralmente por quaisquer ônus decorrentes de omissões ou erros na recepção do usuário, na evolução do prontuário, na correta requisição e preenchimento da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), na

conferência de relatórios da produção e na emissão da NF-e, devendo garantir a correta utilização dos sistemas de informação em todos os procedimentos administrativos e fiscais.

g. Empregar o Sistema de Informação Municipal unicamente para os serviços contratados, sendo vedado seu uso para atendimentos particulares ou convênios não vinculados ao SUS. Em caso de falha no sistema da Contratante, a Contratada deverá comunicar imediatamente a ocorrência e registrar os dados dos procedimentos assim que o sistema for restabelecido. Falhas decorrentes de uso inadequado ou falta de capacitação serão de responsabilidade exclusiva da Contratada, podendo resultar em glosa. Se o erro de processamento for da Contratante, a Contratada terá direito ao recebimento do valor na competência subsequente.

h. Indicar representantes e participar ativamente da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

i. Prestar os serviços exclusivamente nas instalações físicas do Instituto, sendo vedada a utilização de qualquer outra infraestrutura. Em caso de intercorrências, decorrentes de motivos supervenientes e relevantes, a Contratada poderá solicitar, mediante oficialização e aceite da Contratante, a alteração temporária do local de atendimento ou a subcontratação de serviços, mantendo-se integralmente a responsabilidade administrativa, financeira, cível e penal.

j. Realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, sem ônus para a Contratante, mantendo laudos comprobatórios para apresentação em inspeções. Em caso de falha ou defeito nos equipamentos, a Secretaria Municipal da Saúde deverá ser formalmente comunicada, garantindo que a prestação do serviço contratado não seja interrompida por um período superior a 15 dias.

k. Formalizar, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, qualquer solicitação de suspensão temporária na oferta dos serviços contratados, decorrente de eventos programados, como férias individuais e coletivas. A suspensão fica limitada a um período máximo de 15 (quinze) dias consecutivos por semestre e condicionada à prévia autorização por escrito da Contratante. Em caso de aprovação, a cota de serviços suspensos deverá ser integralmente reposta no período subsequente, garantindo o cumprimento das metas estabelecidas.

l. Na indisponibilidade de equipamentos, seja por falha técnica, defeito, quebra ou manutenção, é de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA garantir a continuidade do atendimento, devendo, para tanto, providenciar e custear imediatamente a realização dos exames ou procedimentos inadiáveis em outro prestador qualificado.

m. Responsabilizar-se pela aquisição, operacionalização, fornecimento e custeio de todos os insumos, materiais e medicamentos necessários à execução dos serviços, incluindo os de desinfecção e esterilização, em conformidade com as normas da Anvisa. A inexecução do objeto do contrato não será permitida sob a alegação de insuficiência de recursos humanos ou materiais durante toda a vigência do contrato.

n. Manter placa afixada em local acessível aos usuários, com a composição das equipes assistenciais e da equipe dirigente do hospital, bem como material de divulgação da Ouvidoria.

o. Enviar mensalmente o arquivo SIHD/SUS conforme cronograma do Sistema Municipal de Auditoria, definido com base no cronograma DATASUS/MS.

p. Disponibilizar brinquedoteca para usuários internados na Clínica Pediátrica e oferecer infraestrutura para que crianças e adolescentes internados possam estudar.

q. Aplicar a Instrução Normativa n.º 02/2021, de 08/06/2021, do Sistema Municipal de Auditoria de Pato Branco, que “Torna obrigatória, em todos os níveis de Assistência à Saúde do Município de Pato Branco, a normatização da Porta de Entrada nos internamentos hospitalares dos usuários do Sistema Único de Saúde, residentes no município ou na região referenciada”.

r. Submeter-se às normas do SUS para a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). A solicitação de cada OPME para usuários de Pato Branco deverá ser justificada no laudo da cirurgia e submetida à autorização prévia (exceto em casos de urgência/emergência) do médico auditor do Sistema Municipal de Auditoria.

s. Para fins de faturamento e reembolso das OPMEs utilizadas, o prestador deverá apresentar Nota Fiscal de Serviços, que deverá conter, para fins de auditoria e rastreabilidade, as seguintes informações: o nome completo do usuário, o nome do médico responsável, a data da cirurgia e a discriminação minuciosa de cada OPME utilizada (com suas especificações técnicas, de

rastreabilidade e regulatórias). Adicionalmente, no campo "Dados Adicionais" do documento, deverão constar as menções legais obrigatórias referentes às isenções de tributos.

t. Nos casos de subcontratação parcial do objeto contratual, a CONTRATADA assume a responsabilidade jurídica, técnica e administrativa integral pela prestação dos serviços executados por terceiros, devendo garantir obrigatoriamente: o registro de todos os atos assistenciais no sistema municipal de informação (IDS Saúde); a validação dos atendimentos por meio de leitura biométrica no local da prestação do serviço; a total responsabilização perante a CONTRATANTE por eventuais eventos adversos ou falhas assistenciais na unidade subcontratada; e a apresentação mensal ao Sistema Municipal de Auditoria da escala de plantão atualizada, contendo os contatos diretos do profissional plantonista e de um responsável administrativo da unidade de prestação.

u. Manter e executar rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), assegurando a segregação e destinação final ambientalmente adequada de resíduos infectantes e químicos, bem como implementar rotinas de logística reversa para medicamentos e insumos e adotar práticas de eficiência energética e hídrica em suas instalações, em observância às diretrizes de sustentabilidade da Lei nº 14.133/2021.

VI. Das Obrigações Ambientais e Sanitárias:

a. Cumprir integralmente a legislação ambiental e sanitária aplicável, em especial as normas expedidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA e pela Vigilância Sanitária competente, bem como demais normas correlatas;

b. Manter e executar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, garantindo a adequada segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos gerados, nos termos da legislação vigente;

c. Adotar práticas de uso racional e eficiente de recursos naturais, especialmente de energia elétrica e água, incluindo a realização de manutenção preventiva de equipamentos, sistemas de climatização e instalações hidráulicas, visando à redução de desperdícios e à eficiência operacional;

- d. Priorizar, sempre que tecnicamente viável, a utilização de equipamentos, tecnologias e sistemas com maior eficiência energética e menor impacto ambiental;
- e. Observar os procedimentos de logística reversa aplicáveis a medicamentos vencidos, equipamentos, materiais e demais insumos sujeitos a esse regime, em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos e demais normas pertinentes;
- f. Promover ações de conscientização, orientação e treinamento dos profissionais envolvidos na execução dos serviços, quanto às boas práticas ambientais, ao uso racional de recursos e ao manejo adequado de resíduos;
- g. Atender às exigências de licenciamento ambiental e sanitário vigentes, mantendo atualizados e válidos todos os alvarás, licenças, autorizações e registros necessários ao funcionamento da unidade e à execução das atividades previstas neste contrato.
- h. O descumprimento das obrigações previstas nesta cláusula poderá ensejar a adoção de medidas administrativas cabíveis, inclusive aplicação de sanções contratuais, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal previstas na legislação aplicável.

VII. Responsabilidades da Contratada no Eixo Do Ensino e Pesquisa

- a. Disponibilizar o hospital como campo de ensino integrado à assistência, garantindo que as práticas de formação sejam baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário, alinhadas às políticas prioritárias do SUS e ao trabalho multiprofissional (conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 9º, I, II e III).
- b. Atuar como campo de educação permanente para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuado com o gestor público de saúde, colaborando na qualificação dos serviços em âmbito regional.
- c. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde que sejam prioritárias para as necessidades epidemiológicas da região e para a política de saúde instituída, em articulação com a gestão municipal.
- d. Elaborar e submeter à aprovação do Gestor Municipal de Saúde os Protocolos Assistenciais a serem implantados no hospital. Uma vez aprovados, encaminhá-los para pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) para

oficializar seus desdobramentos na Rede de Atenção à Saúde.

e. Apresentar mensalmente à Auditoria Municipal comprovação de atividade de educação permanente realizada para seus colaboradores, com carga horária e lista de frequência, conforme metas dos indicadores.

VIII. Responsabilidades da Contratada no Eixo da Avaliação

a. Acompanhar sistematicamente os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços prestados (conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 10, I).

b. Avaliar o grau de satisfação dos usuários e acompanhantes por meio da aplicação de pesquisa de satisfação.

c. Monitorar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações por meio dos indicadores estabelecidos.

d. Apresentar a resolução das demandas encaminhadas pela Ouvidoria Municipal do SUS no prazo estabelecido.

e. Realizar auditoria clínica interna de forma regular para o monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos.

f. Monitorar a execução orçamentária do contrato e zelar pela adequada e transparente utilização dos recursos financeiros repassados.

g. Encaminhar mensalmente ao Sistema Municipal de Auditoria, até o dia 05 (cinco) de cada mês, as informações e os relatórios necessários para a apuração dos indicadores de desempenho.

h. Submeter-se a vistorias técnicas do Sistema Municipal de Auditoria e às avaliações periódicas de indicadores para a manutenção dos incentivos.

i. Viabilizar a aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário, a ser conduzida pela equipe da Auditoria Municipal, garantindo aos profissionais da CONTRATANTE livre acesso aos usuários e acompanhantes nos ambientes ambulatoriais e de internação, de forma a não obstruir ou interferir no processo de coleta de dados.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

I. Estabelecer, implantar e manter em adequado funcionamento os mecanismos

reguladores de acesso, bem como os mecanismos controladores dos processos de execução das ações e serviços previstos, aos usuários SUS.

II. Regular o acesso aos serviços eletivos de todos os municípios pactuados, gerenciar as filas de espera em conjunto com o prestador e definir as agendas conforme as metas pactuadas.

III. Otimizar, por meio da Central de Regulação Municipal, o processo de agendamento junto ao prestador para os casos suspeitos e confirmados de câncer, a fim de reduzir o tempo de espera entre a solicitação da consulta e o primeiro atendimento especializado, garantindo também o agendamento ágil dos retornos, conforme sua competência de organizar os fluxos de referência (Art. 7º e Art. 10 da Portaria GM/MS n.º 876/2013).

IV. Acompanhar a execução do contrato por meio do gestor, fiscais e da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

V. Fiscalizar e acompanhar continuamente a execução do contrato, por meio do Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação, que realizará supervisão (in loco ou remota) para verificar o cumprimento de todas as cláusulas contratuais e a qualidade dos serviços prestados.

VI. Realizar, através do Sistema Municipal de Auditoria, o controle, a avaliação e a auditoria de toda a produção de serviços.

VII. Realizar vistorias técnicas, notificar o prestador sobre irregularidades e aplicar as sanções cabíveis.

VIII. Aplicar as sanções administrativas contratuais em caso de inadimplência ou não conformidades constatadas.

IX. Fornecer à contratada, sempre que solicitado, os documentos, informações e esclarecimentos relativos à execução do objeto contratual.

X. Efetuar os pagamentos e repasses financeiros conforme os blocos de financiamento e a produção aprovada. O não repasse dos valores de responsabilidade do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR) não transfere a Contratante a obrigação legal do pagamento dos respectivos serviços.

XI. Assegurar, em caso de insuficiência de teto MAC, custeio de serviços essenciais com recursos próprios (livres), visando garantir continuidade assistencial.

XII. Disponibilizar à CONTRATADA, até o dia 10 (dez) da competência subsequente à faturada, os relatórios detalhados da produção auditada para conferência.

XIII. Realizar a compensação financeira do Bloco I (pré-fixado), aplicando os

descontos ou acréscimos apurados mensalmente com base na produção de média complexidade auditada.

XIV. Efetivar os ajustes financeiros sobre os incentivos variáveis (Blocos II), com base na avaliação dos indicadores realizada pela Auditoria e homologada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

XV. Garantir o acesso do Conselho Municipal de Saúde às informações relativas à execução contratual.

XVI. Fornecer à contratada o protocolo para a inserção de informações em sistemas obrigatórios do Ministério da Saúde e da gestão municipal, permitindo o correto registro de dados sempre que os procedimentos exigirem tal informação.

XVII. Realizar, anualmente, o encontro de contas com os municípios pactuados com o objetivo de apurar se os recursos coletivos — provenientes do teto MAC e de emendas parlamentares — foram suficientes para cobrir os custos totais dos serviços prestados. O acerto financeiro, quando necessário, será efetuado entre o município gestor e o município devedor.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS PACTUADOS

I. Realizar a transferência de usuários para o prestador exclusivamente mediante solicitação e autorização formal via Central de Leitos, sendo vedado o encaminhamento direto sem a devida regulação prévia.

II. Organizar a linha de cuidado na Atenção Primária à Saúde para as condições de saúde abrangidas por este contrato, garantindo o primeiro acesso, o acompanhamento e a ampliação da cobertura assistencial.

III. Agilizar, por meio da Atenção Primária à Saúde, a investigação inicial dos casos suspeitos de câncer e realizar o encaminhamento qualificado para a atenção especializada, a fim de reduzir o tempo entre a suspeita clínica e a inserção do usuário no fluxo regulatório, colaborando para o cumprimento dos prazos legais, em conformidade com sua responsabilidade na organização da assistência (Art. 5º e Art. 10 da Portaria GM/MS n.º 876/2013)

IV. Garantir que a consulta que gera a referência para o serviço especializado ocorra obrigatoriamente em um ponto da rede de assistência do SUS, a fim de preservar a

equidade no acesso, em conformidade com a Instrução Normativa n.º 02/2021 do Sistema Municipal de Auditoria de Pato Branco.

V. Regular o encaminhamento (referência) de seus usuários, garantindo que todos sejam inseridos na fila de espera oficial gerenciada pelo Município Gestor de Pato Branco, por meio do sistema IDS Saúde, em conformidade com os fluxos e protocolos estabelecidos.

VI. Assumir integralmente a responsabilidade financeira pelo custeio de quaisquer procedimentos ambulatoriais (consultas, exames, terapias, entre outros) necessários aos seus munícipes que não estejam explicitamente descritos como obrigação da Contratada (IPPB) neste documento, assim como de exames/procedimentos não contemplados na Tabela SIGTAP. Fica ratificado que o custeio integral da assistência durante a internação hospitalar é de responsabilidade da Contratada.

VII. Disponibilizar a assistência farmacêutica necessária aos seus munícipes, assegurando a continuidade do tratamento.

VIII. Disponibilizar Transporte Sanitário seguro para o deslocamento de seus munícipes até Pato Branco para a realização de atendimentos eletivos, de urgência e emergência, conforme pactuação regional.

IX. Apoiar com o transporte sanitário na transferência de seus munícipes para outro serviço, caso ocorra falha de equipamento ou outro fator superveniente no hospital contratado que impeça a continuidade do atendimento, conforme pactuação no CRESEMS e na CIR.

X. Oferecer retaguarda assistencial na Atenção Primária à Saúde para os usuários após a alta hospitalar, garantindo a continuidade do cuidado conforme a contra referência emitida pelo serviço especializado.

XI. Garantir o repasse financeiro dos valores pactuados para o custeio de programas regionais, como o IntegraHOSP, ao município gestor, conforme os termos de convênio estabelecidos.

XII. Assumir a responsabilidade financeira pelo custeio de serviços excedentes, conforme apurado no encontro de contas anual. Na hipótese de insuficiência de recursos, cada município será responsável por quitar a diferença referente ao atendimento de seus respectivos munícipes, utilizando, para tanto, recursos próprios.

XIII. Os municípios pactuados e referenciados que utilizarem os serviços deste contrato deverão formalizar sua adesão por meio de um Termo de Anuência/Interveniência. Este documento, assinado pela autoridade competente de cada Ente

federativo, comprova a plena ciência e concordância com as cláusulas estabelecidas e garante a responsabilidade pelo custeio dos serviços prestados aos seus respectivos municípios.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS RESPONSABILIDADES DA UNIÃO E DO ESTADO

I. Das Responsabilidades da União (Ministério da Saúde): Conforme o Art. 4º do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, compete ao Ministério da Saúde:

- a. estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar;
- b. financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;
- c. estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais;
- d. acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário;
- e. desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente;
- f. garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar;
- g. realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- h. promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- i. promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e
- j. estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.

II. Das Responsabilidades do Estado (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR): Considerando o papel do Estado na gestão regionalizada do SUS e conforme os princípios estabelecidos no Art. 5º do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, compete ao Estado do Paraná:

- a. Definir a área territorial de abrangência e a população de referência do hospital sob sua gestão regional, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR);
- b. Financiar de forma tripartite, em conjunto com os demais entes, as ações e serviços de saúde contratualizados, garantindo o repasse de incentivos estaduais (HOSPSUS e correlatos) conforme resoluções específicas;
- c. Realizar a regulação das ações e serviços de saúde de alta complexidade por meio de fluxos de referência e contra-referência macrorregional, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;
- d. Apoiar o Município Gestor no controle, avaliação e auditoria da produção hospitalar, garantindo a compatibilidade com a capacidade operacional do hospital;
- e. Participar da definição das metas e do acompanhamento dos indicadores qualiquantitativos no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

I. Cabe às partes contraentes e aos demais Entes Públicos pactuados respeitar integralmente os direitos da pessoa humana e assegurar os direitos dos usuários do SUS, entre os quais se destacam:

- a. Ter acesso a todos os serviços contratualizados de forma universal, igualitária e gratuita, sendo vedada a cobrança de qualquer valor. A Contratada será responsabilizada por qualquer valor indevido cobrado por seus profissionais ou prepostos.
- b. Receber atendimento digno, humanizado e respeitoso, estritamente livre de qualquer forma de discriminação ou preconceito, seja por raça, cor, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, idade, religião, condição social, deficiência ou qualquer outra característica pessoal, que garanta sua integridade

física, privacidade, conforto, confidencialidade, segurança nos procedimentos, bem-estar psíquico e emocional, e o respeito à sua individualidade, valores, ao uso do nome social para pessoas travestis e transexuais, e aos seus valores éticos, culturais e religiosos, em conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM n.º 1.820/2009), a Lei n.º 8.080/1990 e os princípios constitucionais da dignidade e igualdade (Art. 1º, III e Art. 5º, caput, CF/88).

c. Receber informações claras, transparentes e compreensíveis sobre seu estado de saúde, critérios de atendimento, filas de espera, diagnósticos, riscos e benefícios de tratamentos, para que possa tomar decisões de forma livre e esclarecida, sendo vedado o uso de suas informações pessoais para fins publicitários ou de pesquisa sem autorização formal da contratante e consentimento livre e esclarecido do usuário.

d. Ser atendido em um ambiente seguro, com a aplicação de todos os protocolos de segurança do paciente.

e. Ter a presença de acompanhante de sua livre escolha, para crianças, adolescentes, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais e indígenas, de acordo com as legislações específicas, promovendo oferta de acomodação digna e segura.

f. Ter acesso ao seu prontuário sempre que solicitado e dispor de canais de denúncia e ouvidoria para registrar manifestações, com garantia de resposta.

g. Ter seu plano de alta articulado com a Atenção Primária à Saúde de seu município de origem, garantindo a continuidade do tratamento após a saída do hospital.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

I. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do contrato administrativo, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

II. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD, respeitando-se, ainda o Código de Ética Médica em relação aos documentos dos pacientes.

- III.** É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.
- IV.** A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo CONTRATADO.
- V.** Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do CONTRATADO eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.
- VI.** É dever do CONTRATADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.
- VII.** O CONTRATADO deverá exigir de SUBOPERADORES e SUBCONTRATADOS o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.
- VIII.** O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o CONTRATADO atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.
- IX.** O CONTRATADO deverá prestar, no prazo fixado pelo CONTRATANTE, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.
- X.** Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos.
- XI.** Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD.
- XII.** O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

XIII. Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA GESTÃO DO CONTRATO

I. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

II. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostilamento.

III. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

IV. A contratante poderá convocar representante da CONTRATADA para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

V. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos, nos termos do art. 117 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como, pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização e pelo Sistema Municipal de Auditoria.

VI. O modelo de governança de Nível Administrativo (Gestão e Fiscalização Direta):

a. Nos termos do art. 11, § 1º do Decreto Municipal n.º 9.603/2023, a atribuição de **gestão do contrato** será exercida pelo titular da secretaria demandante, ou seja, a Secretária Municipal de Saúde, **Marcia Fernandes de Carvalho**, matrícula n.º 111090, ou pela pessoa que a vier a substituir em razão da alteração da titularidade da pasta.

b. O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento, contendo todos os registros formais (ordem de serviço, ocorrências, alterações e prorrogações), elaborando relatório para verificação de adequações contratuais, conforme art. 14 do Decreto Municipal nº 9.603/2023

c. A **Fiscalização Administrativa e Técnica** será exercida pela servidora **Sabrina Psendziuk Rigon**, Enfermeira, Matrícula n.º 77593, a quem compete

verificar os aspectos administrativos (Art. 15 do Decreto 9.603/23) e acompanhar a execução técnica para assegurar os melhores resultados para a Administração (Art. 16 do mesmo Decreto).

d. Os fiscais e gestores serão auxiliados pelos órgãos de assessoramento jurídico, contábil e de controle interno da Administração para prevenir riscos na execução.

VII. O modelo de governança de Nível Técnico-Assistencial (Sistema Municipal de Auditoria - SMA):

a. O SMA (Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação) atuará como fiscal técnico institucional por força da Lei Municipal nº 1.706, de 20 de março de 1998 e do Decreto Presidencial nº 1.651 de 28 de setembro de 1995.

b. Compete ao SMA a validação técnica, clínica e documental mensal de toda a produção hospitalar e ambulatorial, incluindo a auditoria dos prontuários e a conferência da autenticidade dos atendimentos via biometria.

c. A liquidação de qualquer parcela (pré ou pós-fixada) está condicionada ao atesto técnico de auditoria que comprove a efetiva realização e qualidade dos serviços.

VIII. O modelo de governança de Nível de Desempenho Estratégico – Do Monitoramento pela Comissão de Acompanhamento e Contratualização

a. A execução do contrato e o desempenho assistencial do Hospital serão monitorados e avaliados pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização Hospitalar, instituída pelo Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação n.º 02/2017.

b. A Comissão será formalizada por ato normativo da Secretaria Municipal de Saúde, publicada em Diário Oficial, com a composição e as competências detalhadas na Seção 6 do Documento Descritivo Bianual, incluindo representantes da Gestão Municipal, da 7ª Regional de Saúde, do Hospital, do CRESEMS e do Conselho Municipal de Saúde.

c. Cabe à referida Comissão a análise técnica e a homologação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas no Documento Descritivo Bianual, cujos resultados fundamentarão o Relatório de Análise de

Indicador e os respectivos ajustes financeiros nos repasses à CONTRATADA.

d. Ainda conforme o art. 33 da Portaria de Consolidação nº 2, no âmbito do Município de Pato Branco, os servidores envolvidos na execução de ações e recursos do SUS devem fiscalizar o cumprimento do objeto pactuado e a correta aplicação dos recursos, comunicando formalmente qualquer irregularidade ao setor responsável pela auditoria para as devidas providências.

IX. O modelo de governança da fiscalização e acompanhamento por entes públicos interessados:

a. Considerando que os serviços objeto deste contrato integram a rede regional de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, podendo atender usuários provenientes de municípios referenciados, a CONTRATADA deverá permitir o acesso às informações assistenciais, relatórios de produção, registros de atendimento e demais documentos relacionados à execução dos serviços, sempre que solicitado pela Administração Municipal contratante.

b. Mediante solicitação formal e observadas as normas de proteção de dados e sigilo das informações em saúde, tais informações poderão ser compartilhadas com os entes públicos que participem do financiamento, pactuação ou encaminhamento de usuários, bem como com órgãos de auditoria e controle do SUS, para fins de acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES E REAJUSTES

I. Os valores estabelecidos na programação físico-financeira poderão ser alterados conforme reajustes de Tabela SIGTAP/SUS pelo Ministério de Saúde, com repasse à CONTRATADA condicionado à transferência de recursos a Fundo Municipal de Saúde e formalização de Termo Aditivo Contratual.

II. A ocorrência de novas habilitações de serviços de alta complexidade concedidas pelo Ministério da Saúde à CONTRATADA (Portaria específica), com aporte de recursos ao Teto MAC Municipal, poderá ensejar revisão de valores contratuais e metas de Documento Descritivo, mediante formalização de termo aditivo.

III. A publicação oficial de portarias do Ministério de Saúde ou SESA-PR instituindo

recursos extraordinários ou estratégicos, com efetiva transferência ao Fundo Municipal de Saúde, autoriza repasse à CONTRATADA, limitado à vigência e valores da norma de origem.

IV. Os valores pactuados poderão ser revistos para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, na ocorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis que inviabilizem execução conforme ajustado, observada legislação vigente.

V. O reajuste do valor do incentivo ao Programa IntegraHOSP ocorrerá a cada 12 (doze) meses, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) ou outro índice oficial de menor variação no período, conforme Decreto Municipal nº 10.110/2024, formalizado mediante termo aditivo.

VI. A alteração quantitativa das ofertas de assistência eletiva exclusiva para Pato Branco (consultas, procedimentos e cirurgias) poderá ser realizada via apostilamento, em comum acordo e conforme as necessidades assistenciais da rede municipal, desde que mantido o equilíbrio financeiro estabelecido na Seção 5.3 do Documento Descritivo.

VII. As alterações contratuais deverão ser promovidas mediante celebração de termo aditivo, submetido à prévia aprovação da consultoria jurídica do CONTRATANTE, salvo nos casos de justificada necessidade de antecipação de seus efeitos, hipótese em que a formalização do aditivo deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) mês.

VIII. Os registros que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei nº 14.133, de 2021.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SANÇÕES POR INADIMPLEMENTO

I. A contratada será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

- a.** dar causa à inexecução parcial do objeto;
- b.** dar causa à inexecução parcial do objeto que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- c.** dar causa à inexecução total do objeto;
- d.** ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação

sem motivo justificado;

- e. apresentar documentação falsa ou prestar declaração falsa durante a execução do contrato.
- f. praticar ato fraudulento na execução do objeto;
- g. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- h. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

II. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas, as seguintes sanções:

- a. advertência;
- b. multa;
- c. impedimento de licitar e contratar;
- d. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

III. Na aplicação das sanções serão considerados:

- a. a natureza e a gravidade da infração cometida;
- b. as peculiaridades do caso concreto;
- c. as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- d. os danos que dela provierem para a Administração Municipal;
- e. a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

IV. A sanção de advertência será aplicada exclusivamente quando o contratado der causa à inexecução parcial do objeto, desde que não se justifique a imposição de penalidade mais grave.

V. O atraso injustificado na execução contratual sujeitará o contratado à multa de mora, de 1% (um por cento) por dia de atraso sobre o valor da parcela inadimplida ou sobre o valor da fatura correspondente ao período que tenha ocorrido a falta, até o limite de 30% (trinta por cento).

VI. A sanção de multa, de caráter compensatório, poderá ser aplicada ao contratado pelo cometimento de qualquer das infrações administrativas previstas no inciso I deste Contrato, observados os percentuais definidos a seguir e no Anexo I do Decreto Municipal nº 10.057/24:

- a. de 0,5% (cinco décimos por cento) a 15% (quinze por cento), calculada sobre o valor total do contrato ou instrumento equivalente, quando o contratado dar causa à inexecução parcial do objeto.

b. de 15% (quinze por cento) a 30% (trinta por cento), calculada sobre o valor total do contrato ou instrumento equivalente, pelas seguintes infrações:

1. apresentar declaração ou documentação falsa ou prestar declaração falsa durante a execução do contrato;
2. praticar ato fraudulento na execução do contrato;
3. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
4. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013;
5. dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
6. ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado.

c. 30% (trinta por cento) sobre o valor total do contrato ou instrumento equivalente no caso de inexecução total do objeto.

VII. Quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, será aplicado ao responsável pelo período máximo de 03 (três) anos, a sanção de impedimento de licitar e contratar pelas infrações administrativas previstas nos subitens b, c e d do inciso I, e Anexo I do Decreto Municipal nº 10.057/24.

VIII. A declaração de inidoneidade para licitar e contratar será aplicada ao responsável pelo período máximo de 06 (seis) anos pelas infrações administrativas previstas nos subitens e, f, g, h do inciso I detalhadas no Anexo III do edital e no Anexo I do Decreto Municipal nº 10.057/24.

IX. A aplicação da sanção de inidoneidade para licitar e contratar será obrigatoriamente precedida de parecer jurídico.

X. As sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar poderão ser aplicadas, cumulativamente à penalidade de multa.

XI. A multa será executada da seguinte forma:

- a.** descontada do valor de pagamento devido à apenada;
- b.** descontada do valor da garantia, se na modalidade caução em dinheiro;
- c.** descontada do valor da apólice de seguro ou fiança;
- d.** descontada do valor de pagamento devido à apenada, originado de outras relações jurídicas que mantém com a Administração contratante;

e. paga diretamente ao erário, recolhida em parcela única no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos.

XII. A aplicação das sanções previstas no inciso II não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Municipal.

XIII. Da aplicação das sanções previstas nesta cláusula caberá recurso nos termos do artigo 47 do Decreto Municipal nº 10.057/24.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - ANTICORRUPÇÃO

I. As partes declaram conhecer as normas de prevenção à corrupção previstas na legislação brasileira, dentre elas, a Lei de Improbidade Administrativa (Lei Federal n.º 8.429/1992), a Lei Federal n.º 12.846/2013 e seus regulamentos, se comprometem que para a execução deste contrato nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, 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 indevidos de qualquer espécie, de modo fraudulento que constituam prática ilegal ou de corrupção, bem como de manipular ou fraudar o equilíbrio econômico financeiro do presente contrato, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, devendo garantir, ainda que seus prepostos, administradores e colaboradores ajam da mesma forma.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - EXTINÇÃO E RESCISÃO CONTRATUAL

I. O contrato será extinto quando vencido o prazo nele estipulado, independentemente de terem sido cumpridas ou não as obrigações de ambas as partes contraentes, caso não ocorra a prorrogação do prazo de vigência contratual.

II. O contrato poderá ser extinto antes do prazo nele fixado, sem ônus para o CONTRATANTE, mediante justificativa formal de que não dispõe de créditos orçamentários para sua continuidade ou de que o contrato não mais lhe oferece vantagem.

a. Nesse caso, a extinção antecipada ocorrerá na próxima data de aniversário do contrato, garantido um prazo mínimo de dois meses para ciência formal do

contratado, devendo ser observada a regra do art. 183 da Lei nº 14.133, de 2021 para a contagem deste prazo.

III. O contrato poderá ser extinto com fundamento na ausência de créditos orçamentários ou na perda de vantagem contratual antes da data de aniversário, desde que ocorra com ônus para o CONTRATANTE, conforme previsto no art. 138, §2º, da Lei nº 14.133, de 2021.

IV. O contrato poderá ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no artigo 137 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

a. Nesta hipótese, aplicam-se também os artigos 138 e 139 da mesma Lei.

V. A alteração social ou a modificação da estrutura da CONTRATADA não ensejará a extinção se não restringir sua capacidade de executar o contrato.

a. Se a operação implicar mudança da pessoa jurídica contratada, deverá ser formalizado termo aditivo para alteração subjetiva.

VI. O termo de extinção, sempre que possível, será precedido:

- a. Do balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
- b. Da relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
- c. Das indenizações e multas.

VII. O CONTRATANTE poderá ainda:

- a. nos casos de obrigação de pagamento de multa pelo CONTRATADO, reter a garantia prestada a ser executada, conforme legislação que rege a matéria; e
- b. nos casos em que houver necessidade de ressarcimento de prejuízos causados à Administração, nos termos do inciso IV do art. 139 da Lei n.º 14.133, de 2021, reter os eventuais créditos existentes em favor do CONTRATADO decorrentes do contrato.

VIII. O contrato poderá ser extinto caso se constate que o CONTRATADO mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que tenha desempenhado função na licitação ou na contratação direta, ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

I. Fica eleito o foro da Comarca de Pato Branco - PR para dirimir questões relativas ao presente contrato, com a expressa e formal renúncia de outro qualquer, por mais privilegiado que seja.

Assim, por estarem justas e acordadas, as partes obrigam-se ao fiel e integral cumprimento do Termo de Contrato, o qual é firmado por meio eletrônico, nos termos da legislação vigente, produzindo os mesmos efeitos legais das vias físicas.

Pato Branco, 11 de março de 2026.

Município de Pato Branco - Contratante
Geri Natalino Dutra – Prefeito

Instituto Policlínica PB IPPB - Contratada
Sadao Yamamoto - Representante Legal



ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO DESCRITIVO BIANUAL
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE –
HOSPITALAR E AMBULATORIAL
BIÊNIO 2026-2027

INSTITUTO POLICLÍNICA PB – IPPB
PARTE INTEGRANTE E OBRIGATÓRIA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º
01/2026/GP E SEUS TERMOS ADITIVOS

Gestora Municipal de Saúde: Marcia Fernandes de Carvalho

Elaboração:

Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco
Instituto Policlínica PB

PATO BRANCO – PR
Dezembro de 2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	4
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 Objetivo Geral	7
3.2 Objetivos Específicos	7
4. CARACTERIZAÇÃO DO INSTITUTO HOSPITALAR	8
4.1 Perfil Institucional.....	8
4.2 Estrutura Física e Capacidade Instalada	9
4.3 Recursos Humanos	10
4.4 Recursos Tecnológicos e Serviços de Apoio	13
5. SERVIÇOS EXECUTADOS	14
5.1 Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência	14
5.1.1 Resolução SESA/PR n.º 479/2016 (Incentivo Estadual HOSPSUS).....	20
5.1.2 Programa IntegraHOSP (Incentivo Municipal para RUE).....	21
5.1.3 Resolução SESA/PR n.º 905/2023 – (Incentivo Estadual para Internações de Urgência) ...	23
5.1.4 Programa de Retaguarda em Oftalmologia para Urgência e Emergência	24
5.2 Serviços Habilitados	26
5.2.1 Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular	27
5.2.1.1 Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) – Programa Agora Tem Especialistas, em Cardiologia.....	32
5.2.2 Transplante Cardíaco.....	34
5.2.3 Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)	38
5.2.3.1 Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) – Programa Agora Tem Especialistas, em Oncologia.....	43
5.2.4 Assistência em Nefrologia/Doença Renal Crônica	44
5.2.5 Transplante Renal.....	49
5.2.6 Assistência em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia e Retirada e Transplante de Tecido Musculoesquelético.....	54
5.2.7 Assistência em Alta Complexidade de Terapia Nutricional Enteral/Parenteral.....	58
5.2.8 Assistência em Alta Complexidade de Leitos de UTI.....	61
5.3 Assistência Eletiva de Média Complexidade Exclusiva para Usuários de Pato Branco	65
5.3.1 Assistência Ambulatorial Eletiva	65
5.3.1.1 Consultas Eletivas	65
5.3.1.2 Procedimentos	67
5.3.1.3 Cirurgia Eletiva de Média Complexidade	69
5.3.2 Programa Municipal Mais Cirurgias	71
5.3.3 Videocirurgias.....	74
5.3.4 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).....	75
5.4 Assistência Financeira Complementar – Piso Nacional da Enfermagem	80

6. COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO	81
7. INDICADORES DE DESEMPENHO.....	83
7.1 Indicadores de Metas Quantitativas (60%)	83
7.2 Indicadores de Metas Qualitativas (40%).....	84
8. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO E MODELO DE PAGAMENTO	87
8.1. Metodologia de Cálculo e Necessidade Assistencial.....	87
8.2. Estrutura e Modelo de Pagamento	89
8.3. Composição Financeira e Valor Global (Biênio)	90
8.4. Estimativa de Renúncias e Isenções Fiscais.....	90
9. CONDIÇÕES GERAIS E RESPONSABILIDADES	91
9.1 Normas Gerais e Formas de Prestação dos Serviços Contratados.....	91
9.2 Responsabilidades da Contratada (IPPB)	93
9.3 Responsabilidades da Contratante.....	104
9.4 Responsabilidades dos Municípios Pactuados	105
9.5 Responsabilidades da União (Ministério da Saúde).....	107
9.6 Responsabilidades do Estado (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR).....	108
9.7 Direitos dos Usuários do SUS	108
9.8 Obrigações Pertinentes a LGPD.....	109
10. FORMALIZAÇÃO, EXECUÇÃO E PAGAMENTO DO CONTRATO.....	111
10.1. Base Legal, Vigência e Valor	111
10.2. Vistoria Técnica e Atesto de Capacidade	111
10.3. Gestão e Fiscalização.....	112
10.4. Fluxo Operacional de Faturamento e Pagamento	113
10.5. Extinção Contratual e Sanções	114
11. ANEXOS.....	115
11.1 Planilhas de Indicadores.....	115
11.2 Demonstrativo Financeiro	115
11.3 Formulário de Vistoria Técnica.....	116
11.4 Modelo de Pesquisa de Satisfação	116
11.5 Lista de Tabelas	117
11.6 Glossário	118
12. REFERÊNCIAS.....	121

1. INTRODUÇÃO

O presente Documento Descritivo é o **instrumento técnico e operacional** que formaliza a prestação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade, em regimes hospitalar e ambulatorial, a serem executados pela Contratada, **Instituto Policlínica PB (IPPB)**, sob a gestão da Contratante, **Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco**. Este anexo é parte integrante e obrigatória do **Contrato de Prestação de Serviços n.º 01/2026/GP**, que possui vigência inicial de 2 (dois) anos, prorrogável por até 10 (dez) anos, estando sujeito a revisões periódicas para garantir sua contínua adequação às necessidades da rede de saúde.

Sua elaboração justifica-se pela necessidade de formalizar e detalhar os compromissos assistenciais e gerenciais entre a **Contratante** e a **Contratada**. Para tanto, o documento define o escopo completo dos serviços, as metas, as responsabilidades e os mecanismos de monitoramento e avaliação, visando assegurar uma execução qualificada e transparente.

O escopo de atuação do IPPB abrange desde o atendimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) até os serviços de alta complexidade habilitados em **Cardiologia, Nefrologia, Oncologia, Traumato-Ortopedia e Transplantes (Renal e Cardíaco)**, além da **assistência eletiva** exclusiva para munícipes de Pato Branco. Detalha, ainda, os fluxos de financiamento, que articulam recursos de todas as esferas: Federal (via Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)), Estadual e Municipal, por meio de recursos próprios para programas estratégicos e complementação de serviços.

Este instrumento é, portanto, essencial para garantir o acesso da população de Pato Branco e dos municípios pactuados. Seu propósito é a otimização dos fluxos, a regionalização da saúde e a universalidade do acesso, refletindo um esforço colaborativo para fortalecer a rede de saúde regional, em total alinhamento com os princípios de equidade, integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A prestação de serviços aqui detalhada é regida pelo contexto institucional, normativo e operacional, que fundamenta a relação entre as partes e orienta a execução do contrato.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco** (CNPJ n.º 76.995.448/0001-54), na condição de **Gestora Plena do Sistema Municipal de Saúde**, exerce o **comando único** sobre os serviços de saúde em seu território, assumindo a responsabilidade direta pela contratação, processamento, auditoria e pagamento dos prestadores assistenciais vinculados ao SUS. Todavia, dado o papel do município como **polo de referência regional**, a execução deste contrato ocorre sob um modelo de **Governança Compartilhada com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR)**. Este modelo caracteriza-se pela integração das ações municipais ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) e ao Plano Estadual de Saúde, permitindo que o financiamento e a regulação dos serviços de média e alta complexidade sejam pactuados de forma solidária entre as esferas de governo.

As decisões relativas aos fluxos de referência regional, regulação de leitos de urgência e emergência e alterações de protocolos macrorregionais serão deliberadas de forma bipartite (Município e Estado) no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da 7ª Regional de Saúde. A Contratada obriga-se a acatar as diretrizes de regulação emanadas pelo Complexo Regulador Estadual, reconhecendo a autoridade técnica compartilhada entre o Gestor Municipal e a SESA-PR para o gerenciamento das vagas regionais.

O município de Pato Branco, com uma população estimada de 96.602 habitantes (IBGE, 2024), configura-se como a referência primária para a 7ª Regional de Saúde do Paraná. Sua função estratégica transcende os limites municipais, expandindo sua abrangência para outras Regionais de Saúde e municípios pactuados. Destacam-se como referências estratégicas de alta complexidade as especialidades de **Cardiologia, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, Oncologia, Neurologia, Nefrologia, Obstetrícia, Transplantes (renal, cardíaco e de córnea), Tratamento da Obesidade Grave e Tratamento de Glaucoma**.

A entidade **Contratada** é o **Instituto Policlínica PB – IPPB** (CNPJ n.º 12.651.010/0001-76, CNES n.º 17.868). Instituição filantrópica com Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), reconhecida pela Portaria SAES/MS n.º 1.411/2024. É configurado como hospital geral de grande porte e de referência regional, integrado à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), à Central Estadual de Transplantes e aderente ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Fundamentação Normativa

A prestação dos serviços detalhada neste documento é regida por um conjunto de normativas do SUS, com destaque para:

- As Portarias de Consolidação dos Atos Normativos do Ministério da Saúde (28 de setembro de 2017 e suas atualizações), que consolidam normas sobre as políticas, redes, financiamento e organização do SUS.
- A Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que define as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS.
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Normas sobre financiamento e transferência de recursos federais, definindo a organização em Blocos de Custeio e Investimento).
- As normativas específicas que regulamentam a RUE, as habilitações de alta complexidade e os programas de incentivo federal, estadual e municipal citados ao longo deste texto.

Diretrizes Estruturantes

A execução do contrato será norteadada pelos seguintes princípios fundamentais, que se desdobram em todas as cláusulas e seções deste documento:

- Integralidade da Assistência:** Garantir a oferta de uma linha de cuidado completa, abrangendo os serviços de urgência, ambulatoriais, hospitalares e de alta complexidade pactuados.
- Inserção na Rede de Atenção à Saúde:** Assegurar a articulação da Contratada com os demais pontos da rede, especialmente a Atenção Primária e a Rede de Urgência e Emergência (RUE), com fluxos de referência e contrarreferência bem definidos para garantir a continuidade do tratamento.
- Qualidade e Segurança do Paciente:** Comprometer-se com as melhores práticas assistenciais, monitorando indicadores e implementando protocolos para garantir um atendimento seguro e eficaz.
- Gestão Orientada por Resultados:** Vincular o financiamento ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, avaliadas de forma sistemática pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização.
- Transparência e Sustentabilidade:** Detalhar as fontes de financiamento, explicitando a composição dos recursos federais, estaduais e municipais, e a alocação para cada bloco

de serviços, garantindo a conformidade na prestação de contas e a viabilidade das operações.

- VI. **Ensino e Pesquisa:** Fomentar o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa que estejam alinhadas às necessidades epidemiológicas da região.

A observância destas diretrizes e da base normativa visa assegurar que a execução das ações previstas seja monitorada sistematicamente, com ajustes periódicos orientados por evidências técnicas e participação social, para a melhoria contínua dos serviços ofertados à população.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Assegurar o acesso integral, qualificado e oportuno da população de Pato Branco e dos municípios pactuados aos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade, fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde regional, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com os princípios da eficiência e da economicidade na aplicação dos recursos públicos.

3.2 Objetivos Específicos

1. Detalhar, para cada componente assistencial – urgências, habilitações de alta complexidade e procedimentos eletivos –, o escopo dos serviços, as metas quantitativas, os fluxos operacionais e os mecanismos de financiamento, servindo como o instrumento norteador da execução contratual.
2. Assegurar que a prestação de serviços pela Contratada ocorra em total alinhamento com as diretrizes de qualidade, segurança do paciente e plena integração com a Rede de Atenção à Saúde, promovendo a continuidade do cuidado e fomentando um ambiente de ensino e pesquisa.
3. Estabelecer o sistema de acompanhamento da execução, definindo a atuação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização, os indicadores de desempenho e a vinculação dos resultados à política de pagamentos, de modo a garantir a transparência, a resolutividade e a aplicação eficiente dos recursos.

4. CARACTERIZAÇÃO DO INSTITUTO HOSPITALAR

4.1 Perfil Institucional

O IPPB integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e consolida-se como referência regional do SUS nos seguintes aspectos: prestação de assistência integral em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; desenvolvimento de ensino e pesquisa adaptados às demandas epidemiológicas locais; aprimoramento dos processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial e hospitalar; e aprimoramento do modelo assistencial focado em resultados, com ênfase em práticas integrais e humanizadas. Para isso, possui as seguintes habilitações (conforme CNES):

- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (08.01)
- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (08.03)
- Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (08.04)
- Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (15.04)
- Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (15.05)
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON (17.06)
- UNACON com Serviço de Radioterapia (17.07)
- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B (17.18)
- Vasectomia (19.02)
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (23.01)
- Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (23.04)
- Transplante de Rim (24.08)
- Transplante de Coração (24.11)
- Retirada de Órgãos e Tecidos (24.20)
- Transplante de Tecido Músculo Esquelético (24.22)
- Incremento Financeiro SNT Rim Nível A (24.46)
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (25.01)
- UTI II Adulto (26.01)
- UTI II Pediátrica (26.03)
- UTI Coronariana Tipo II (26.08)
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II (26.10)

- Videocirurgias (29.01)
- Programa Agora Tem Especialistas - Componente Cirúrgico (29.02)
- Programa Agora Tem Especialistas - Componente Ambulatorial
- Programa Agora Tem Especialistas - Componente Acesso à Radioterapia (3807)

Integrado à Central Estadual de Transplantes do Paraná, o IPPB desenvolve ações como o acolhimento e a sensibilização de familiares por meio da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOOT). Além da sensibilização e capacitação das equipes multiprofissionais para a abordagem de familiares, com o objetivo de ampliar a captação de órgãos.

Adicionalmente, o IPPB adere ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), alinhando-se às diretrizes da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017 (consolidação de normas do SUS), da Portaria GM/MS n.º 529/2013 (que institui o PNSP) e da Portaria SAS/MS n.º 774/2017 (que dispõe sobre o cadastramento de Núcleos de Segurança do Paciente no CNES). O hospital implementa ações como a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, a elaboração de um Plano de Segurança do Paciente e a adoção de protocolos padronizados para a prevenção de eventos adversos, garantindo qualidade e segurança assistencial.

4.2 Estrutura Física e Capacidade Instalada

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o hospital possui **154 leitos**, sendo **108 exclusivos para o SUS**, distribuídos da seguinte forma:

- **23 leitos de UTI (20 para o SUS):** 8 de UTI Adulto Tipo II, 2 UTI coronariana Tipo II - UCO TIPO II, 5 de UTI Pediátrica Tipo II (integrados à Retaguarda da Rede de Urgência/Emergência – RUE) e 5 de UTI Neonatal Tipo II (retaguarda obstétrica);
- **39 leitos cirúrgicos (30 para o SUS):** com destaque para Ortopedia/Traumatologia (8), Cirurgia Geral (7), Cardiologia (6), Oncologia (6) e Nefrologia/Urologia (3);
- **61 leitos clínicos (43 para o SUS):** divididos em Clínica Geral (22), Cardiologia (11), Oncologia (6) e Nefro/Urologia (4);
- **11 leitos Hospital Dia (7 para o SUS):** Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico (7);
- **5 leitos obstétricos (0 para o SUS);**
- **12 leitos pediátricos (8 para o SUS):** sendo 3 cirúrgicos e 5 clínicos;

A estrutura física do hospital suporta os atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de urgência, incluindo

- **Hospitalar:** 4 leitos para recém-nascidos normais, 6 salas de cirurgia, 1 sala de parto normal, 1 sala de pré-parto com 1 posição e 1 sala de recuperação com 3 posições.
- **Ambulatorial:** 9 consultórios de clínicas básicas, 1 sala de cirurgia ambulatorial, 2 salas de curativo, 2 salas de enfermagem (serviços), 1 sala de gesso e 1 sala de pequena cirurgia.
- **Urgência e Emergência:** 5 consultórios médicos, 2 salas de atendimento indiferenciado, 1 sala de atendimento pediátrico, 1 sala de gesso, 1 sala de pequena cirurgia, 4 salas de repouso/observação feminino e 4 salas de repouso/observação masculino.

4.3 Recursos Humanos

O quadro funcional do IPPB é composto por **775 profissionais**, distribuídos entre as equipes de saúde e de apoio administrativo, conforme detalhado nas tabelas a seguir:

Quadro de Profissionais - Profissionais da Área da Saúde	
Especialidade	N.º de Profissionais
Assistente Social	2
Atendente de Enfermagem	1
Auxiliar de Enfermagem	12
Cirurgião Dentista Clínico Geral	1
Cirurgião Dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	1
Cirurgião Dentista Traumatologista Bucomaxilofacial	3
Enfermeiro	65
Enfermeiro Auditor	7
Enfermeiro Estomaterapeuta	1
Enfermeiro Nefrologista	1
Farmacêutico	6
Farmacêutico Analista Clínico	1
Físico (Nuclear e Reatores)	2
Fisioterapeuta Geral	1
Fonoaudiólogo Geral	2

Médico Anatomopatologista	1
Médico Anestesiologista	12
Médico Cancerologista Cirúrgico	4
Médico Cardiologista	14
Médico Cardiologista Intervencionista	3
Médico Cirurgião Cardiovascular	5
Médico Cirurgião da Mão	1
Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	4
Médico Cirurgião Geral	20
Médico Cirurgião Pediátrico	2
Médico Cirurgião Plástico	3
Médico Cirurgião Torácico	1
Médico Clínico	52
Médico Coloproctologista	1
Médico Dermatologista	1
Médico em Cirurgia Vascular	7
Médico em Medicina Intensiva	3
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5
Médico Endocrinologista e Metabologista	4
Médico Gastroenterologista	3
Médico Generalista	1
Médico Geriatra	1
Médico Ginecologista e Obstetra	13
Médico Infectologista	1
Médico Mastologista	1
Médico Nefrologista	3
Médico Neurocirurgião	4
Médico Neurologista	2
Médico Oftalmologista	6
Médico Oncologista Clínico	6
Médico Ortopedista e Traumatologista	17

Médico Otorrinolaringologista	2
Médico Patologista	1
Médico Patologista Clínico / Medicina Laboratorial	1
Médico Pediatra	19
Médico Pneumologista	3
Médico Radioterapeuta	1
Médico Residente	29
Médico Reumatologista	1
Médico Urologista	5
Nutricionista	6
Perfusionista	1
Psicólogo Clínico	1
Psicólogo Hospitalar	2
Psicólogo do Trabalho	2
Técnico de Enfermagem	163
Técnico em Radiologia e Imagenologia	7
Total	551

Tabela 01: Quadro de Profissionais - Área da Saúde

Fonte: CNES (Agosto/2025)

Quadro de Profissionais - Demais Profissionais	
Especialidade	N.º de Profissionais
Administrador	1
Agente de Higiene e Segurança	14
Almoxarife	7
Assistente Administrativo	26
Atendente de Farmácia - Balconista	19
Atendente de Lavanderia	2
Auxiliar de Contabilidade	1
Auxiliar de Escritório	39
Auxiliar de Faturamento	5
Auxiliar de Lavanderia	10

Auxiliar de Manutenção Predial	6
Captador de Recursos	1
Comprador	1
Contínuo	6
Copeiro	8
Copeiro de Hospital	12
Cozinheiro de Hospital	4
Cozinheiro Geral	1
Diretor Administrativo	2
Diretor de Serviços de Saúde	2
Diretor Financeiro	1
Diretor Geral de Empresa e Organizações	2
Faxineiro	30
Gerente Administrativo	1
Gerente de Suporte Técnico de Tecnologia da Informação	1
Operador de Caldeira	2
Pedreiro	2
Servente de Obras	1
Supervisor Administrativo	1
Supervisor de Vendas Comercial	1
Técnico em Eletromecânica	1
Técnico em Segurança do Trabalho	2
Telefonista	2
Trabalhador da Manutenção de Edificações	1
Vendedor em Domicílio	4
Vigia	5
Total	224

Tabela 02: Quadro de Profissionais - Demais Profissionais (Apoio, Administrativo e Gestão)

Fonte: CNES (Agosto/2025)

4.4 Recursos Tecnológicos e Serviços de Apoio

A capacidade tecnológica instalada no IPPB é composta pelos seguintes equipamentos:

- **Diagnóstico por Imagem:** 2 Raio X até 100 mA, 2 Raio X de 100 a 500 mA, 2 Raio X mais de 500mA, 1 Raio X para Densitometria Óssea, 1 Ultrassom Convencional, 2 Ultrassom Doppler Colorido e 1 Ultrassom Ecógrafo.
- **Odontologia:** 1 aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato, 1 caneta de Alta Rotação, 1 caneta de Baixa Rotação, 1 compressor odontológico, 1 equipo odontológico e 1 fotopolimerizador.
- **Manutenção da Vida:** 7 berços aquecidos, 142 bombas de infusão, 8 desfibriladores, 8 equipamentos de fototerapia (5 em uso), 7 incubadoras, 3 marcapassos temporários, 50 monitores de ECG, 6 monitores de pressão invasivo, 50 monitores de pressão não-invasivo, 64 reanimadores pulmonares/AMBU e 22 respiradores/ventilador.
- **Métodos Gráficos:** 6 eletrocardiógrafos e 1 eletroencefalógrafo (0 em uso).
- **Métodos Ópticos:** 1 cadeira oftalmológica, 1 coluna oftalmológica, 1 endoscópio digestivo, 1 endoscópio das vias respiratórias, 1 endoscópio das vias urinárias, 1 laparoscópio/vídeo, 3 microscópios cirúrgicos (1 em uso) e 6 oftalmoscópios.
- **Outros:** 1 equipamento de circulação extracorpórea e 36 equipamentos para hemodiálise (28 em uso).
- **Infraestrutura:** 115 aparelhos de Ar Condicionado, 2 Grupos Geradores e 11 Refrigeradores.

5. SERVIÇOS EXECUTADOS

5.1 Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem como objetivo articular os diversos pontos de atenção em saúde, organizando a assistência através de fluxos e referências. Essa rede é estruturada pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Corpo de Bombeiros; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h); Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

O Instituto Policlínica PB – IPPB, como Componente Hospitalar, integra a Rede Regional de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com base nas Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e n.º 6, de 28/09/2017 (diretrizes e financiamento para urgências e média/alta

complexidade), na Portaria GM/MS n.º 2.395/2011 (organização de serviços de urgência) e nas Portarias GM/MS n.º 1.365/2013 e n.º 1.366/2013 (linha de cuidado ao trauma). Sua integração à RUE permite o atendimento direto a urgências e emergências, além do referenciamento regulado pelo SAMU 192 e pela Central de Leitos da SESA-PR (Macrorregional Cascavel).

1. Serviços de Urgência e Emergência Ininterruptos

Conforme pactuações e habilitações vigentes, o IPPB deve disponibilizar, sem limite quantitativo, serviços de urgência e emergência ininterruptamente, 24 horas por dia, nas especialidades:

- **Traumato-Ortopedia:** Atendimento de média e alta complexidade para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR).
- **Oncologia:** Atendimento de média e alta complexidade para os habitantes da 7ª Regional de Saúde do Paraná e de 10 municípios catarinenses: Abelardo Luz, Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Ipuçu, Novo Horizonte, São Bernardino, São Domingos e São Lourenço do Oeste.
- **Cardiologia Adulto:** Atendimento de média e alta complexidade para a 7ª e 8ª Regionais de Saúde do Paraná, além dos 7 municípios de Santa Catarina (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino e São Lourenço do Oeste).
- **Cardiologia Pediátrica:** Atendimento de média e alta complexidade para 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e a Macrorregião Oeste de Santa Catarina.
- **Terapia Renal Substitutiva (TRS):** Atendimento para usuários em TRS com intercorrências clínicas, para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná.
- **Transplante Cardíaco:** Atendimento para 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná.
- **Transplante Renal:** Atendimento para 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e os 7 municípios de Santa Catarina (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino e São Lourenço do Oeste).
- **Oftalmologia:** Atendimentos de média complexidade destinados à população da 7ª RS-PR.

2. Serviços de Urgência e Emergência em Escala Alternada

Adicionalmente, em regime de escala alternada com outro prestador (operando em dias ímpares, 24 horas), o IPPB é referência em média complexidade para:

- **Clínica Médica Adulto e Pediátrica, Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia:** Para os municípios da 7ª Regional de Saúde.

Para o acesso a serviços de alta complexidade nessas especialidades, a solicitação deve ser feita obrigatoriamente pela Central de Leitos.

Os atendimentos de urgência e emergência compreendem, conforme a necessidade clínica, a realização de exames complementares laboratoriais e de imagem, podendo evoluir para internação hospitalar ou solicitação de transferência pela Central de Regulação de Leitos, nos casos de alta complexidade cuja especialidade não possua habilitação no serviço. Quando indicado, o atendimento poderá resultar em alta médica, acompanhada da devida contrarreferência para seguimento ambulatorial.

Adicionalmente, o hospital deve assegurar, a realização da consulta de primeiro retorno pós-urgência cirúrgica e nas áreas habilitadas.

Fluxos de Acesso e Regulação

Para garantir o acesso rápido e seguro, o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** do hospital tem o dever de responder com máxima agilidade às solicitações de vaga da Central de Leitos, assegurando o aceite imediato dos usuários para as especialidades e serviços contratados. Os trâmites internos de regulação não podem ser utilizados como barreira para retardar ou recusar o recebimento de um usuário, pois a prioridade absoluta é a continuidade do cuidado e a segurança assistencial.

Atuação em Capacidade Operacional Máxima

A prestação dos serviços de urgência e emergência, por ser uma atividade essencial e ininterrupta, rege-se pelo princípio da continuidade e da responsabilidade solidária entre os prestadores da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Em situações excepcionais, quando o hospital escalado para os atendimentos acordados em (dia par/ímpar) atingir sua capacidade máxima de operação nas especialidades de Clínica Médica Adulto e Pediátrica, Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia, cabe ao

hospital em sobreaviso (fora da escala) o dever de acolher e prestar atendimento. A recusa de atendimento por qualquer um dos hospitais, somente será aceita mediante justificativa formal e comprobatória de superlotação encaminhada ao gestor.

A alegação de "não ser o dia da escala" não constitui motivo legal ou contratual para a recusa do atendimento, uma vez que o direito à vida e à saúde, previsto no Art. 196 da Constituição Federal, se sobrepõe à organização da escala. A negativa injustificada de atendimento caracteriza-se como descumprimento contratual e infração sanitária, podendo configurar o crime de omissão de socorro (Art. 135 do Código Penal), sujeitando a instituição contratada às sanções cabíveis.

Produção e previsão orçamentária

No ano de 2024, nos atendimentos de urgência e emergência, o Instituto registrou uma produção ambulatorial de **R\$ 166.457,65** (cento e sessenta e seis mil, quatrocentos e cinquenta e sete reais e sessenta e cinco centavos), desse total **R\$ 114.590,82** (cento e quatorze mil, quinhentos e noventa reais e oitenta e dois centavos) refere-se à produção de média complexidade e **R\$ 51.866,83** (cinquenta e um mil, oitocentos e sessenta e seis reais e oitenta e três centavos) a produção de alta complexidade. Adicionalmente, o IPPB registrou uma produção hospitalar de **R\$ 15.499.717,85** (quinze milhões, quatrocentos e noventa e nove mil, setecentos e dezessete reais e oitenta e cinco centavos), desse total, **R\$ 6.545.269,99** (seis milhões, quinhentos e quarenta e cinco mil, duzentos e sessenta e nove reais e noventa e nove centavos) referem-se à produção de média complexidade e **R\$ 8.954.447,86** (oito milhões, novecentos e cinquenta e quatro mil, quatrocentos e quarenta e sete reais e oitenta e seis centavos) à produção de alta complexidade.

Esses dados históricos evidenciam a significativa demanda pelos serviços prestados pelo Instituto, reforçam a necessidade de sua manutenção na RUE e foram utilizados como base para a projeção orçamentária, incluindo uma previsão de ampliação do serviço em 20% (vinte por cento).

Para fins de referência orçamentária, prevê-se uma produção mensal de aproximadamente **522** Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para **urgência e emergência**, sendo **223 AIHs cirúrgicas** (151 de média e 72 de alta complexidade) e **299 AIHs clínicas** (286 de média e 13 de alta complexidade). As tabelas a seguir detalham o histórico da

produção financeira dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares de 2024, que servem como um dos componentes para a análise da demanda e do custeio do serviço:

Ambulatorial RUE (Produção 2024)		
Subgrupo	Descrição	Valor (R\$)
0202	Diagnóstico em Laboratório Clínico	R\$ 743,74
0204	Diagnóstico por Radiologia	R\$ 10.096,32
0205	Diagnóstico por Ultrasonografia	R\$ 1.436,05
0206	Diagnóstico por Tomografia	R\$ 51.283,99
0207	Diagnóstico por Ressonância Magnética	R\$ 537,50
0210	Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	R\$ 45,34
0211	Métodos Diagnósticos em Especialidades	R\$ 1.220,55
0301	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	R\$ 94.347,00
0305	Tratamento em Nefrologia	R\$ 6.747,16
**	Total	R\$ 166.457,65

Tabela 03: Produção Ambulatorial da RUE (2024) - Financeiro

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Hospitalar RUE (Produção 2024)		
Subgrupo	Descrição	Valor (R\$)
0201	Coleta de Material	R\$ 1.215,80
0301	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	R\$ 33.774,23
0303	Tratamentos Clínicos (outras especialidades)	R\$ 3.512.752,32
0304	Tratamento em Oncologia	R\$ 393.452,20
0305	Tratamento em Nefrologia	R\$ 216.179,03
0308	Tratamento de Lesões, Envenenamentos e Outros, decorrentes de Causas Externas	R\$ 160.614,42
0401	Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa	R\$ 1.841,69
0402	Cirurgia de Glândulas Endócrinas	R\$ 614,49
0403	Cirurgia do Sistema Nervoso Central e Periférico	R\$ 17.636,08
0404	Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, da Face, da Cabeça e do Pescoço	R\$ 244.896,64
0406	Cirurgia do Aparelho Circulatorio	R\$ 6.270.523,39
0407	Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal	R\$ 271.513,49
0408	Cirurgia do Sistema Osteomuscular	R\$ 906.178,35
0409	Cirurgia do Aparelho Geniturinário	R\$ 111.726,21
0410	Cirurgia de Mama	R\$ 2.628,41
0412	Cirurgia Torácica	R\$ 367.861,42
0413	Cirurgia Reparadora	R\$ 26.226,41
0415	Outras Cirurgias	R\$ 1.200.841,64
0416	Cirurgia em Oncologia	R\$ 504.117,53
0503	Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	R\$ 18.737,55
0505	Transplante de Órgãos, Tecidos e Células	R\$ 1.203.105,02
0506	Acompanhamento e Intercorrências no Pré e Pós-transplante	R\$ 33.281,53
**	Total	R\$ 15.499.717,85

Tabela 04: Produção Hospitalar da RUE (2024) - Financeiro

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

A tabela a seguir apresenta a previsão orçamentária para os serviços da Rede de Atenção de Urgência e Emergência:

Rede de Atenção de urgência e Emergência - RUE (Previsão Orçamentária)					
Item	Descrição	Bloco	Estimativa Mensal	Estimativa Anual	Fonte do Recurso
1.1	Produção Média Complexidade Ambulatorial	Bloco I - Pré fixado	R\$ 10.784,36	R\$ 129.412,32	MAC
1.2	Produção Média Complexidade Hospitalar	Bloco I - Pré fixado	R\$ 654.527,00	R\$ 7.854.324,00	MAC
5.1	Produção de Média Complexidade Ambulatorial - FAEC	Bloco III - Pós fixado	R\$ 674,71	R\$ 8.096,52	FAEC
4.1	Produção Alta Complexidade Ambulatorial - MAC	Bloco III - Pós-fixado	R\$ 5.186,68	R\$ 62.240,16	MAC
4.2	Produção de Alta Complexidade Hospitalar - MAC	Bloco III - Pós fixado	R\$ 367.115,68	R\$ 4.405.388,16	MAC
5.4	Produção de Alta Complexidade Hospitalar - FAEC	Bloco III - Pós fixado	R\$ 528.329,10	R\$ 6.339.949,20	FAEC
**	Total		R\$ 1.566.617,53	R\$ 18.799.410,36	**

Tabela 05: Previsão Orçamentária para a RUE - Financeiro

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Detalhamento Financeiro

O repasse financeiro mensal estimado para a prestação dos serviços de urgência e emergência é de **R\$ 1.566.617,53** (um milhão, quinhentos e sessenta e seis mil, seiscentos e dezessete reais e cinquenta e três centavos), totalizando **R\$ 18.799.410,36** (dezoito milhões, setecentos e noventa e nove mil, quatrocentos e dez reais e trinta e seis centavos) anuais.

Este montante mensal é composto por:

- **R\$ 1.037.613,72** (um milhão, trinta e sete mil, seiscentos e treze reais e setenta e dois centavos) de recursos do Teto de Média e Alta Complexidade, recursos MAC.
- **R\$ 529.003,81** (quinhentos e vinte e nove mil, três reais e oitenta e um centavos) de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, recursos FAEC.

Dos Repasses Financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado - SIHD e Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC
- Item 1.2 – Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 4.1 – Procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos MAC
- Item 4.2 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos MAC

- Item 5.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.4 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC

5.1.1 Resolução SESA/PR n.º 479/2016 (Incentivo Estadual HOSPSUS)

O Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS) tem como objetivo central aprimorar a rede hospitalar do Estado. Gerido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR), o programa busca qualificar e ampliar a oferta de leitos, garantindo que os hospitais públicos e filantrópicos vinculados ao SUS possam operar com maior eficiência, prestar serviços de alta qualidade alinhados às necessidades da população, preencher vazios assistenciais e inserir-se nas redes de atenção prioritárias do Estado.

O Instituto recebe incentivo financeiro, para atuar na **Rede de Urgência e Emergência**, com base no número de leitos gerais e leitos de UTI oferecidos ao SUS, sendo esses recursos provenientes do Tesouro do Estado.

Os recursos de custeio são alocados de forma que metade do valor total do incentivo é destinada de forma fixa, e a outra metade de forma variável, ou seja, condicionada ao desempenho das metas estabelecidas pelo Programa HOSPSUS.

A aplicação é direcionada para a melhoria da qualidade da assistência, com investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos), para o aumento da oferta de serviços, o custeio das ações e serviços e a melhoria da gestão dos hospitais. O incentivo permite complementar a receita dos atendimentos de urgência e emergência, cuja realização não seria viável se não fosse esse complemento financeiro, considerando a defasagem da tabela do SUS.

Ressalta-se que os incentivos do programa não são doações. Os hospitais que fazem parte da rede HOSPSUS têm seus indicadores monitorados mensalmente pela SESA, que exige o enquadramento das instituições em uma série de critérios e demandas.

Detalhamento Financeiro

O teto financeiro mensal previsto para o programa é de **R\$ 200.000,00** (duzentos mil reais), totalizando **R\$ 2.400.000** (dois milhões e quatrocentos mil reais) anuais, com recursos do Fundo Estadual de Saúde.

Do Repasse Financeiro

O recurso financeiro referente a este programa é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco II (Incentivos)

- Item 3.1 - **(Resolução SESA/PR n.º 479/2016) Programa HOSPSUS** - Rede de Urgência e Emergência: Repasse variável mensal de **R\$ 200.000,00** (duzentos mil reais), condicionado ao cumprimento de metas e ao efetivo repasse estadual ao município gestor, recurso do Fundo Estadual.

5.1.2 Programa IntegraHOSP (Incentivo Municipal para RUE)

O Programa de Apoio à Integração do Componente Hospitalar de Pato Branco na Rede de Urgências (IntegraHOSP) é uma iniciativa da Prefeitura Municipal de Pato Branco – PR, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. É desenvolvida em parceria com os 15 municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná (totalizando 288.860 habitantes) e 7 (sete) municípios do Estado de Santa Catarina (totalizando 48.900 habitantes). O programa visa integrar e otimizar o atendimento na porta de entrada dos hospitais de referência da Rede de Urgência e Emergência (RUE), nas especialidades pactuadas. Seu objetivo é assegurar à população pactuada a integralidade do cuidado – desde o primeiro atendimento até a ativação da rede especializada – e a continuidade do tratamento por meio de consultas de reavaliação em clínicas básicas e especializadas.

Este programa integrado fortalece a rede regional de saúde, garantindo um atendimento ágil, humanizado e contínuo para a população de Pato Branco e dos municípios circunvizinhos, contribuindo decisivamente para a manutenção da vida e a integralidade da assistência em situações de urgência e emergência.

Histórico e Evolução do Projeto

Com o objetivo de oferecer atendimento oportuno às urgências, estudos para a reestruturação da porta de entrada hospitalar em Pato Branco foram iniciados em 2011. Em março de 2012, o “Projeto de Qualificação do Acesso Frente às Redes de Atenção” foi implantado para apoiar, de forma solidária entre os municípios pactuados, o custeio da porta de entrada nos hospitais de referência da RUE. Em setembro de 2019, com a nova contratualização dos prestadores hospitalares, o projeto foi reconfigurado, adotando novos critérios – como o rateio baseado no total de atendimentos realizados, independentemente da internação – para manter a equidade no repasse dos recursos.

Em 2021, o projeto foi consolidado como política pública permanente, recebendo a denominação “Programa de Apoio à Integração do Componente Hospitalar de Pato Branco na Rede de Urgências” e a identidade visual IntegraHOSP. As atualizações – incluindo a revisão de indicadores, a adoção do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para correção financeira e a distribuição equitativa de recursos entre hospitais – foram validadas oficialmente em 7 de outubro de 2021 pelo Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), com atas homologadas.

Atualmente, os indicadores foram revisados para condicionar a transferência dos incentivos financeiros à garantia de escalas de plantão médico 24 horas, ao acesso ao atendimento em tempo oportuno nos serviços pactuados, bem como à disponibilização de exames de imagem e de patologia clínica na porta de entrada hospitalar.

Para fins de correção financeira anual, observa-se o disposto no Decreto Municipal n.º 10.110, de 06 de dezembro de 2024, ou norma municipal que venha a substituí-lo, devendo ser adotado o índice de inflação com a menor variação no período, dentre os seguintes: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) e Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M/FGV).

A base de cálculo para o biênio 2026-2027 reflete a atualização monetária pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acrescida do rateio solidário de um incentivo de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) entre os municípios pactuados, visando o fortalecimento do custeio operacional da porta de entrada.

Detalhamento Financeiro

O teto financeiro mensal previsto para o programa é de **R\$ 311.814,26** (trezentos e onze mil, oitocentos e quatorze reais e vinte e seis centavos), totalizando **R\$ 3.741.771,12** (três milhões, setecentos e quarente e um mil, setecentos e setenta e um reais e doze centavos), anuais. O custeio do valor mensal provém das seguintes fontes:

- Recurso vinculado ao teto financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC) do Município de Pato Branco, oriundo da Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR): **R\$ 105.000,00** (cento e cinco mil reais).
- Recursos próprios do Município Gestor Pato Branco (recurso livre): **R\$ 128.535,11** (cento e vinte e oito mil, quinhentos e trinta e cinco reais e onze centavos).

- Recursos do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS), dos municípios da 7ª Regional de Saúde (exceto Palmas e Pato Branco) e dos 7 (sete) municípios de SC, transferidos ao Município Gestor por meio de convênio **R\$ 73.089,14** (setenta e três mil, oitenta e nove reais e cinquenta e quatorze centavos).
- Recurso do Município de Palmas – PR, transferido ao Município Gestor por meio de convênio: **R\$ 5.190,01** (cinco mil, cento e noventa reais e noventa e um centavos).

Do Repasse Financeiro

O recurso financeiro referente a este programa é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco II (Incentivos)

- Item 3.2 – **(Programa IntegraHOSP)**: Repasse variável mensal de R\$ 311.814,26 (trezentos e onze mil, oitocentos e quatorze reais e vinte e seis centavos), condicionado ao cumprimento de indicadores pactuados (Anexo 11.1), composto por recurso MAC, municipal e regional.

5.1.3 Resolução SESA/PR n.º 905/2023 – (Incentivo Estadual para Internações de Urgência)

A Resolução SESA/PR n.º 905/2023 institui a Estratégia de Qualificação Hospitalar para os Internamentos de Caráter de Urgência dos usuários do SUS no Paraná (EQH-EU). Seu objetivo é ampliar o acesso, qualificar e estruturar as portas hospitalares de urgência, sendo destinada aos hospitais privados (com ou sem fins lucrativos) contratualizados pelo SUS que são referência para internamentos de urgência.

Conforme esta estratégia, os internamentos de caráter de urgência recebem um repasse adicional de 20% (vinte por cento) sobre o valor de cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovada no Sistema de Informações Hospitalares (SIHD e SIA/SUS), referente ao financiamento de Média e Alta Complexidade (MAC). A definição dos valores para este complemento de 20% utiliza como referência o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMs do SUS (SIGTAP) vigente.

Detalhamento Financeiro

O teto financeiro mensal previsto para este incentivo é de **R\$ 200.000,00** (duzentos mil reais), totalizando **R\$ 2.400.000,00** (dois milhões e quatrocentos mil reais) anuais, com recursos do Fundo Estadual de Saúde.

Do Repasse Financeiro

O recurso financeiro referente a esta resolução é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco II (Incentivos)

- Item 3.4 - **(Resolução SESA/PR n.º 905/2023 - EQH-EU)**: Repasse variável mensal de até **R\$ 200.000,00** (duzentos mil reais), condicionado à aprovação da produção no SIHD/SUS e ao efetivo repasse estadual, com recurso do Fundo Estadual.

5.1.4 Programa de Retaguarda em Oftalmologia para Urgência e Emergência

O atendimento às urgências e emergências oftalmológicas (traumas perfurantes, descolamentos agudos de retina, queimaduras químicas e corpos estranhos oculares) exige infraestrutura tecnológica de alta especificidade e corpo clínico especializado, elementos que atualmente configuram um vazio assistencial na rede pública direta da 7ª Regional de Saúde.

O Instituto Policlínica PB (IPPB) propõe-se a assumir a retaguarda assistencial em oftalmologia para casos de urgência e emergência, garantindo suporte especializado e assegurando atendimento resolutivo. Essa estratégia promove economia de escala, otimiza a utilização dos recursos públicos e assegura que nenhum munícipe da região permaneça desassistido diante de agravos oftalmológicos de caráter urgente ou emergencial, evitando deslocamentos para centros distantes.

Para a execução do serviço, o Instituto Policlínica PB poderá realizar a subcontratação do serviço médico especializado, considerando a alta especificidade técnica exigida para a prestação da assistência.

Fundamentação Legal

A presente pactuação fundamenta-se nos seguintes dispositivos: 1. Art. 198, §1º da Constituição Federal e Art. 7º da Lei n.º 8.080/1990 (estabelecem a descentralização e a regionalização como pilares do SUS); 2. Art. 30 e 32 do Decreto Federal n.º 7.508/2011 (regulam a articulação interfederativa em Regiões de Saúde para a organização de serviços de média e alta complexidade de forma solidária); 3. Art. 122 da Lei Federal n.º 14.133/2021 (Autoriza a subcontratação parcial do objeto contratual); 4. RDC ANVISA n.º 50/2002 - Parte II (permite que ambientes de um EAS - Estabelecimento Assistencial de Saúde se localizem fora do edifício principal através de serviços terceirizados, visando a racionalização da rede); e 5.

Resolução CFM n.º 1.834/2008 (justifica a natureza do pagamento como Incentivo de Disponibilidade - Sobreaviso Médico, remunerando a prontidão da equipe 24 horas por dia, independentemente do volume de procedimentos).

Fluxo Assistencial e Acesso

O serviço disponibiliza profissional médico oftalmologista em regime de sobreaviso 24 horas por dia, 7 dias por semana. Independentemente do dia ou horário, o usuário deve buscar o atendimento inicial no **Pronto Atendimento (PA) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)** de seu município de residência para triagem e referência, obedecendo ao seguinte fluxo de encaminhamento:

1. **Período Diurno (das 07h às 19h - Segunda a Sexta):** Pacientes com agravos estritamente oftalmológicos e sem complicações sistêmicas serão **encaminhados diretamente à unidade contratada pelos municípios por meio de credenciamento público.**
2. **Período Noturno (das 19h às 07h), Sábados, Domingos e Feriados:** Os usuários que apresentarem urgências oftalmológicas deverão ser encaminhados diretamente ao **Instituto Policlínica PB (IPPB)** para avaliação e conduta pela equipe de retaguarda.
3. **Necessidade de Internamento ou Cirurgia:** Em qualquer horário, caso a avaliação do especialista identifique a necessidade de intervenção cirúrgica hospitalar ou internamento, o paciente será transferido para o Instituto Policlínica PB, que formalizará a internação por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
4. **Alta Complexidade:** Casos que extrapolem a capacidade tecnológica local serão estabilizados e encaminhados via Central de Regulação Estadual para referências macrorregionais.

Detalhamento financeiro

O teto financeiro mensal (MAC) disponível para o serviço de Oftalmologia é de **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, totalizando **R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) anuais**, destinados ao **incentivo de disponibilidade**, correspondente à manutenção da escala de plantão médico em regime de sobreaviso 24 horas.

O custeio do serviço será realizado de forma **solidária entre os municípios pactuados da 7ª Regional de Saúde**, observando a seguinte composição financeira:

- **R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)** custeados mensalmente pelo Município sede, **Pato Branco**,

recurso livre;

- **R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)** rateados de forma proporcional à população (per capita) entre os demais **municípios pactuados** da 7ª Regional de Saúde, recurso livre.

Essa modelagem de financiamento visa assegurar a sustentabilidade do serviço regionalizado, garantindo a disponibilidade permanente da retaguarda oftalmológica para atendimento às urgências e emergências.

Dos Repasses Financeiros

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado)

- Item 1.1 - Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC
- Item 1.2 - Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC

Bloco II (Incentivos)

- Item 3.3 – **Programa de Retaguarda em Oftalmologia para Urgência e Emergência:**
Repasso variável mensal de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), condicionado à manutenção de escala de plantão, recurso livre.

5.2 Serviços Habilitados

A Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco assegura o acesso integral dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a procedimentos de alta complexidade nas áreas de **Cardiologia, Nefrologia, Oncologia, Traumato-Ortopedia e Transplantes (Renal e Cardíaco)**, por meio do Instituto Policlínica PB (IPPB), instituição credenciada para a prestação destes serviços especializados.

O IPPB é responsável pela execução destes serviços, que ocorrem tanto em regime ambulatorial quanto hospitalar, abrangendo atendimentos eletivos, de urgência e emergência (de forma ininterrupta, 24 horas por dia). O escopo de atuação inclui consultas, exames e internações hospitalares, conforme a necessidade do usuário e a pactuação estabelecida. O atendimento destina-se à população de Pato Branco e dos municípios referenciados, conforme detalhado em cada habilitação. A distribuição dos serviços pactuados será realizada conforme a disponibilidade do teto financeiro e os critérios de prioridade estabelecidos pela Central de Regulação Municipal, com a atuação de médicos reguladores.

Para cada área de habilitação, o prestador deve cumprir os requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelas normativas correlatas, incluindo infraestrutura adequada, equipe multidisciplinar qualificada e capacidade operacional compatível. Além disso, deve atender ao quantitativo pactuado de serviços, em conformidade com as respectivas portarias e o estabelecido neste Documento Descritivo.

5.2.1 Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

Fundamentação legal

Portaria GM/MS n.º 1.169, de 15 de junho de 2004: Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Portaria SAS/MS n.º 210, de 15 de junho de 2004: Define os critérios para habilitação e as normas para Unidades de Assistência e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, estabelecendo os parâmetros de produção e os serviços exigidos.

Portaria SAS/MS n.º 18, de 25 de janeiro de 2006: Habilita o prestador (CNES 17868) como Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular (Código 08.01), com serviços de Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (08.03) e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (08.04)

Portaria SAES/MS n.º 1.822, de 11 de junho de 2024: Define a Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em Cardiologia, incluindo procedimentos e atributos na Tabela de Procedimentos do SUS.

Em conformidade com as habilitações e a Portaria SAS/MS n.º 210/2004, os serviços a serem oferecidos incluem:

- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (08.03)
- Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (08.04)

Abrangência Regional

A unidade de referência abrange:

Cardiologia Adulto

- **7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Mangua, Mariópolis,

Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino).

- **8ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, abrange 27 municípios com uma população de 382.856 habitantes (Ampére, Barracão, Bela Vista do Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola d'Oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge d'Oeste e Verê).
- **Estado de Santa Catarina (SC)**, com sete municípios e população estimada de 48.900 habitantes (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Novo Horizonte, São Bernardino, São Lourenço do Oeste, Jupiá).

A população total coberta para cardiologia adulto é de aproximadamente 720.616 habitantes.

Cardiologia Pediátrica

O serviço de cardiologia pediátrica atua como referência para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná, além da Macrorregião Oeste de Santa Catarina, sendo:

- **9ª Regional de Saúde**, abrange 9 municípios com uma população estimada de 463.180 habitantes (Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu).
- **10ª Regional de Saúde**, abrange 25 municípios com uma população estimada de 601.884 habitantes (Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste).
- **11ª Regional de Saúde**, abrange 25 municípios com uma população estimada de 349.296 habitantes (Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campina da Lagoa, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Goioerê, Iretama, Janiópolis, Juranda, Luiziana, Mamborê, Moreira Sales, Nova Cantu, Peabiru, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre d'Oeste, Roncador, Terra Boa e Ubiratã).
- **12ª Regional de Saúde**, abrange 21 municípios com uma população estimada de 300.064 habitantes (Alto Paraíso, Alto Piquiri, Altônia, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Cruzeiro

do Oeste, Douradina, Esperança Nova, Francisco Alves, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Mariluz, Nova Olímpia, Perobal, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Tapira, Umuarama e Xanxerê).

- **20ª Regional de Saúde**, abrange 18 municípios com uma população estimada de 439.615 habitantes (Assis Chateaubriand, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi).
- **Macrorregião Oeste de Santa Catarina**, abrange 118 municípios com uma população estimada de 1.408.448 habitantes (Abdon Batista, Abelardo Luz, Água Doce, Águas de Chapecó, Águas Frias, Alto Bela Vista, Anchieta, Arabutã, Arroio Trinta, Arvoredo, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus, Bom Jesus do Oeste, Brunópolis, Caibi, Calmon, Campos Novos, Capinzal, Catanduvás, Caxambu do Sul, Celso Ramos, Chapecó, Concórdia, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunha Porã, Cunhataí, Curitibanos, Descanso, Dionísio Cerqueira, Entre Rios, Erval Velho, Faxinal dos Guedes, Flor do Sertão, Fraiburgo, Frei Rogério, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Guatambú, Herval d'Oeste, Ibiam, Ibicaré, Iomerê, Ipira, Iporã do Oeste, Ipuacu, Ipumirim, Iraceminha, Irani, Itá, Itapiranga, Jaborá, Joaçaba, Jupiá, Lacerdópolis, Lajeado Grande, Lebon Régis, Lindóia do Sul, Luzerna, Macieira, Maravilha, Marema, Modelo, Mondaí, Monte Carlo, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Ouro, Ouro Verde, Paial, Palma Sola, Paraíso, Passos Maia, Peritiba, Pinhalzinho, Pinheiro Preto, Piratuba, Planalto Alegre, Ponte Alta, Ponte Alta do Norte, Ponte Serrada, Presidente Castello Branco, Princesa, Rio das Antas, Riqueza, Romelândia, Saltinho, Salto Veloso, Santa Cecília, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, São Carlos, São Cristovão do Sul, São Domingos, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Saudades, Seara, Serra Alta, Sul Brasil, Tangará, Tigrinhos, Timbó Grande, Treze Tílias, Tunápolis, Vargeão, Vargem, Vargem Bonita, Videira, Xanxerê, Xavantina, Xaxim e Zortéa).

Serviço Pactuado

O serviço pactuado prevê a realização mensal de:

- 300 consultas em cardiologia adulto
- 179 consultas em cardiologia pediátrica

- 100 consultas em cirurgia cardiovascular
- 50 avaliações de marcapasso
- 15 cirurgias cardiovasculares de adulto
- 10 cirurgias cardiovasculares pediátricas
- 12 procedimentos em cardiologia intervencionista
- 40 cateterismos cardíacos
- 180 ecocardiografias transtorácicas.
- 150 testes de esforço/ergométricos.
- 60 monitoramentos pelo sistema holter 24h (3 canais).
- 40 cintilografias de perfusão miocárdica/estresse
- 40 cintilografias de perfusão miocárdica/repouso
- 4 ressonâncias magnéticas de coração / Aorta C/ Cine.
- 5 ecocardiografias transesofágicas.
- 2 ecocardiografias de estresse.

Os quantitativos pactuados, foram estabelecidos com base na demanda real da população e no histórico de 2024. Os quantitativos de consultas, superiores ao mínimo de 267 estabelecido pela Portaria SAS/MS n.º 210/2004, baseiam-se na alta demanda histórica de 5.803 consultas em 2024 e em uma fila de espera de 192 usuários.

Destaca-se ainda a necessidade de o prestador habilitado executar os serviços de média e alta complexidade integralmente, garantindo o atendimento completo ao usuário.

Execução e Valores

As tabelas a seguir especificam, com base na Portaria SAES/MS n.º 210/2004, os quantitativos e custos estimados para consultas, exames e procedimentos:

Consultas							
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cardiologia Adulto	1	R\$ 10,00	300	R\$ 3.000,00	3600	R\$ 36.000,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cardiologia Pediátrica	1	R\$ 10,00	179	R\$ 1.790,00	2148	R\$ 21.480,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Cardiovascular	1	R\$ 10,00	100	R\$ 1.000,00	1200	R\$ 12.000,00
03.09.04.001-9	Avaliação de Marcapasso	1	R\$ 0,00	50	R\$ 0,00	600	R\$ 0,00
Total		4	R\$ 30,00	629	R\$ 5.790,00	7548	R\$ 69.480,00

Tabela 06: Previsão Orçamentária – Consultas em Cardiovascular

Exames							
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	1	R\$ 67,86	180	R\$ 12.214,80	2160	R\$ 146.577,60
02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24h (3 canais)	1	R\$ 30,00	60	R\$ 1.800,00	720	R\$ 21.600,00
02.11.02.006-0	Teste de Esforço/Ergométrico	1	R\$ 30,00	150	R\$ 4.500,00	1800	R\$ 54.000,00
02.08.01.002-5	Cintilografia de Miocárdio p/ Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (Mínimo 3 Projeções)	1	R\$ 408,52	40	R\$ 16.340,80	480	R\$ 196.089,60
02.08.01.003-3	Cintilografia de Miocárdio p/ Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções)	1	R\$ 383,07	40	R\$ 15.322,80	480	R\$ 183.873,60
02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta C/ Cine	1	R\$ 361,25	4	R\$ 1.445,00	48	R\$ 17.340,00
02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofágica	1	R\$ 165,00	5	R\$ 825,00	60	R\$ 9.900,00
02.05.01.001-6	Ecocardiografia de Estresse	1	R\$ 165,00	2	R\$ 330,00	24	R\$ 3.960,00
Total		8	R\$ 1.610,70	481	R\$ 52.778,40	5772	R\$ 633.340,80

Tabela 07: Previsão Orçamentária – Exames em Cardiovascular

Procedimentos Cardiologia Intervencionista							
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	1	R\$ 772,80	40	R\$ 30.912,00	480	R\$ 370.944,00
Total		1	R\$ 772,80	40	R\$ 30.912,00	480	R\$ 370.944,00

Tabela 08: Previsão Orçamentária – Procedimentos em Cardiovascular

Procedimento Cirúrgico							
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		**	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
04.06.01	Cirurgia Cardiovascular Adulto	15	R\$ 70.858,61	180	R\$ 850.303,31	MAC/FAEC	
04.06.01	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	10	R\$ 35.447,80	120	R\$ 425.373,60	MAC/FAEC	
04.06.03	Procedimento em Cardiologia Intervencionista	12	R\$ 33.889,93	144	R\$ 406.679,16	MAC/FAEC	
Total		37	R\$ 140.196,34	444	R\$ 1.682.356,07	**	

Tabela 09: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Cardiovascular

Detalhamento financeiro

O teto financeiro mensal (MAC) disponível para a habilitação de Cardiologia é de **R\$ 316.575,39** (trezentos e dezesseis mil, quinhentos e setenta e cinco reais e trinta e nove centavos), totalizando **R\$ 3.798.904,68** (três milhões, setecentos e noventa e oito mil, novecentos e quatro reais e sessenta e oito centavos) anuais.

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 229.676,74** (duzentos e vinte e nove mil, seiscentos e setenta e seis reais e setenta e quatro centavos) para consultas, exames, procedimentos e cirurgias, recurso MAC.
- **R\$ 239.734,92** (duzentos e trinta e nove mil, setecentos e trinta e quatro reais e noventa e dois centavos) para atendimentos de urgência e emergência, recurso MAC.
- **R\$ 126.630,16** (cento e vinte e seis mil, seiscentos e trinta reais e dezesseis centavos) (equivalente a 40% do teto MAC) a ser repassado como incentivo financeiro variável, condicionado ao cumprimento dos indicadores pactuados (Anexo 11.1).

Para além do teto de habilitação, estima-se a necessidade de **R\$ 279.466,43** (duzentos e

setenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e seis reais e quarenta e três centavos), mensais adicionais para manutenção dos serviços atualmente ofertados pela unidade. O valor adicional a ser desembolsado corresponde ao teto MAC de Pato Branco.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA/SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado)

- Item 1.1 - Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC
- Item 1.2 - Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC

Bloco II (Incentivos)

- Item 3.5 – **Incentivo Habilitação Cardiovascular:** Repasse variável mensal de R\$ 126.630,16 (cento e vinte e seis mil, seiscentos e trinta reais e dezesseis centavos), condicionado ao cumprimento de indicadores, recursos MAC.

Bloco III (Pós-fixado)

- Item 4.1 – Procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos MAC
- Item 4.2 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos MAC
- Item 5.4 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC
- Item 5.5 – **(Portarias SAES/MS n.º 2.324/2024 e n.º 3.607/2025, ou norma superveniente)** Programa Agora Tem Especialistas - Componente Cirúrgico: Repasse variável mensal de complementação federal (FAEC), conforme portaria e programação orçamentária, condicionado à produção.

5.2.1.1 Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) – Programa Agora Tem Especialistas, em Cardiologia

O hospital ofertará também os serviços em Cardiologia por meio das Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs), conforme diretrizes do Programa Agora Tem Especialistas - Componente Ambulatorial (instituído pela Portaria SAES/MS n.º 3.607/2025, que altera a nomenclatura do

antigo Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE). As OCIs consistem em pacotes de cuidado que reúnem consultas, exames e procedimentos necessários para o atendimento completo de condições específicas, promovendo mais agilidade e resolutividade na atenção ao usuário.

A unidade de referência abrange a 7ª RS-PR, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino).

A definição, o escopo e o quantitativo das OCIs a serem ofertadas seguirão o estabelecido nas portarias ministeriais vigentes e no Plano de Ação Regional (PAR) aprovado nas instâncias competentes, respeitando-se o valor programado. A CONTRATADA deverá adequar sua oferta sempre que houver alterações nas normativas ou no planejamento pactuado, garantindo o alinhamento contínuo às diretrizes atuais do programa. A tabela a seguir especifica, com base na Portaria SAES/MS n.º 1.822/2024, os quantitativos e custos estimados para execução da OCI em Cardiologia:

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS - OCIs CARDIOLOGIA					
Descrição	Estimativa Mensal		Estimativa Anual		**
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Financiamento
OCIs Cardiologia	332	R\$ 62.060,00	3984	R\$ 744.720,00	FAEC
Total	332	R\$ 62.060,00	3984	R\$ 744.720,00	**

Tabela 10: Previsão Orçamentária – OCI Cardiologia

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Plano de Ação Regional.

Detalhamento financeiro

A previsão orçamentária mensal para execução das **OCIs de Cardiologia** é de **R\$ 62.060,00** (sessenta e dois mil e sessenta reais), totalizando **R\$ 744.720,00** (setecentos e quarenta e quatro mil, setecentos e vinte reais) anuais, recursos FAEC.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA/SUS).

Em conformidade com as normativas do Programa Agora Tem Especialistas, a OCI deverá ser finalizada no prazo máximo de 2 (duas) competências a contar da data da solicitação, e o

respectivo pagamento somente será efetivado após a conclusão.

Os recursos financeiros são repassados ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 5.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos FAEC

5.2.2 Transplante Cardíaco

Fundamentação legal

Portaria SAES/MS n.º 1.848, de 24 de junho de 2024: Concede a renovação da autorização para retirada e transplante de órgãos e tecidos, abrangendo a Retirada de Órgãos e Tecidos (Código 24.20) e o Transplante de Coração (Código 24.11)

Portaria SAES/MS n.º 2.689, de 20 de março de 2025: Concede a renovação da autorização para retirada e transplante de órgãos e tecidos, incluindo a Retirada de Órgãos e Tecidos (Código 24.20) e o Transplante de Tecido Músculo Esquelético (Código 24.22)

Em conformidade com a Portaria SAES/MS n.º 1.848/2024, os serviços a serem oferecidos incluem:

- Transplante Cardíaco (24.11)
- Retirada de órgãos e tecidos para transplante (24.20)

Abrangência Regional

O serviço de transplante cardíaco é referência para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná.

- **7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, abrange 15 municípios com uma população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino).
- **8ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, abrange 27 municípios com uma população estimada de 382.856 habitantes (Ampére, Barracão, Bela Vista do Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova

Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola d'Oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge d'Oeste e Verê).

- **9ª Regional de Saúde**, abrange 9 municípios com uma população estimada de 463.180 habitantes (Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu).
- **10ª Regional de Saúde**, abrange 25 municípios com uma população estimada de 601.884 habitantes (Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste).
- **20ª Regional de Saúde**, abrange 18 municípios com uma população estimada de 439.615 habitantes (Assis Chateaubriand, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi).

Serviço Pactuado

O serviço é disponibilizado para toda a população da área de abrangência, sem limite quantitativo. O acesso é universal e regulado pela inscrição na fila única da Central Nacional de Transplantes. A pactuação inclui a realização de transplantes, a avaliação de doadores e receptores, e o acompanhamento pós-transplante. O serviço pactuado prevê a oferta mensal dos seguintes quantitativos:

Transplante cardíaco

- 1 transplante de coração
- 16 acompanhamentos e intercorrências no pré e pós-transplante

Execução e Valores

A previsão orçamentária para procedimentos de transplante cardíaco, com base na série histórica de 2024, é apresentada a seguir:

Procedimento (Transplantes)						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
05.05.02.004-1	Transplante de Coração	1	R\$ 37.052,69	12	R\$ 444.632,28	FAEC
05.01	Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos, Tecidos e Células e de Transplante	1	R\$ 8.285,17	12	R\$ 99.422,04	FAEC
05.02	Avaliação de Morte Encefálica	1	R\$ 245,00	12	R\$ 2.940,00	FAEC
05.03	Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	1	R\$ 5.327,26	12	R\$ 63.927,12	FAEC
05.06	Acompanhamento e Intercorrências no Pré e Pós-Transplante	16	R\$ 11.053,44	192	R\$ 132.641,28	FAEC
07.02.12.001-4	Líquido de Preservação de Coração p/ Transplante (Litro)	3	R\$ 3.303,63	36	R\$ 39.643,56	FAEC
Total		23	R\$ 65.267,19	276	R\$ 783.206,28	**

Tabela 11: Previsão Orçamentária – Transplante Cardíaco

Cuidados Pré e Pós-Transplante

O prestador contratualizado será responsável ainda pela execução de todas as etapas e pelos cuidados necessários nos períodos pré e pós-transplante cardíaco, conforme descrito a seguir:

1. Pré-transplante

- **Acompanhamento Pré-Transplante** (SIGTAP 05.06.01.021-0): Consiste em consulta médica anual para avaliação e acompanhamento clínico de candidatos a transplante cardíaco.
- **Exames para Inclusão em Lista de Espera para Transplante Cardíaco** (SIGTAP 05.01.07.004-4): Compreende a realização de um protocolo completo de exames, obrigatório para a inclusão de candidatos na lista de espera para transplante cardíaco, conforme estabelecido em regulamento técnico específico. Inclui exames laboratoriais (dosagens de ácido úrico, bilirrubina total e frações, cloreto, colesterol total e frações, fosfatase alcalina, proteínas totais e frações, magnésio, sódio, potássio, glicemia, creatinina, alanina amino-transferase (ALT), aspartato amino-transferase (AST), gama-glutamyl-transferase (GAMA GT), gasometria, contagem de plaquetas, determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP), prova de retração do coágulo, PSA, urinálise, clearance de creatinina, microbiológico a fresco (direto), parasitológico de fezes, tipagem sanguínea ABO, hemograma completo, sorologias (anti-HIV, anti-HTLV I/II, HBsAG, ANTI-HBc, ANTI-HBS, ANTI-HCV, doença de Chagas, citomegalovírus IGG e IGM, toxoplasmose IGG e IGM, VDRL e Lues), além de exames de imagem e funcionais como teste da caminhada de 6 minutos, radiografia de tórax, ecocardiografia transtorácica, ultrassonografias com doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos), ultrassonografia de tórax (extracardíaca), tomografia computadorizada de tórax,

cintilografia de miocárdio p/ avaliação da perfusão em situação de esforço (somente em casos selecionados), cintilografia de miocárdio p/ localização de necrose, cintilografia sincronizada de câmaras cardíacas em situação de repouso (ventriculografia), cateterismo cardíaco, espirografia e biópsia endomiocárdica em casos selecionados. Este procedimento só pode ser registrado uma única vez por candidato.

- **Exames para Pacientes em Lista de Espera (SIGTAP: 05.01.05.004-3):** Realização semestral de exames radiológicos, análises laboratoriais (hematologia, bioquímica, sorologia e eletrólitos) para complementação da investigação clínica candidatos a recepção de órgãos (fígado, rins, pulmões, coração, pâncreas, rim-pâncreas).

2. Pós-transplante

- **Acompanhamento Pós-Transplante (SIGTAP 05.06.01.013-9):** Consiste no acompanhamento clínico especializado do paciente transplantado, realizado por médico, mensalmente no primeiro ano após o transplante e bimestralmente a partir do segundo ano.

Detalhamento financeiro

A previsão orçamentária disponível para os procedimentos é de **R\$ 65.267,19** (sessenta e cinco mil, duzentos e sessenta e sete reais e dezenove centavos), totalizando **R\$ 783.206,28** (setecentos e oitenta e três mil, duzentos e seis reais e vinte e oito centavos) anuais, recursos FAEC.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA-SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 5.1: procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.2: procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos FAEC

- Item 5.3: procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.4: procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC

5.2.3 Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)

Fundamentação legal

Portaria SAS/MS n.º 102, de 03 de fevereiro de 2012: Habilita o prestador (CNES 17868) como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviço de Radioterapia (Código 17.07).

Portaria GM/MS n.º 3.398, de 28 de dezembro de 2016: Habilita o prestador (CNES 17868), como Oncologia Cirúrgica porte “B” (17.18).

Portaria GM/MS n.º 8.516, de 23 de outubro de 2025: Habilita o prestador (CNES 17868), como Componente Acesso à Radioterapia do Programa Agora Tem Especialistas (3807).

Portaria SAES/MS n.º 1.399, de 17 de dezembro de 2019: Redefine critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia no âmbito do SUS.

Deliberação CIB/PR n.º 153/2024: Aprova as referências hospitalares para a Linha de Cuidado da Oncologia na Alta Complexidade do Paraná, definindo o escopo de atuação do IPPB para a 7ª Regional de Saúde e municípios pactuados.

Lei Federal n.º 12.732 de 22 de novembro de 2012: Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada no SUS, estabelecendo o prazo máximo de até 60 dias para seu início (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia), contados a partir da data de registro do diagnóstico em laudo patológico no prontuário do paciente (regulamentada pela Portaria n.º 876/2013).

Lei Federal n.º 13.896 de 30 de outubro de 2019: Altera a Lei n.º 12.732/2012 para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 dias.

Portaria GM/MS n.º 876 de 16 de maio de 2013: Dispõe sobre a aplicação da Lei n.º 12.732/2012 no âmbito do SUS.

Portaria SAES/MS n.º 1.824, de 11 de junho de 2024: Define a Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em Oncologia, incluindo procedimentos e atributos na Tabela de Procedimentos do SUS.

O prestador deverá, ainda, observar todas as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde.

Em conformidade com as habilitações vigentes, os serviços a serem oferecidos incluem:

- UNACON com Serviço de Radioterapia (17.07)
- Oncologia Cirúrgica porte “B” (17.18)

Conforme **Deliberação CIB/PR n.º 153/2024**, o IPPB é referência para os serviços de Oncologia Clínica e Cuidados Paliativos em Adultos, Radioterapia, Iodoterapia Oncológica e Não Oncológica, Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia e Cirurgia Oncológica, abrangendo as especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Coloproctologia, Ginecologia, Mastologia, Urologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Cirurgia de Pele/Plástica e Neurocirurgia.

Para as especialidades de Oncologia Pediátrica, Hematologia, Cirurgia de Ossos e Partes Moles, Braquiterapia, Tratamento de Câncer Raro, Oncologia Oftalmológica e Transplante de Medula Óssea, a referência para a população da 7ª Regional de Saúde é o município de Cascavel (UOPECCAN e/ou CEONC), conforme fluxo regulatório estadual.

Para o exame de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT), a referência para a 7ª RS é o município de Cascavel, seguindo o fluxo regulatório definido pela SESA/PR.

Abrangência Regional

A unidade de referência abrange:

- **7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Manguaçu, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino).
- **Estado de Santa Catarina (SC)**, com 10 municípios e população estimada de 84.038 habitantes (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Novo Horizonte, São Bernardino, São Lourenço do Oeste, Jupiá, Abelardo Luz, São Domingos e Ipuaçu).

População total coberta: Aproximadamente 372.898 habitantes.

Serviço Pactuado

O serviço pactuado prevê a oferta mensal dos seguintes quantitativos:

- 1.422 consultas especializadas em oncologia, abrangendo subespecialidades de urologia, neurologia, cirurgia geral, ginecologia, bucomaxilofacial, cirurgia plástica, ortopedia e mastologia
- 300 consultas/acompanhamentos com psicólogo
- 200 consultas/acompanhamentos com nutricionista
- 200 consultas/acompanhamentos com fisioterapeuta
- 690 sessões de quimioterapia/hormonioterapia
- 50 tratamentos de radioterapia
- 3 iodoterapias
- 60 procedimentos com finalidade diagnóstica (biópsia/punção)
- 1.682 exames de laboratório clínico
- 300 exames de anatomia patológica e citopatologia
- 200 exames de radiologia
- 200 exames de ultrassonografia
- 250 exames de tomografias computadorizadas
- 60 exames de ressonâncias magnéticas
- 20 exames de medicina nuclear in vivo
- 150 exames de diagnóstico por endoscopias
- 80 procedimentos cirúrgicos

Os quantitativos pactuados (consultas, exames, e procedimentos terapêuticos e cirúrgicos), superiores aos parâmetros mínimos da Portaria SAES/MS n.º 1.399/2019 (250 consultas e 54 cirurgias), foram estabelecidos com base na demanda real da população e no histórico de 2024 (14.222 consultas e 768 cirurgias), visando reduzir filas de espera e otimizar o acesso. A definição para a equipe multiprofissional baseia-se na média de 178 novos usuários/mês e no modelo assistencial adotado, visando assegurar tanto o suporte inicial quanto a continuidade do cuidado.

O prestador habilitado deverá executar integralmente os serviços de média e alta complexidade, garantindo o atendimento completo ao usuário.

Execução e Valores

As previsões orçamentárias e quantitativos estimados para consultas, exames e

procedimentos (incluindo cirúrgicos), com base na Portaria SAES/MS n.º 1.399/2019 e histórico de 2024, são detalhadas nas tabelas a seguir:

Consultas								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Oncologia	1	R\$ 10,00	1.422	R\$ 14.220,00	17064	R\$ 170.640,00	MAC
03.01.01.004-8	Consulta de Profissional de Nível Superior: Psicólogo	1	R\$ 6,30	300	R\$ 1.890,00	3600	R\$ 22.680,00	MAC
03.01.01.004-8	Consulta de Profissional de Nível Superior: Nutricionista	1	R\$ 6,30	200	R\$ 1.260,00	2400	R\$ 15.120,00	MAC
03.01.01.004-8	Consulta de Profissional de Nível Superior: Fisioterapeuta	1	R\$ 6,30	200	R\$ 1.260,00	2400	R\$ 15.120,00	MAC
Total		4	R\$ 28,90	2.122	R\$ 18.630,00	25464	R\$ 223.560,00	**

Tabela 12: Previsão Orçamentária – Consultas em Oncologia

Exames						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		Financiamento
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
02.01	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica (Biópsia/Punção)	60	R\$ 2.980,60	720	R\$ 35.767,20	MAC
02.02	Diagnóstico em Laboratório Clínico	1682	R\$ 8.744,91	20184	R\$ 104.938,87	MAC
02.03	Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia	300	R\$ 29.401,65	3600	R\$ 352.819,80	MAC
02.04	Diagnóstico por Radiologia	200	R\$ 1.742,81	2400	R\$ 20.913,75	MAC
02.05	Diagnóstico por Ultrassonografia	200	R\$ 6.129,81	2400	R\$ 73.557,75	MAC
02.06	Diagnóstico por Tomografia Computadorizada	250	R\$ 34.657,50	3000	R\$ 415.890,00	MAC
02.07	Diagnóstico por Ressonância Magnética	60	R\$ 16.125,00	720	R\$ 193.500,00	MAC
02.08	Diagnóstico por Medicina Nuclear in Vivo	20	R\$ 5.788,60	240	R\$ 69.463,20	MAC
02.09	Diagnóstico por Endoscopia	150	R\$ 15.256,29	1800	R\$ 183.075,43	MAC
Total		2922	R\$ 120.827,17	35064	R\$ 1.449.926,00	**

Tabela 13: Previsão Orçamentária – Exames em Oncologia

Procedimentos						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		Financiamento
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
03.04.02 à 03.04.08	Quimioterapia / Hormonioterapia	690	R\$ 361.256,73	8280	R\$ 4.335.080,76	MAC
03.04.09	Iodoterapia	3	R\$ 5.430,96	36	R\$ 65.171,52	MAC
Total		693	R\$ 366.687,69	8316	R\$ 4.400.252,28	**

Tabela 14: Previsão Orçamentária – Procedimentos em Oncologia

Procedimento Cirúrgico						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
04.15 e 04.16	Cirurgia Oncológica	80	R\$ 193.461,76	960	R\$ 2.321.541,12	MAC/FAEC
Total		80	R\$ 193.461,76	960	R\$ 2.321.541,12	**

Tabela 15: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Oncologia

Procedimentos						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		Financiamento
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
03.04.01	Radioterapia	50	R\$ 177.425,80	600	R\$ 2.129.109,60	FAEC
Total		50	R\$ 177.425,80	600	R\$ 2.129.109,60	**

Tabela 16: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Oncologia - FAEC

Detalhamento financeiro

O teto financeiro mensal (MAC) disponível é de **R\$ 762.917,33** (setecentos e sessenta e dois mil, novecentos e dezessete reais e trinta e três centavos), totalizando **R\$ 9.155.007,96** (nove milhões, cento e cinquenta e cinco mil, sete reais e noventa e seis centavos) anuais.

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 699.606,62** (seiscentos e noventa e nove mil, seiscentos e seis reais e sessenta e dois centavos) para consultas, exames, procedimentos e cirurgias eletivas.
- **R\$ 53.094,85** (cinquenta e três mil, noventa e quatro reais e oitenta e cinco centavos) para atendimentos de urgência e emergência.
- **R\$ 305.166,93** (trezentos e cinco mil, cento e sessenta e seis reais e noventa e três centavos) (equivalente a 40% do teto MAC) a ser repassado como incentivo financeiro variável, condicionado ao cumprimento dos indicadores pactuados (Anexo 11.1).

Para além do teto de habilitação, estima-se a necessidade de **R\$ 294.951,07** (duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e cinquenta e um reais e sete centavos) mensais adicionais para cobrir os custos dos serviços ofertados. Esse montante representa a média mensal para a continuidade dos serviços atualmente ofertados pela unidade. A projeção desse valor extra fundamenta-se no histórico de 2024. O valor adicional a ser desembolsado corresponde ao teto MAC de Pato Branco.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA/SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC.
- Item 1.2 – Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC.

Bloco II (Incentivos):

- Item 3.6 – **Incentivo Habilitação em Oncologia:** Repasse variável mensal de R\$ 305.166,93 (trezentos e cinco mil, cento e sessenta e seis reais e noventa e três centavos), condicionado ao cumprimento de indicadores, com recurso MAC.

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 4.1 – Procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos MAC.
- Item 4.2 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos MAC.
- Item 5.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.3 – Procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.4 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC
- Item 5.5 – **(Portarias SAES/MS n.º 2.324/2024 e n.º 3.607/2025, ou norma superveniente)** Programa Agora Tem Especialistas - Componente Cirúrgico: Repasse variável mensal de complementação federal (FAEC), conforme portaria e programação orçamentária, condicionado à produção.

5.2.3.1 Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) – Programa Agora Tem Especialistas, em Oncologia

O hospital ofertará também os serviços em Oncologia por meio das Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs), conforme diretrizes do Programa Agora Tem Especialistas - Componente Ambulatorial (instituído pela Portaria SAES/MS n.º 3.607/2025, que altera a nomenclatura do antigo Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE). As OCIs consistem em pacotes de cuidado que reúnem consultas, exames e procedimentos necessários para o atendimento completo de condições específicas, promovendo mais agilidade e resolutividade na atenção ao usuário.

A unidade de referência abrange a 7ª RS-PR, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Manguaçu, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino).

A definição, o escopo e o quantitativo das OCIs a serem ofertadas seguirão o estabelecido nas portarias ministeriais vigentes e no Plano de Ação Regional (PAR) aprovado nas instâncias competentes, respeitando-se o valor programado. A CONTRATADA deverá adequar sua oferta sempre que houver alterações nas normativas ou no planejamento pactuado, garantindo o alinhamento contínuo às diretrizes atuais do programa. A tabela a seguir especifica, com base na

Portaria SAS/MS n.º 1.824/2024, os quantitativos e custos estimados para execução da OCI em Oncologia:

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS - OCIs ONCOLOGIA					
Descrição	Estimativa Mensal		Estimativa Anual		**
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Financiamento
OCIs Oncologia	46	R\$ 10.878,00	552	R\$ 130.536,00	FAEC
Total	46	R\$ 10.878,00	552	R\$ 130.536,00	**

Tabela 17: Previsão Orçamentária – OCI Oncologia

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Plano de Ação Regional.

Detalhamento financeiro

A previsão orçamentária mensal para execução das **OCIs de Oncologia** é de **R\$ 10.878,00** (dez mil, oitocentos e setenta e oito reais), totalizando **R\$ 130.536,00** (cento e trinta mil, quinhentos e trinta e seis reais) anuais, recursos FAEC.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA/SUS).

Em conformidade com as normativas do Programa Agora Tem Especialistas, a OCI deverá ser finalizada no prazo máximo de 2 (duas) competências a contar da data da solicitação, e o respectivo pagamento somente será efetivado após a conclusão.

Os recursos financeiros são repassados ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 5.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos FAEC

5.2.4 Assistência em Nefrologia/Doença Renal Crônica

Fundamentação legal

Portaria GM/MS n.º 1.168 de 15 de junho de 2004: Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.

Portaria SAS/MS n.º 594, de 27 de outubro de 2005: credencia o Serviço de Nefrologia no

Prestador CNES 17868.

Portaria GM/MS n.º 3.415, de 22 de outubro de 2018: dispõe sobre atenção especializada em DRC, com Hemodiálise (15.04) e Diálise Peritoneal (15.05)

Portaria GM/MS n.º 1.675, de 07 de junho de 2018: dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria GM/MS n.º 389, de 13 de março de 2014: Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).

RDC ANVISA/MS n.º 154, de 15 de junho de 2004: Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.

RDC ANVISA/MS n.º 11, de 13 de março de 2014: Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise

NOTA TÉCNICA N.º 1612/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS: Autoriza o registro e a cobrança, via BPA individualizado, de consultas e administração de medicamentos para pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Resolução SESA/PR n.º 383/2025: Institui o cofinanciamento de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS, na modalidade de hemodiálise e diálise.

Em conformidade com a Portaria GM/MS n.º 3.415/2018, os serviços a serem oferecidos incluem:

- Atenção Especializada em DRC com hemodiálise (15.04)
- Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal (15.05)

Abrangência Regional

A unidade de referência em Nefrologia/DRC atende:

- **7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Manguaçu, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino).
- **Estado de Santa Catarina (SC)**, com sete municípios e população estimada de 48.900 habitantes (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Novo Horizonte, São Bernardino, São Lourenço do Oeste, Jupiá).

A população total coberta é de aproximadamente 337.760 habitantes.

Serviço Pactuado

O serviço pactuado, exclusivo para usuários em hemodiálise, prevê a oferta mensal dos seguintes quantitativos:

- 1.776 consultas especializadas em nefrologia/DRC
- 1.776 administração de medicamentos na atenção especializada
- 600 consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)

Terapia Renal Substitutiva

- 1.600 Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)
- 10 Hemodiálise (excepcionalidade máximo 1 sessão por semana)
- 150 Hemodiálise em pacientes com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (máximo 3 sessões por semana)
- 2 Hemodiálise em pacientes com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou C – excepcionalidade (máximo 1 sessão por semana)
- 2 Hemodiálise Pediátrica (máximo 4 sessões por semana)
- 2 Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA/DPAC

Execução e Valores

As tabelas a seguir apresentam a previsão orçamentária de quantitativos e custos para consultas, exames, procedimentos e OPMEs. As estimativas seguem a Portaria n.º 389/2014, a tabela SIGTAP e consideram o cofinanciamento para Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise e diálise) estabelecido pela Resolução SESA/PR n.º 383/2025.

Consultas								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Nefrologia	1	R\$ 10,00	1776	R\$ 17.760,00	21312	R\$ 213.120,00	MAC
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	1	R\$ 0,63	1776	R\$ 1.118,88	21312	R\$ 13.426,56	MAC
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	1	R\$ 6,30	600	R\$ 3.780,00	7200	R\$ 45.360,00	MAC
Total		3	R\$ 16,93	4152	R\$ 22.658,88	49824	R\$ 271.906,56	**

Tabela 18: Previsão Orçamentária – Consultas DRC

Terapia Renal Substitutiva – TRS (Cofinanciamento)											
Código SIGTAP	Descrição	Unitário				Mensal			Anual		
		Físico	SIGTAP	Cofinanciamento	Total	Físico	SIGTAP	Cofinanciamento	Físico	SIGTAP	Cofinanciamento
03.05.01.010-7	Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	1	R\$ 240,97	R\$ 40,00	R\$ 280,97	1.600	R\$ 385.552,00	R\$ 64.000,00	19200	R\$ 4.626.624,00	R\$ 768.000,00
03.05.01.009-3	Hemodiálise (excepcionalidade máximo 1 sessão por semana)	1	R\$ 240,97	R\$ 40,00	R\$ 280,97	10	R\$ 2.409,70	R\$ 400,00	120	R\$ 28.916,40	R\$ 4.800,00
03.05.01.011-5	Hemodiálise em pacientes com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou C (máximo 3 sessões por semana)	1	R\$ 325,98	R\$ 32,60	R\$ 358,58	150	R\$ 48.897,00	R\$ 4.890,00	1800	R\$ 586.764,00	R\$ 58.680,00
03.05.01.012-3	Hemodiálise em pacientes com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou C – excepcionalidade - (máximo 1 sessão por semana)	1	R\$ 325,98	R\$ 32,60	R\$ 358,58	2	R\$ 651,96	R\$ 65,20	24	R\$ 7.823,52	R\$ 782,40
03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica (máximo 4 sessões por semana)	1	R\$ 363,63	R\$ 36,36	R\$ 399,99	2	R\$ 727,26	R\$ 72,72	24	R\$ 8.727,12	R\$ 872,64
03.05.01.016-6	Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA/DPAC	1	R\$ 358,06	R\$ 35,81	R\$ 393,87	2	R\$ 716,12	R\$ 71,62	24	R\$ 8.593,44	R\$ 859,44
Total		6	R\$ 1.855,59	R\$ 217,37	R\$ 2.072,96	1766	R\$ 438.954,04	R\$ 69.499,54	21192	R\$ 5.267.448,48	R\$ 833.994,48

Tabela 19: Previsão Orçamentária – Terapia Renal Substitutiva (cofinanciamento)

Terapia Renal Substitutiva – TRS (procedimentos e OPMEs)								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
07.02.10.001-3	Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	1	R\$ 482,34	12	R\$ 5.788,08	144	R\$ 69.456,96	FAEC
07.02.10.002-1	Cateter p/ Subclávia Duplo Lúmen p/ Hemodiálise	1	R\$ 64,76	50	R\$ 3.238,00	600	R\$ 38.856,00	FAEC
07.02.10.009-9	Dilatador P/ Implante de Cateter Duplo Lúmen	1	R\$ 21,59	50	R\$ 1.079,50	600	R\$ 12.954,00	FAEC
07.02.10.010-2	Guia Metálico P/ Introdução de Cateter Duplo Lúmen	1	R\$ 15,41	50	R\$ 770,50	600	R\$ 9.246,00	FAEC
04.18.01.004-8	Implante de Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	1	R\$ 200,00	12	R\$ 2.400,00	144	R\$ 28.800,00	FAEC
04.18.01.006-4	Implante de Cateter Duplo Lúmen p/ Hemodiálise	1	R\$ 115,81	50	R\$ 5.790,50	600	R\$ 69.486,00	FAEC
Total		6	R\$ 899,91	224	R\$ 19.066,58	2688	R\$ 228.798,96	**

Tabela 20: Previsão Orçamentária – Terapia Renal Substitutiva (procedimentos e OPMEs)

O prestador contratualizado deverá ainda realizar o acompanhamento dos usuários em diálise por meio da realização de exames, conforme estabelecido na Resolução RDC n.º 154/2004. As tabelas a seguir apresentam os quantitativos e os custos estimados para a execução desses exames.

Exames (mensal)								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
02.02.02.037-1	Hematócrito	1	R\$ 1,53	150	R\$ 229,50	1800	R\$ 2.754,00	FAEC
02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	1	R\$ 1,53	150	R\$ 229,50	1800	R\$ 2.754,00	FAEC
02.02.01.069-4	Dosagem de Uréia (pré e pós diálise)	1	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00	3600	R\$ 6.660,00	FAEC
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
02.02.01.043-0	Dosagem de Fósforo	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico Piruvica (TGP)	1	R\$ 2,01	150	R\$ 301,50	1800	R\$ 3.618,00	FAEC
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose (para diabéticos)	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina (durante o 1º ano)	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
Total		9	R\$ 16,17	1500	R\$ 2.703,00	18000	R\$ 32.436,00	**

Tabela 21: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (mensal)

Exames (trimestral)								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	1	R\$ 4,11	150	R\$ 616,50	1800	R\$ 7.398,00	FAEC
02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	1	R\$ 4,12	150	R\$ 618,00	1800	R\$ 7.416,00	FAEC
02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	1	R\$ 15,59	150	R\$ 2.338,50	1800	R\$ 28.062,00	FAEC
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	1	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50	1800	R\$ 6.318,00	FAEC
02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	1	R\$ 2,01	150	R\$ 301,50	1800	R\$ 3.618,00	FAEC
Total		6	R\$ 31,19	900	R\$ 4.678,50	10800	R\$ 56.142,00	**

Tabela 22: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (trimestral)

Exames (semestral)								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormonio	1	R\$ 43,13	150	R\$ 6.469,50	1800	R\$ 77.634,00	FAEC
02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (ANTI-HBS)	1	R\$ 18,55	150	R\$ 2.782,50	1800	R\$ 33.390,00	FAEC
02.02.03	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG) para pacientes susceptíveis (com AntiHBC total ou IgG, AgHBs e AntiHCV inicialmente negativos)	1	R\$ 18,55	150	R\$ 2.782,50	1800	R\$ 33.390,00	FAEC
02.02.03	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (ANTI-HCV) para pacientes susceptíveis (com AntiHBC total ou IgG, AgHBs e AntiHCV inicialmente negativos)	1	R\$ 18,55	150	R\$ 2.782,50	1800	R\$ 33.390,00	FAEC
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina (após o 1º ano)	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
Total		5	R\$ 100,63	750	R\$ 15.094,50	9000	R\$ 181.134,00	**

Tabela 23: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (semestral)

Exames (anual)								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	1	R\$ 27,50	150	R\$ 4.125,00	1800	R\$ 49.500,00	FAEC
02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	1	R\$ 1,85	150	R\$ 277,50	1800	R\$ 3.330,00	FAEC
02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	1	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50	1800	R\$ 6.318,00	FAEC
02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	1	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50	1800	R\$ 6.318,00	FAEC
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	1	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50	1800	R\$ 6.318,00	FAEC
02.02.03	Pesquisa de Antígenos e/ou Anticorpos para HIV	1	R\$ 10,00	150	R\$ 1.500,00	1800	R\$ 18.000,00	FAEC
02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	1	R\$ 9,50	150	R\$ 1.425,00	1800	R\$ 17.100,00	FAEC
02.02.05	Clearance Peritoneal (pacientes em diálise peritoneal)	1	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50	1800	R\$ 6.318,00	FAEC
Total		8	R\$ 62,89	1200	R\$ 9.433,50	14400	R\$ 113.202,00	**

Tabela 24: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (anual)

Exames (outros)								
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (ANTI-HBC-IGM) (se houver elevação de TGP)	1	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50	600	R\$ 11.130,00	FAEC
02.02.03	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG) (se houver elevação de TGP)	1	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50	600	R\$ 11.130,00	FAEC
02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (ANTI-HCV) (se houver elevação de TGP)	1	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50	600	R\$ 11.130,00	FAEC
02.05.02.005-4	Ultrassonografia abdominal com estudo dos rins e bexiga (até 30 dias após sua admissão no programa, caso não tenha realizado o exame nos últimos seis meses.)	1	R\$ 24,20	50	R\$ 1.210,00	600	R\$ 14.520,00	FAEC
02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdômen Total (até 30 dias após admissão)	1	R\$ 37,95	50	R\$ 1.897,50	600	R\$ 22.770,00	FAEC
Total		5	R\$ 117,80	250	R\$ 5.890,00	3000	R\$ 70.680,00	**

Tabela 25: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (outros)

Detalhamento financeiro

O teto financeiro mensal (MAC) disponível para esta habilitação é de **R\$ 1.028,45** (um mil e vinte e oito reais e quarenta e cinco centavos), totalizando **R\$ 12.341,40** (doze mil, trezentos e quarenta e um reais e quarenta centavos) anuais.

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 22.658,88** (vinte e dois mil, seiscentos e cinquenta e oito reais e oitenta e oito centavos) para consultas.

Para além do teto de habilitação, estima-se a necessidade de **R\$ 21.630,43** (vinte e um mil, seiscentos e trinta reais e quarenta e três centavos) mensais adicionais para manutenção dos serviços atualmente ofertados pela unidade. O valor adicional a ser desembolsado corresponde ao teto MAC de Pato Branco.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA-SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.1: procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC

Bloco II (Incentivos):

- Item 3.8 – **Resolução SESA/PR nº 383/2025 - Cofinanciamento TRS**: Repasse variável mensal de R\$ 69.449,54 (sessenta e nove mil, quatrocentos e quarenta e nove reais e cinquenta e quatro centavos), condicionado a produção, recurso estadual.

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 5.1: procedimentos de Alta complexidade ambulatorial, recursos FAEC

5.2.5 Transplante Renal

Fundamentação legal

Portaria SAES/MS n.º 2.041, de 27 de agosto de 2024: Concede a renovação da autorização para retirada de órgãos e tecidos (código 24.20) e para transplante de rim (código 24.08).

Portaria GM/MS n.º 2.600, de 21 de outubro de 2009: Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Portaria SAES/MS n.º 2.417 de 08 de janeiro de 2025: Incremento financeiro aos serviços classificados, nos procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos sólidos, medula óssea, tratamento de intercorrências pós-transplante e acompanhamento pré e pós-transplante

(incremento financeiro SNT rim nível A - 24.46)

Portaria GM/MS n.º 1.262, de 12 de setembro de 2023: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplantes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências

Portaria SAES/MS n.º 766, de 14 de setembro de 2023: Atualiza o CNES e a Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para identificar o Incremento Financeiro do Sistema Nacional de Transplantes.

Em conformidade com a Portaria SAES/MS n.º 2.041/2024, os serviços a serem oferecidos incluem:

- Transplante de rim (código 24.08)
- Retirada de Tecidos para Transplante (código 24.20).

Abrangência Regional

O serviço de transplante renal atua como referência para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e 7 municípios de Santa Catarina:

- **7ª Regional de Saúde**, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino).
- **8ª Regional de Saúde**, abrange 27 municípios com uma população estimada de 382.856 habitantes (Ampére, Barracão, Bela Vista do Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola d'Oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge d'Oeste e Verê).
- **9ª Regional de Saúde**, abrange 9 municípios com uma população estimada de 463.180 habitantes (Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu).

- **10ª Regional de Saúde**, abrange 25 municípios com uma população estimada de 601.884 habitantes (Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste).
- **20ª Regional de Saúde**, abrange 18 municípios com uma população estimada de 439.615 habitantes (Assis Chateaubriand, Diamante d'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi).
- **Santa Catarina**, abrange 7 municípios com uma população estimada de 48.900 habitantes (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino, São Lourenço do Oeste).

Serviço Pactuado

O serviço é disponibilizado para toda a população da área de abrangência, sem limite quantitativo. O acesso é universal e regulado pela inscrição na fila única da Central Nacional de Transplantes para doador falecido e por trâmites legais para doador vivo. A pactuação inclui a realização de transplantes, a avaliação de doadores e receptores, e o acompanhamento pós-transplante. O serviço pactuado prevê a oferta mensal dos seguintes quantitativos:

Transplante renal

- 3 transplantes de rim (órgão de doador falecido)
- 1 transplantes de rim (órgão de doador vivo)
- 188 acompanhamentos e intercorrências no pré e pós-transplante

Execução e Valores

A tabela a seguir especifica os quantitativos e custos estimados para os procedimentos de transplante renal. Os valores são baseados na tabela SIGTAP e acrescidos pela Portaria SAES/MS n.º 2.417/2025 que concede o Incremento Financeiro SNT - Nível A: 80% (oitenta por cento) aos serviços classificados, nos procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos sólidos,

medula óssea, tratamento de intercorrências pós-transplante e acompanhamento pré e pós-transplante, conforme códigos das Portarias GM/MS n.º 1.262/2023 e n.º 766/2023.

Procedimento (Transplantes)						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
05.05.02.009-2	Transplante de Rim (Órgão de Doador Falecido)	3	R\$ 149.162,42	36	R\$ 1.789.949,04	FAEC
05.05.02.010-6	Transplante de Rim (Órgão de Doador Vivo)	1	R\$ 38.229,88	12	R\$ 458.758,56	FAEC
05.01	Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos, Tecidos e Células e de Transplante	4	R\$ 33.140,68	48	R\$ 397.688,16	FAEC
05.02	Avaliação de Morte Encefálica	3	R\$ 735,00	36	R\$ 8.820,00	FAEC
05.03	Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	4	R\$ 28.763,44	48	R\$ 345.161,28	FAEC
05.06	Acompanhamento e Intercorrências no Pré e Pós-Transplante	188	R\$ 249.756,12	2256	R\$ 2.997.073,44	FAEC
07.02.12.005-7	Líquido de Preservação de Rim p/Transplante (Litro)	16	R\$ 17.619,36	192	R\$ 211.432,32	FAEC
Total		219	R\$ 517.406,90	2628	R\$ 6.208.882,80	**

Tabela 26: Previsão Orçamentária – Procedimento Transplante Renal

Cuidados Pré e Pós-Transplante

O prestador contratualizado será responsável ainda pela execução de todas as etapas e pelos cuidados necessários nos períodos pré e pós-transplante renal, conforme descrito a seguir:

1. Pré-transplante

Receptor

- **Acompanhamento pré-transplante (SIGTAP 05.06.01.018-0):** Consiste em consulta médica anual para avaliação e acompanhamento pré-transplante de candidatos a transplante de rim.
- **Exames para inclusão em lista de espera para transplante renal (SIGTAP 05.01.07.013-3):** Compreende a realização de um protocolo completo de exames, obrigatório para a inclusão de candidatos na lista de espera para transplante renal, conforme estabelecido em regulamento técnico específico. Inclui exames laboratoriais como dosagens de cloreto, colesterol total e frações, fosfatase alcalina, proteínas totais e frações, magnésio, sódio, potássio, glicemia, creatinina, alanina amino-transferase (ALT), aspartato amino-transferase (AST), gama-glutamyl-transferase (GAMA GT), gasometria, hemograma completo, determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP), prova de retração do coágulo, PSA, Amilase, hemoglobina glicosilada, alfa-fetoproteína, urinálise, clearance de creatinina, exame microbiológico a fresco (direto), parasitológico de fezes, tipagem sanguínea ABO, sorologias (anti-HIV, anti-HTLV I/II, HBSAG, ANTI-HBC, ANTI-HBS, ANTI-HCV, Epstein-Barr IGM e IGG, citomegalovírus IGM e IGG, toxoplasmose IGM e IGG, doença de Chagas, VDRL e Lues), além de exames de imagem e funcionais como ultrassonografia com doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos),

esofagogastroduodenoscopia, radiografia de tórax (PA + lateral), ultrassonografia de abdome total, ultrassonografia de aparelho urinário, avaliação urodinâmica completa, ecocardiografia transtorácica, cateterismo cardíaco (exclusivamente em idosos, cardiopatas ou diabéticos). Este procedimento só pode ser registrado uma única vez por candidato.

- **Exames para pacientes em lista de espera (SIGTAP 05.01.05.004-3):** Realização semestral de exames radiológicos, análises laboratoriais (hematologia, bioquímica, sorologia e eletrólitos) para complementação da investigação clínica **candidatos a recepção** de órgãos (fígado, rins, pulmões, coração, pâncreas, rim-pâncreas).

Doador

- **Exames para investigação clínica no doador vivo de rim, fígado ou pulmão - 1ª fase (SIGTAP 05.01.07.008-7):** Consulta médica e conjunto de exames para investigação clínica e laboratorial de candidatos **inter-vivos** de um dos rins, parte do fígado ou parte do pulmão, incluindo exames laboratoriais (dosagens de ácido úrico, bilirrubina total e frações, perfil lipídico, eletrólitos, função renal e hepática, coagulograma, exames urinários), exames de imagem (ultrassonografia abdominal, radiografia de abdome e tórax, eletrocardiograma, ecocardiografia transtorácica) e tomografia helicoidal com volumetria.
- **Exames para investigação clínica no doador vivo de rim - Complementação (SIGTAP 05.01.07.010-9):** Exames complementares para **doador** vivo de rim, incluindo aortografia com arteriografia renal seletiva bilateral ou aortografia renal digital ou angio-ressonância magnética dos rins, urografia excretora e ecocardiograma quando indicado.

2. Pós-transplante

Receptor

- **Acompanhamento pós-transplante (SIGTAP 05.06.01.010-4):** Consiste no acompanhamento clínico especializado do paciente transplantado, realizado por médico, mensalmente no primeiro ano após o transplante e bimestralmente a partir do segundo ano.

Doador

Acompanhamento do doador vivo (SIGTAP 05.06.01.014-7): Consiste no acompanhamento clínico do doador vivo de rim após o procedimento de doação, realizado duas vezes no primeiro ano e anualmente a partir de então.

Detalhamento financeiro

A previsão orçamentária disponível para os procedimentos é de **R\$ 517.406,90** (quinhentos e dezessete mil, quatrocentos e seis reais e noventa centavos), totalizando **R\$ 6.208.882,80** (seis milhões, duzentos e oito mil, oitocentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos) anuais, recursos FAEC.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA-SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 5.1: procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.2: procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos FAEC
- Item 5.3: procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos FAEC
- Item 5.4: procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC

5.2.6 Assistência em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia e Retirada e Transplante de Tecido Musculoesquelético

Fundamentação legal

Portaria SAS/MS n.º 90, de 27 de março de 2009: Habilita o prestador (CNES 17868) como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (código 25.01) e define os critérios para o Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (código 155/002) e Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência (código 155/003).

Deliberação n.º 023, de 01 de março de 2012 - CIB: Habilita o prestador (CNES 17868) como serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência (código 25.01- 155/003).

Portaria GM/MS n.º 221, de 15 de fevereiro de 2005: Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia e dá outras providências.

Portaria SAES/MS n.º 2.689, de 20 de março de 2025: Concede a renovação da autorização para retirada e transplante de órgãos e tecidos, incluindo a Retirada de Órgãos e Tecidos (Código 24.20) e o Transplante de Tecido Músculo Esquelético (Código 24.22).

Em conformidade com a Portaria n.º SAS/MS 90/2009 (Anexo I, item 6), os serviços a serem oferecidos incluem:

- Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (155/002): Atendimento eletivo especializado para pacientes até 21 anos de idade.
- Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência (155/003): Atendimento de urgência e emergência 24 horas para adultos e crianças.
- Retirada de Tecidos para Transplante (código 24.20).
- Transplante de Tecido Musculoesquelético (código 24.22).

Abrangência Regional

A unidade de referência abrange:

- **A 7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR)**, com 15 municípios e população estimada de 288.860 habitantes (Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara d'Oeste, Manguaçu, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino).

Serviço Pactuado

O serviço pactuado prevê a oferta mensal dos seguintes quantitativos:

- **1.470 consultas** especializadas em ortopedia e traumatologia
- **98 procedimentos cirúrgicos**

A produção mensal está distribuída conforme as linhas de cuidado abaixo:

1. Atendimento de Urgência e Emergência (155/003):

- **1.260 Consultas retorno (RUE);**

- **84 Cirurgias** (sendo 78 de média e 06 de alta complexidade).

2. Atendimento em Ortopedia Pediátrica - Eletiva (155/002):

- **210 Consultas especializadas;**
- **14 Cirurgias** (sendo 13 de média e 01 de alta complexidade).

Os quantitativos foram dimensionados com base nas regras da **Portaria SAS/MS n.º 90/2009** (15 consultas para cada cirurgia, sendo 12 cirurgias de média complexidade para cada 1 cirurgia de alta complexidade) e no **histórico de 2024**, conforme os seguintes parâmetros

1. **Parâmetro Histórico: 1.179 procedimentos cirúrgicos** realizados em 2024 (1.029 de urgência e 150 eletivos), resultando na meta mensal de **98 cirurgias**.
2. **Proporcionalidade Ambulatorial (Regra 15:1): 17.685 consultas anuais** resultando na média mensal de **1.470 atendimentos**. Este quantitativo engloba consultas pediátricas e todos os retornos pós-operatórios necessários até a alta definitiva.
3. **Linha de Cuidado Pediátrica (Projeção Regional): 2.520 consultas anuais** (redimensionamento regional sobre o histórico de 824 atendimentos em Pato Branco), resultando na média mensal de **210 consultas e 14 cirurgias pediátricas**. O cálculo considera a utilização *per capita* projetada para os 288.860 habitantes da 7ª Regional de Saúde (Fonte: IBGE 2024), arredondada para o número inteiro superior visando garantir a proporcionalidade de 15:1.

Execução e Valores

As tabelas a seguir especificam, com base na Portaria SAS/MS n.º 90/2009, os quantitativos e custos estimados para consultas e procedimentos:

Consultas (Previsão Orçamentária)								
Agrupamento	Descrição	Total Unitário	Mensal			Anual		
			Físico	Vinculado	Livre	Físico	Vinculado	Livre
Pato Branco	Consulta Especializada em Ortopedia (03.01.01.007-2)	R\$ 73,00	492	R\$ 4.920,00	R\$ 30.996,00	5.904	R\$ 59.040,00	R\$ 371.952,00
Demais 14 Municípios da 7ª RS	Consulta Especializada em Ortopedia (03.01.01.007-2)	R\$ 73,00	978	R\$ 9.780,00	R\$ 61.614,00	11.736	R\$ 117.360,00	R\$ 739.368,00
Total Geral		R\$ 146,00	1470	R\$ 14.700,00	R\$ 92.610,00	17640	R\$ 176.400,00	R\$ 1.111.320,00

Tabela 27: Previsão Orçamentária – Consultas em Traumatologia-Ortopedia

Procedimento Cirúrgico						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
04.08	Cirurgia de Média Complexidade em Traumatologia-Ortopedia	91	R\$ 129.029,98	1092	R\$ 1.548.359,71	MAC/FAEC
04.08	Cirurgia de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia	7	R\$ 25.129,58	84	R\$ 301.554,96	MAC/FAEC
Total		98	R\$ 154.159,56	1176	R\$ 1.849.914,67	**

Tabela 28: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Traumatologia-Ortopedia

Detalhamento financeiro

O teto financeiro mensal (MAC) disponível é de **R\$ 21.766,64** (vinte e um mil, setecentos e sessenta e seis reais e sessenta e quatro centavos), totalizando **R\$ 261.199,68** (duzentos e sessenta e um mil, cento e noventa e nove reais e sessenta e oito centavos) anuais.

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 14.700,00** (quatorze mil e setecentos reais) para consultas especializadas.
- **R\$ 154.159,56** (cento e cinquenta e quatro mil, cento e cinquenta e nove reais e cinquenta e seis centavos) para procedimentos cirúrgicos.
- **R\$ 9.342,83** (nove mil, trezentos e quarenta e dois reais e oitenta e três centavos) para atendimentos de urgência e emergência.
- **R\$ 8.706,66** (oito mil, setecentos e seis reais e sessenta e seis centavos) (equivalente a 40% do teto MAC) a ser repassado como incentivo financeiro variável, condicionado ao cumprimento dos indicadores pactuados (Anexo 11.1).

Para além do teto de habilitação, estima-se a necessidade de **R\$ 165.142,41** (cento e sessenta e cinco mil, cento e quarenta e dois reais e quarenta e um centavo) mensais adicionais para manutenção dos serviços atualmente ofertados pela unidade. O valor adicional a ser desembolsado corresponde ao teto MAC de Pato Branco.

O valor estimado de **R\$ 92.610,00** (noventa e dois mil, seiscentos e dez reais), referente a recursos livres, será repassado de forma complementar pelo município de residência do usuário, considerando o custo de R\$ 63,00 por consulta. Esse repasse complementar tem como finalidade garantir a manutenção do serviço atualmente ofertado, uma vez que o valor de habilitação não é suficiente para cobrir integralmente as despesas.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada nos Sistemas de Informações (SIHD e SIA-SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC
- Item 1.2 – Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC.

Bloco II (Incentivos):

- Item 3.7 – **Incentivo Habilitação em Traumato-Ortopedia:** Repasse variável mensal de R\$ 8.706,66 (oito mil, setecentos e seis reais e sessenta e seis centavos), condicionado ao cumprimento de indicadores, com recurso MAC.

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 4.2 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos MAC.
- Item 5.4 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC
- Item 5.5 – **(Portarias SAES/MS n.º 2.324/2024 e n.º 3.607/2025, ou norma superveniente)** Programa Agora Tem Especialistas - Componente Cirúrgico: Repasse variável mensal de complementação federal (FAEC), conforme portaria e programação orçamentária, condicionado à produção.
- Item 6.1 – **Complemento Municipal Consultas Especializadas Eletivas:** Repasse variável mensal de R\$ 30.996,00 (trinta mil, novecentos e noventa e seis reais), condicionado à produção, com recurso municipal

NOTAS

1. Fica proibida a utilização da produção de urgência geral (155/003) para compensar eventual descumprimento das metas da linha pediátrica (155/002).
2. Em conformidade com a Portaria SAS/MS n.º 90/2009 (Art. 2º, § 3º, e Art. 10, Parágrafo Único, I), o tratamento de fraturas, luxações e lesões traumáticas agudas é prioridade absoluta da porta de Urgência e Emergência (24 horas). É proibido classificar ou redirecionar casos de trauma agudo para filas de atendimento eletivo, devendo o usuário ser acolhido e tratado integralmente pela porta de urgência.
3. Fica excluída da presente pactuação, por manifestação expressa da Contratada, a realização de cirurgias de fraturas periprotéticas de joelho e quadril e fraturas de pelve, referentes aos seguintes procedimentos: Artroplastia de revisão ou reconstrução do quadril (04.08.04.007-6), Artroplastia total de joelho - revisão/reconstrução (04.08.05.005-5), Osteotomia da pelve (04.08.04.015-7) e Tratamento Cirúrgico de fratura do acetábulo (04.08.04.029-7).

5.2.7 Assistência em Alta Complexidade de Terapia Nutricional Enteral/Parenteral

Fundamentação legal

Portaria SAS/MS n.º 120, de 14 de abril de 2009: Habilita o prestador (CNES 17868) como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (23.01) e para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (23.04).

Portaria GM/MS n.º 343, de 07 de março de 2005: Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Portaria de Consolidação n.º 1, de 22 de fevereiro de 2022: Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde.

Em conformidade com a Portaria GM/MS n.º 120/2009, os serviços a serem oferecidos incluem:

- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (23.01)
- Enteral e Parenteral (23.04)

Abrangência Regional

A assistência destina-se aos usuários internados no IPPB que apresentem indicação clínica para Terapia Nutricional Enteral e/ou Parenteral, independentemente de seu município de origem dentro da área de cobertura de internação do hospital.

Serviço Pactuado

Conforme a habilitação (Códigos CNES 23.01 e 23.04) e as normativas, os serviços incluem a assistência nutricional especializada (enteral e/ou parenteral) realizada pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) a usuários internados que necessitem deste suporte. Isso abrange, avaliação nutricional, indicação, prescrição, preparo, aquisição, conservação, armazenamento, transporte, administração, controle clínico/laboratorial, monitoramento e avaliação da Terapia Nutricional.

Inclui a realização e o registro, quando clinicamente indicados durante a internação, dos seguintes procedimentos listados na Tabela SIGTAP:

- Gastrostomia endoscópica percutânea (inclui material e sedação anestésica)
- Nutrição enteral em adulto (diária)
- Nutrição enteral em neonatologia (diária)
- Nutrição enteral em pediatria (diária)
- Nutrição parenteral em adulto (diária)

- Nutrição parenteral em neonatologia (diária)
- Nutrição parenteral em pediatria (diária)
- Passagem de sonda nasoentérica (inclui material)

Não há pactuação de metas quantitativas mensais fixas para os procedimentos de Terapia Nutricional (como número de dietas, passagens de sonda ou gastrostomias). O compromisso da Contratada é garantir a oferta qualificada do serviço pela EMTN a todos os usuários internados com necessidade clínica, conforme protocolos e capacidade instalada. Os procedimentos listados acima são realizados e registrados na AIH conforme a demanda clínica dos usuários internados.

Execução e Valores

Os custos associados — como insumos, dietas, materiais e honorários da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) — são considerados componentes secundários do custo da internação hospitalar. Esses custos são remunerados conforme os registros na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com base na Tabela SIGTAP, utilizando o teto financeiro MAC e, eventualmente, FAEC. As tabelas a seguir detalham, respectivamente, o histórico da produção dos procedimentos em Terapia Nutricional de 2024 (que serve como base para a análise da demanda) e a previsão orçamentária com os quantitativos e custos estimados:

Terapia Nutricional (Produção 2024)							
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
03.09.01.003-9	Gastrostomia Endoscópica Percutânea (inclui material e sedação anestésica)	1	R\$ 527,50	1	R\$ 527,50	12	R\$ 6.330,00
03.09.01.004-7	Nutrição enteral em Adulto	1	R\$ 30,00	359	R\$ 10.770,00	4.308	R\$ 129.240,00
03.09.01.005-5	Nutrição Enteral em Neonatologia	1	R\$ 18,00	15,5	R\$ 279,00	186	R\$ 3.348,00
03.09.01.006-3	Nutrição Enteral em Pediatria	1	R\$ 18,00	52,25	R\$ 940,50	627	R\$ 11.286,00
03.09.01.007-1	Nutrição Parenteral em Adulto	1	R\$ 60,00	10,83333333	R\$ 650,00	130	R\$ 7.800,00
03.09.01.008-0	Nutrição Parenteral em Neonatologia	1	R\$ 30,00	6,58333333	R\$ 197,50	79	R\$ 2.370,00
03.09.01.009-8	Nutrição Parenteral em Pediatria	1	R\$ 45,00	2,25	R\$ 101,25	27	R\$ 1.215,00
03.09.01.010-1	Passagem de Sonda Naso Entérica (inclui material)	1	R\$ 28,00	78,41666667	R\$ 2.195,67	941	R\$ 26.348,00
Total		8	R\$ 756,50	525,8333333	R\$ 15.661,42	6310	R\$ 187.937,00

Tabela 29: Procedimentos de Terapia Nutricional (Produção/2024)

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Sistema IDS Saúde/2024.

Terapia Nutricional (Previsão Orçamentária)							
Código SIGTAP	Descrição	Unitário		Mensal		Anual	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
03.09.01.003-9	Gastrostomia endoscópica percutânea (inclui material e sedação anestésica)	1	R\$ 527,50	1	R\$ 527,50	12	R\$ 6.330,00
03.09.01.004-7	Nutrição enteral em Adulto	1	R\$ 30,00	431	R\$ 12.924,00	5.170	R\$ 155.088,00
03.09.01.005-5	Nutrição Enteral em Neonatologia	1	R\$ 18,00	19	R\$ 336,00	224	R\$ 4.032,00
03.09.01.006-3	Nutrição Enteral em Pediatria	1	R\$ 18,00	63	R\$ 1.129,50	753	R\$ 13.554,00
03.09.01.007-1	Nutrição Parenteral em Adulto	1	R\$ 60,00	13	R\$ 780,00	156	R\$ 9.360,00
03.09.01.008-0	Nutrição Parenteral em Neonatologia	1	R\$ 30,00	8	R\$ 235,00	94	R\$ 2.820,00
03.09.01.009-8	Nutrição Parenteral em Pediatria	1	R\$ 45,00	3	R\$ 123,75	33	R\$ 1.485,00
03.09.01.010-1	Passagem de Sonda Naso Entérica (inclui material)	1	R\$ 28,00	94	R\$ 2.636,67	1.130	R\$ 31.640,00
Total		8	R\$ 756,50	631	R\$ 18.692,42	7572	R\$ 224.309,00

Tabela 30: Previsão Orçamentária – Procedimentos de Terapia Nutricional

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Sistema IDS Saúde/2024.

Detalhamento financeiro

A previsão orçamentária para os procedimentos em terapia nutricional é de **R\$ 18.692,42** (dezoito mil, seiscentos e noventa e dois reais e quarenta e dois centavos) mensais, totalizando **R\$ 224.309,00** (duzentos e vinte e quatro mil, trezentos e nove reais) anuais, recurso MAC.

Dos repasses financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção da AIH efetivamente realizada, auditada e devidamente processada no Sistema de Informação (SIHD/SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.2 – Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC.

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 4.2 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos MAC.

5.2.8 Assistência em Alta Complexidade de Leitos de UTI

Fundamentação legal

Portaria SAS/MS n.º 1.459, de 18 de dezembro de 2014: Habilita leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Tipo II no Estado do Paraná.

Portaria GM/MS n.º 471, de 13 de abril de 2023: Habilita leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II.

Portaria SAS/MS n.º 252, de 31 de março de 2014: Habilita leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II e Coronariana (UCO) Tipo II no Estado do Paraná.

Portaria GM/MS n.º 2.949, de 27 de dezembro de 2016: Estabelece o repasse de recursos federais de custeio para o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Portaria GM/MS n.º 2.931 de 26 de dezembro de 2016: Aprova o componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

Portaria GM/MS n.º 6.220, de 20 de dezembro de 2024: Autoriza, no âmbito da Rede Alyne, o repasse de recursos federais.

Resolução SESA/PR n.º 479/2016 e n.º 172/2011 (e atualizações): Instituem e regulamentam o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS).

Portaria SAES/MS n.º 2.902, de 26 de junho de 2025: Atualiza as informações relacionadas à atenção à saúde materna e infantil para identificação da Rede Alyne no CNES e atualiza procedimentos na Tabela SIGTAP.

Em conformidade com as Portarias de habilitação, os serviços a serem oferecidos incluem:

- UTI Adulto Tipo II (Código 26.01)
- UTI Pediátrica Tipo II (Código 26.03)
- UTI Neonatal Tipo II - UTIN II (Código 26.10)
- UTI Coronariana Tipo II - UCO II (Código 26.08)

Abrangência Regional

A assistência em UTI destina-se aos usuários com indicação clínica para internação em terapia intensiva e provenientes da área de cobertura da Rede de Urgência e Emergência (RUE), conforme as pactuações regionais.

Serviço Pactuado

O IPPB deve garantir a disponibilidade e o funcionamento ininterrupto (24 horas por dia) dos leitos validados no CNES e integrados às redes de atenção:

- **08 leitos de UTI Adulto Tipo II:** Retaguarda para a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e para as demais linhas de cuidado de alta complexidade.
- **05 leitos de UTI Pediátrica Tipo II:** Retaguarda para a Rede de Urgência e Emergência (RUE).
- **05 leitos de UTI Neonatal Tipo II:** Retaguarda para a Atenção à Gestante de Alto Risco, integrando a Rede Cegonha e a Rede Alyne.
- **02 leitos de UTI Coronariana Tipo II:** Retaguarda para cardiologia adulto.

Execução e Valores

A tabela a seguir especifica os quantitativos e custos estimados para as diárias de UTIs:

Diária de Unidade de Terapia Intensiva									
Código SIGTAP	Descrição	Leitos	Unitário		Mensal		Anual		**
			Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
08.02.01.008-3	UTI Adulto - Tipo II	8	1	R\$ 600,00	240	R\$ 144.000,00	2880	R\$ 1.728.000,00	MAC
08.02.01.012-1	UTI Neonatal - Tipo II	5	1	R\$ 720,00	150	R\$ 108.000,00	1800	R\$ 1.296.000,00	MAC
08.02.01.015-6	UTI Pediátrica - Tipo II	5	1	R\$ 600,00	150	R\$ 90.000,00	1800	R\$ 1.080.000,00	MAC
08.02.01.021-0	UTI Coronariana - Tipo II	2	1	R\$ 800,00	60	R\$ 48.000,00	720	R\$ 576.000,00	MAC
Total		20	4	R\$ 2.720,00	600	R\$ 390.000,00	7200	R\$ 4.680.000,00	**

Tabela 31: Previsão Orçamentária – Diárias de UTI

Detalhamento Financeiro

O teto financeiro mensal global para a produção de diárias de UTI é de **R\$ 390.000,00** (trezentos e noventa mil reais) mensais, alcançando o montante anual de **R\$ 4.680.000,00** (quatro milhões, seiscentos e oitenta mil reais).

Este valor, custeado com recurso MAC, representa o limite para o pagamento da produção e é distribuído entre os diferentes tipos de leitos da seguinte forma:

- **UTI Adulto Tipo II (8 leitos)**, o teto mensal é de **R\$ 144.000,00** (cento e quarenta e quatro mil reais), totalizando **R\$ 1.728.000,00** (um milhão, setecentos e vinte e oito mil reais) anuais.
- **UTI Neonatal Tipo II (5 leitos)**, o valor mensal pactuado é de **R\$ 108.000,00** (cento e oito mil reais), correspondendo a **R\$ 1.296.000,00** (um milhão, duzentos e noventa e seis mil reais) anuais.
- **UTI Pediátrica Tipo II (5 leitos)**, o teto é de **R\$ 90.000,00** (noventa mil reais), correspondendo a **R\$ 1.080.000,00** (um milhão e oitenta mil reais) anuais.

- **UTI Coronariana Tipo II (2 leitos)**, o teto é de R\$ **R\$ 48.000,00** (quarenta e oito mil reais) por mês, com um limite anual de **R\$ 576.000,00** (quinhentos e setenta e seis mil reais) anuais.

A definição destes valores mensais baseia-se no valor da diária de UTI adulto e pediátrica tipo II (R\$ 600,00), UTI neonatal tipo II (R\$ 720,00) e UTI coronariana tipo II (R\$800,00) e em uma projeção de taxa de ocupação de 100% dos leitos.

Dos Repasses Financeiros

Os custos associados às diárias de terapia intensiva são componentes do custo da internação hospitalar e são remunerados conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada no Sistema de Informação (SIHD /SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.2 – Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC.

Bloco II (Incentivos):

- Item 2.1 – **Incentivo RUE (Portaria GM/MS n.º 2.949/2016)** Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Repasse fixo mensal de **R\$ 96.745,44** (noventa e seis mil, setecentos e quarenta e cinco reais e quarenta e quatro centavos), recursos MAC.
- Item 2.2 – **Incentivo Rede Cegonha (Portaria GM/MS n.º 2.931/2016)** Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha: Repasse fixo mensal de **R\$ 26.385,12** (vinte e seis mil, trezentos e oitenta e cinco reais e doze centavos), recursos MAC.

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 4.1 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos MAC
- Item 5.4 – Procedimentos de alta complexidade hospitalar, recursos FAEC

5.3 Assistência Eletiva de Média Complexidade Exclusiva para Usuários de Pato Branco

5.3.1 Assistência Ambulatorial Eletiva

A contratualização de serviços ambulatoriais e cirúrgicos eletivos de média complexidade é destinada a suprir exclusivamente a demanda reprimida da população de Pato Branco. A prestação dos serviços pelo Instituto Policlínica PB (IPPB) atende ao interesse manifesto da instituição e à diretriz de priorização de entidades filantrópicas, conforme previsto na legislação do SUS (Lei n.º 8.080/1990 e Constituição Federal).

O Município ofertará, por meio do IPPB, atendimento nas seguintes áreas: **Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Nefrologia, Ortopedia, Vascular e Odontologia**, incluindo a consulta pré-anestésica vinculada aos procedimentos cirúrgicos.

A estimativa do quantitativo físico a ser contratado de consultas e cirurgias eletivas considerou:

1. Média histórica de consultas e cirurgias eletivas realizadas no ano de 2024.
2. Demanda reprimida relativa aos procedimentos cirúrgicos e consultas.
3. Ampliação da capacidade de realização em 20% sobre a média histórica, visando reduzir a demanda reprimida.

5.3.1.1 Consultas Eletivas

Serão ofertadas consultas nas especialidades de **Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Nefrologia, Ortopedia, Odontologia e Cirurgia Vascular** com complementação de recurso municipal aos valores da Tabela SIGTAP, exclusivamente para usuários residentes em Pato Branco.

Execução e Valores

As tabelas a seguir apresentam o histórico da produção de consultas eletivas em 2024, bem como a previsão orçamentária:

Consultas (Produção 2024)		
Código SIGTAP	Descrição	Frequência
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Anestesiologia	627
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Geral	1473
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Pediátrica	11
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Vascular	18
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Nefrologia	428
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Otorrinologia	49
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Ortopedia	3055
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Urologia	992
03.01.01.004-8	Consulta Especializada em Cirurgia Odontologica	39
Total		6692

Tabela 32: Consultas Eletivas (Produção/2024)

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Consultas (Previsão Orçamentária)								
Código SIGTAP	Descrição	Total Unitário	Mensal			Anual		
			Físico	Vinculado	Livre	Físico	Vinculado	Livre
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Anestesiologia	R\$ 73,00	200	R\$ 2.000,00	R\$ 12.600,00	2400	R\$ 24.000,00	R\$ 151.200,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Geral	R\$ 73,00	150	R\$ 1.500,00	R\$ 9.450,00	1800	R\$ 18.000,00	R\$ 113.400,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Pediátrica	R\$ 73,00	20	R\$ 200,00	R\$ 1.260,00	240	R\$ 2.400,00	R\$ 15.120,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Cirurgia Vascular	R\$ 73,00	10	R\$ 100,00	R\$ 630,00	120	R\$ 1.200,00	R\$ 7.560,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Nefrologia	R\$ 73,00	80	R\$ 800,00	R\$ 5.040,00	960	R\$ 9.600,00	R\$ 60.480,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Ortopedia	R\$ 73,00	120	R\$ 1.200,00	R\$ 7.560,00	1440	R\$ 14.400,00	R\$ 90.720,00
03.01.01.007-2	Consulta Especializada em Urologia	R\$ 73,00	100	R\$ 1.000,00	R\$ 6.300,00	1200	R\$ 12.000,00	R\$ 75.600,00
03.01.01.004-8	Consulta Especializada em Odontologia	R\$ 54,42	6	R\$ 37,80	R\$ 288,72	72	R\$ 453,60	R\$ 3.464,64
Total		R\$ 565,42	686	R\$ 6.837,80	R\$ 43.128,72	8232	R\$ 82.053,60	R\$ 517.544,64

Tabela 33: Previsão Orçamentária – Consultas Eletivas

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Nota Técnica

- **Cirurgia Vascular:** A oferta de consultas eletivas nesta especialidade é exclusiva para usuários inseridos na linha de cuidado da Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise). O acesso é restrito aos casos de avaliação pré-operatória para confecção de Fístula Arteriovenosa (FAV), acompanhamento de maturação da fístula e avaliação de intercorrências relacionadas ao acesso vascular para hemodiálise.
- **Cirurgia Ortopédica:** As consultas eletivas em Cirurgia Ortopédica descritas nesta seção destinam-se especificamente ao atendimento ambulatorial da população adulta (acima de 21 anos).

Detalhamento financeiro (Consultas Eletivas)

A previsão orçamentária mensal para execução das consultas especializadas desta seção é de **R\$ 49.966,52** (quarenta e nove mil, novecentos e sessenta e seis reais e cinquenta e dois centavos), totalizando **R\$ 599.598,24** (quinhentos e noventa e nove mil, quinhentos e noventa e oito reais e vinte e quatro centavos) anuais. O valor de referência por consulta é de **R\$ 73,00 (médica)** e **R\$ 54,42 (odontológica)**, composto da seguinte forma:

- **R\$ 10,00** (dez reais) para consulta médica e **R\$ 6,30** (seis reais e trinta centavos) para odontológica totalizando **R\$ 6.837,80** (seis mil, oitocentos e trinta e sete reais e oitenta centavos) mensais, com recursos MAC
- **R\$ 63,00** (sessenta e três reais) para consulta médica e **R\$ 48,12** (quarenta e oito reais e doze centavos) para odontológica, totalizando **R\$ 43.128,72** (quarenta e três mil, cento e vinte e oito reais e setenta e dois centavos) mensais, com recurso próprio do Município.

Dos Repasses Financeiros (Consultas Eletivas)

Os serviços executados serão pagos conforme os valores da Tabela SIGTAP e Tabela Municipal de Procedimentos, condicionados à produção efetivamente realizada, auditada e processada no SIA/SUS.

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.1 – Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 6.1 – **Complemento Municipal Consultas Especializadas Eletivas:** Repasse variável mensal de R\$ 43.128,72 (quarenta e três mil, cento e vinte e oito reais e setenta e dois centavos), condicionado à produção, com recurso municipal

NOTA: O montante total previsto para o **Item 6.1** (Complemento Consultas Especializadas Eletivas) no Demonstrativo Financeiro (Anexo 11.2), no valor de **R\$ 74.124,72**, refere-se à soma do complemento municipal detalhado nesta seção (**R\$ 43.128,72**) com o complemento municipal específico da Traumato-Ortopedia (**R\$ 30.996,00**), cujas regras de execução estão descritas na seção 5.2.6.

5.3.1.2 Procedimentos

O Município de Pato Branco, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, concede um complemento financeiro adicional destinado exclusivamente a usuários residentes na cidade para a realização dos procedimentos de **Biópsia Renal por Punção** (exceto em transplante renal) e suas análises subsequentes por **Microscopia Óptica, Imunofluorescência e Microscopia Eletrônica**, bem como para a **Confecção de Fístula Arteriovenosa para Hemodiálise**. Esse valor adicional é incorporado à remuneração base da Tabela SIGTAP, garantindo a viabilidade técnica e o acesso de qualidade a esses tratamentos essenciais

Execução e valores

A tabela a seguir especifica os quantitativos e custos estimados para a complementação dos procedimentos:

Procedimentos (Previsão Orçamentária)							
Código SIGTAP	Descrição	Mensal			Anual		
		Físico	Vinculado	Livre	Físico	Vinculado	Livre
02.01.01.043-7	Biópsia de Rim por Punção (Incluso diária de hospital dia, honorários médicos, ultrassonografia renal, OPME, anatomo patológico, microscopia optica, imunofluorescência e transporte do material para laboratório de referência)	1	R\$ 46,19	R\$ 1.578,81	12	R\$ 554,28	R\$ 18.945,72
02.01.01.043-7	Biópsia de Rim por Punção (Incluso diária de hospital dia, honorários médicos, ultrassonografia renal, OPME, anatomo patológico, microscopia optica, imunofluorescência, Microscopia Eletrônica e transporte do material para laboratório de referência)	1	R\$ 46,19	R\$ 2.778,81	12	R\$ 554,28	R\$ 33.345,72
04.18.01.003-0	Confecção de Fístula Artério-Venosa p/ Hemodiálise	3	R\$ 2.577,60	R\$ 1.622,40	36	R\$ 30.931,20	R\$ 19.468,80
Total		5	R\$ 2.669,98	R\$ 5.980,02	60	R\$ 32.039,76	R\$ 71.760,24

Tabela 34: Previsão Orçamentária – Complementação Municipal para Procedimentos

Detalhamento financeiro

A previsão orçamentária mensal para execução de procedimentos é de **R\$ 8.650,00** (oito mil, seiscentos e cinquenta reais), totalizando **R\$ 103.800,00** (cento e três mil e oitocentos reais) anuais.

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 2.669,98** (dois mil, seiscentos e sessenta e nove reais e noventa e oito centavos), recursos MAC
- **R\$ 5.980,02** (cinco mil, novecentos e oitenta reais e dois centavos), recurso municipal.

Dos Repasses Financeiros

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e complemento com recurso municipal. O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada no Sistema de Informações (SIHD/SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.1 - Procedimentos de média complexidade ambulatorial, recursos MAC.
- Item 1.2 - Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC.

Bloco III (Pós-Fixado)

- Item 5.3 – Procedimentos de alta complexidade ambulatorial, recursos FAEC

- Item 6.2 – **Complemento para Procedimentos:** Repasse variável de até R\$ 5.980,02 (cinco mil, novecentos e oitenta reais e dois centavos), condicionado à produção, com recurso municipal.

5.3.1.3 Cirurgia Eletiva de Média Complexidade

Na ausência de programas federais e estaduais de incentivo vigentes, o Município realizará complementação municipal aos valores da Tabela SIGTAP para a realização de cirurgias de média complexidade. Serão ofertadas cirurgias nas especialidades de **Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Ortopedia e Odontologia**, exclusivamente para usuários residentes em Pato Branco.

Execução e Valores

As tabelas a seguir apresentam informações sobre a produção de cirurgias eletivas. A primeira tabela traz o histórico de 2024, utilizado como referência para a elaboração da previsão orçamentária e de quantitativos, detalhada na segunda tabela.

Procedimento Cirúrgico (Produção 2024)		
0403	Cirurgia do Sistema Nervoso Central e Periférico	22
0404	Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, da Face, da Cabeça e do Pescoço	14
0407	Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal	333
0408	Cirurgia do Sistema Osteomuscular	109
0409	Cirurgia do Aparelho Geniturinário	267
0414	Bucomaxilofacial	16
0415	Outras Cirurgias	89
Total		850

Tabela 35: Cirurgias Eletivas (Produção/2024)

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Procedimento Cirúrgico (Previsão Orçamentária)							
Complementação Cirurgias Eletivas de Média Complexidade							
Código SIGTAP	Descrição	Mensal			Anual		
		Físico	Vinculado	Livre	Físico	Vinculado	Livre
0401/0402/0404/0407/0415	Cirurgia Geral	40	R\$ 58.151,60	R\$ 58.151,60	480	R\$ 697.819,20	R\$ 697.819,20
0401/0404/0407/0409/0415	Cirurgia Pediátrica	5	R\$ 7.268,95	R\$ 7.268,95	60	R\$ 87.227,40	R\$ 87.227,40
0409	Cirurgia Urológica	16	R\$ 19.574,88	R\$ 19.574,88	192	R\$ 234.898,56	R\$ 234.898,56
0408	Cirurgia Ortopédica	30	R\$ 20.088,46	R\$ 20.088,46	360	R\$ 241.061,52	R\$ 241.061,52
0414	Cirurgia Odontológica	2	R\$ 656,68	R\$ 656,68	24	R\$ 7.880,16	R\$ 7.880,16
Programa Planejamento Familiar							
04.09.04.024-0	Vasectomia	7	R\$ 3.072,09	R\$ 6.144,18	84	R\$ 36.865,08	R\$ 73.730,16
Total		100	R\$ 108.812,66	R\$ 111.884,75	1200	R\$ 1.305.751,92	R\$ 1.342.617,00

Tabela 36: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Na Ortopedia, o complemento municipal será concedido, **exceto para os seguintes códigos**, devido à remuneração adequada proporcionada pela recente atualização da Tabela SIGTAP: Artroplastia Total Primária do Quadril Não Cimentada/Híbrida de Quadril e sua Estabilização (04.08.04.009-2), Artroplastia Parcial de Quadril (04.08.04.005-0), Artroplastia Total de Conversão do Quadril (04.08.04.006-8), Artroplastia Total Primária do Quadril Cimentada (04.08.04.008-4), Artroplastia Total de Quadril (Revisão ou Reconstrução) (04.08.04.007-6), Artroplastia Total Primária do Joelho (04.08.05.006-3), Artroplastia de Joelho (Não Convencional) (04.08.05.004-7), Artroplastia Unicompartimental Primária do Joelho (04.08.05.007-1), Artroplastia Total de Joelho (Revisão/Reconstrução) (04.08.05.005-5), Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Anterior) (04.08.05.016-0), Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco Com Menissectomia Parcial/Total (04.08.05.089-6).

Detalhamento financeiro (Cirurgias Eletivas)

A previsão orçamentária mensal para execução de procedimentos cirúrgicos eletivos é de **R\$ 220.697,41 (duzentos e vinte mil, seiscentos e noventa e sete reais e quarenta e um centavos)**, totalizando **R\$ 2.648.368,92** (dois milhões, seiscentos e quarenta e oito mil, trezentos e sessenta e oito reais e noventa e dois centavos) anuais.

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 108.812,66** (recurso MAC): para o custeio base das cirurgias eletivas, conforme os valores da Tabela SIGTAP.

R\$ 111.884,75 (recurso municipal): Deste total, **R\$ 6.144,18** são destinados ao Programa de Planejamento Familiar, correspondendo a um complemento de **200%** sobre o valor SIGTAP para vasectomia. O valor restante, de **R\$ 105.740,57**, compõe um complemento contingencial de **100%** sobre o valor SIGTAP. Este recurso visa garantir a viabilidade das cirurgias e será ativado exclusivamente para as especialidades de Cirurgia Geral, Pediátrica, Urológica, Ortopédica e Odontológica na ausência de incentivos federais ou estaduais. A especialidade de Otorrinolaringologia não está incluída neste complemento, pois a recente atualização da Tabela SIGTAP já proporciona remuneração adequada para seus procedimentos.

Nota: Caso ocorram novos reajustes nos valores da Tabela SIGTAP para as cirurgias de média complexidade, a complementação municipal será suspensa automaticamente para os itens que foram atualizados.

Dos Repasses Financeiros (Procedimentos Cirúrgicos Eletivos)

Os serviços executados serão pagos conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e complemento com recurso municipal. O pagamento está condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente processada no Sistema de Informações (SIHD/SUS).

Os recursos financeiros são repassados ao hospital nos seguintes blocos:

Bloco I (Pré-fixado):

- Item 1.2 - Procedimentos de média complexidade hospitalar, recursos MAC.

Bloco III (Pós-Fixado)

- Item 5.5 – **(Portarias SAES/MS n.º 2.324/2024 e n.º 3.607/2025, ou norma superveniente)** Programa Agora Tem Especialistas - Componente Cirúrgico: Repasse variável mensal de complementação federal (FAEC), conforme portaria e programação orçamentária, condicionado à produção.
- Item 6.3 – **Complemento Municipal Cirurgias Eletivas de Média Complexidade:** Repasse variável mensal estimado em R\$ 111.884,75 (cento e onze mil, oitocentos e oitenta e quatro reais e setenta e cinco centavos), condicionado à produção e à ausência de outros programas de incentivo vigentes, recurso municipal.

5.3.2 Programa Municipal Mais Cirurgias

Considerações Gerais

O “Mais Cirurgias” é uma iniciativa do Município de Pato Branco que integra e reestrutura os programas municipais anteriores “Saúde Fila Zero” e “Cirurgias Eletivas”, ambos financiados exclusivamente com recursos municipais para atender a população local. O “Saúde Fila Zero” surgiu em resposta ao período crítico da pandemia de COVID-19, quando a Secretaria Estadual da Saúde (SESA-PR) recomendou e restringiu a realização de cirurgias eletivas para garantir o atendimento de urgências e emergências. Com a flexibilização a partir de julho de 2021, Pato Branco utilizou este programa para retomar e ampliar a oferta de cirurgias de média complexidade, visando reduzir a demanda reprimida. Paralelamente, o Programa “Cirurgias Eletivas” tinha por objetivo a complementação financeira dos procedimentos cirúrgicos eletivos

de média complexidade, ampliando em 100% o valor da tabela SIGTAP, buscando reduzir a demanda reprimida, agilizar o atendimento e garantir eficiência e qualidade. Uma aplicação específica dessa complementação ocorria na especialidade de Otorrinolaringologia, que recebia aporte adicional de recursos próprios municipais no valor de 350% da tabela SIGTAP.

A descontinuidade dos formatos anteriores justifica-se pelo fim da emergência sanitária da COVID-19 (declarado em maio de 2023), pelo significativo reajuste financeiro da Tabela SIGTAP (a partir de janeiro de 2025) que tornou desnecessária a complementação municipal em vários procedimentos, e pela incorporação de novos incentivos e diretrizes federais, como o Programa Agora Tem Especialistas - Componente Cirúrgico. O Município de Pato Branco aderiu ao programa instituído conforme as Portarias SAES/MS n.º 2.324/2024 e n.º 3.607/2025, que incorporou o legado do extinto Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF) e utiliza os recursos federais repassados via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para financiamento, conforme normativas aplicáveis e valores da SIGTAP.

A reestruturação dos programas anteriores, agora consolidada no “Programa Mais Cirurgias”, visa à otimização dos recursos municipais e à valorização dos profissionais médicos, que, apesar do reajuste dos valores da Tabela SIGTAP, não tiveram alterações financeiras significativas. No IPPB, o programa atende exclusivamente os usuários de Pato Branco nas especialidades de **Cirurgia Geral, Pediatria, Urologia, Ortopedia e Odontologia**. O programa **não prevê** complementação financeira municipal nas especialidades para as quais o IPPB possui habilitação específica de alta complexidade.

Objetivo geral: Ampliar o acesso da população de Pato Branco a procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade nas especialidades citadas, reduzindo a demanda reprimida e garantindo atendimento mais rápido, eficiente e de qualidade. Além disso, busca-se evitar a realização de cirurgias eletivas em regime de urgência/emergência, otimizando recursos.

Especificamente, o programa foca em qualificar o fluxo de atendimento dos usuários referenciados pela Rede de Atenção à Saúde e institui, com recursos municipais, um incentivo financeiro de **R\$ 800,00** aos profissionais (**médico cirurgião R\$ 500,00 e anestesiológico R\$ 300,00**) por cirurgia eletiva realizada, visando à valorização do seu trabalho e à realização de um maior número de procedimentos.

Monitoramento e Avaliação

A meta quantitativa mensal de procedimentos eletivos a serem realizados no IPPB no

âmbito do **Programa Mais Cirurgias** é de **60%** do quantitativo físico mensal contratualizado.

O Programa Mais Cirurgias será monitorado e avaliado continuamente, com base nos seguintes indicadores:

- Número de cirurgias eletivas realizadas por especialidade.
- Tempo médio de espera para realização de cirurgias eletivas, o qual não deve ultrapassar 180 dias.

Os resultados do monitoramento serão base para o cálculo de repasse ao prestador e a avaliação será utilizada para aprimorar o programa e garantir a sua efetividade.

Execução e Valores

A tabela a seguir especifica os quantitativos e custos estimados para a complementação dos procedimentos cirúrgicos:

Procedimento Cirúrgico (Previsão Orçamentária - Programa Mais Cirurgias)						
Código SIGTAP	Descrição	Mensal		Anual		**
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
0401/0402/0404/0407/0415	Cirurgia Geral	40	R\$ 32.000,00	480	R\$ 384.000,00	Livre
0401/0404/0407/0409/0415	Cirurgia Pediátrica	5	R\$ 4.000,00	60	R\$ 48.000,00	Livre
0409	Cirurgia Urológica	23	R\$ 18.400,00	276	R\$ 220.800,00	Livre
0408	Cirurgia Ortopédica	30	R\$ 24.000,00	360	R\$ 288.000,00	Livre
0414	Cirurgia Odontológica	2	R\$ 1.600,00	24	R\$ 19.200,00	Livre
Total		100	R\$ 80.000,00	1200	R\$ 960.000,00	**

Tabela 37: Previsão Orçamentária – Incentivo Programa Mais Cirurgias

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Detalhamento financeiro

O teto financeiro mensal previsto para este incentivo é de **R\$ 80.000,00** (oitenta mil reais), totalizando **R\$ 960.000,00** (novecentos e sessenta mil reais) anuais, com recurso municipal.

Dos Repasses Financeiros

O pagamento é realizado na modalidade pós-fixada, condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente registrada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS).

O pagamento ao hospital fica estritamente **vinculado à comprovação do efetivo repasse do incentivo financeiro aos profissionais**. Essa comprovação será feita **mensalmente** por meio de uma **planilha-recibo**, que deverá ser **assinada** por cada profissional e detalhar os seguintes

dados: nome do profissional, especialidade, quantidade de cirurgias, valor recebido e período/competência.

O recurso financeiro é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-Fixado):

- Item 6.4 – **Programa Municipal Mais Cirurgias:** Repasse variável mensal de até R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) (exceto habilitação específica de alta complexidade), condicionado à produção e ao cumprimento de indicadores, recurso municipal.

5.3.3 Videocirurgias

Decreto Municipal n.º 8.272, de 7 de março de 2018: Habilita/Credencia Unidade Hospitalar para a realização de procedimentos de videocirurgias de Média e Alta Complexidade.

O Município de Pato Branco, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, concede incentivo financeiro adicional destinado à complementação de procedimentos cirúrgicos realizados por videocirurgia. Este benefício tem como finalidade aprimorar a qualidade e a disponibilidade de serviços cirúrgicos para os munícipes.

O valor adicional, de **R\$ 375,00** (trezentos e setenta e cinco reais) por cirurgia, será acrescido à remuneração base da Tabela SIGTAP, restringindo-se a procedimentos eletivos nas especialidades de **Cirurgia Geral, Pediatria e Urologia**, destinados exclusivamente a usuários de Pato Branco.

Execução e valores

A tabela a seguir especifica os quantitativos e custos estimados para a complementação para videocirurgias:

Videocirurgia (Previsão Orçamentária - Complementação Municipal)						
		Mensal		Anual		**
Código SIGTAP	Descrição	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Financiamento
0401/0402/0404/0407/0415	Cirurgia Geral	40	R\$ 15.000,00	480	R\$ 180.000,00	Livre
0401/0404/0407/0409/0415	Cirurgia Pediátrica	5	R\$ 1.875,00	60	R\$ 22.500,00	Livre
0409	Cirurgia Urológica	23	R\$ 8.625,00	276	R\$ 103.500,00	Livre
Total		68	R\$ 25.500,00	816	R\$ 306.000,00	**

Tabela 38: Previsão Orçamentária – Complementação Municipal para Videocirurgias

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do TabWin/2024.

Detalhamento Financeiro

A previsão de repasse mensal para este complemento é de **R\$ 25.500,00** (vinte e cinco mil e quinhentos reais), totalizando **R\$ 306.000,00** (trezentos e seis mil reais) anuais, com recurso municipal.

Dos Repasses Financeiros

O pagamento é realizado na modalidade pós-fixada, condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e devidamente registrada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS).

O recurso financeiro é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-fixado):

- Item 6.5 – **Complementação Videocirurgias:** Repasse variável mensal de até R\$ 25.500,00 (vinte e cinco mil e quinhentos reais), condicionado à produção, com recurso municipal.

5.3.4 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

A contratação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) visa garantir o fornecimento de insumos essenciais para procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência/emergência, cujos materiais não são contemplados na Tabela SIGTAP.

O valor de referência para cada OPME foi definido pelo menor preço, obtido a partir da análise de, no mínimo, 3 (três) orçamentos de mercado, em estrita observância ao princípio da economicidade. Para garantir a conformidade com as condições de mercado, esses valores de referência serão revisados e reajustados anualmente. A atualização ocorrerá por meio de nova pesquisa de mercado, seguindo o mesmo critério de apuração do menor preço.

A solicitação de cada OPME deverá ser tecnicamente justificada em formulário próprio. Essa justificativa deverá, obrigatoriamente, detalhar o motivo pelo qual o procedimento não pode ser realizado com materiais padronizados na Tabela SIGTAP, explicando a inadequação técnica para o caso clínico em questão. A solicitação será submetida à autorização do médico do Sistema Municipal de Auditoria, exceto para os casos de urgência e emergência.

Abrangência Regional

A disponibilização e o custeio das OPME previstas neste item são destinados exclusivamente para o atendimento de usuários residentes no Município de Pato Branco.

Serviço Pactuado

O prestador deverá fornecer as OPME necessárias para procedimentos nas especialidades de **Urologia, Ortopedia e Cardiologia**, conforme a demanda e a compatibilidade com os procedimentos cirúrgicos previstos.

Execução e Valores

A seguir, são detalhadas as estimativas de quantitativo e os custos para cada grupo de OPME.

Grupo I – Urologia

Grupo I - OPME Urologia								
Item	Descrição	Unitário		Mensal		Anual		Financiamento
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	
1	Alça RTU Estéril, Eletrodo Monopolar, 1 Haste Tipo Alça Angulada 30/24FR	1	R\$ 302,00	5	R\$ 1.510,00	60	R\$ 18.120,00	Livre
2	Bainha de Acesso e Dilatação Ureteral	1	R\$ 790,00	5	R\$ 3.950,00	60	R\$ 47.400,00	Livre
3	Cânula de Fibr Óptica para Litotripsia de 270 Micrômetros	1	R\$ 1.000,00	5	R\$ 5.000,00	60	R\$ 60.000,00	Livre
4	Cânula de Fibr Óptica para Litotripsia de 400 Micrômetros	1	R\$ 1.000,00	5	R\$ 5.000,00	60	R\$ 60.000,00	Livre
5	Cateter de Dilatação Balão Ureteral	1	R\$ 990,00	5	R\$ 4.950,00	60	R\$ 59.400,00	Livre
6	Eletrodo Bipolar Tipo Alça de Corte 24FR	1	R\$ 800,00	5	R\$ 4.000,00	60	R\$ 48.000,00	Livre
7	Eletrodo Monopolar Faça 24 FR	1	R\$ 495,00	5	R\$ 2.475,00	60	R\$ 29.700,00	Livre
8	Eletrodo Unipolar Tipo Alça Angulada 24/26FR	1	R\$ 495,00	5	R\$ 2.475,00	60	R\$ 29.700,00	Livre
9	Evacuador de Elíli Descartável	1	R\$ 270,00	5	R\$ 1.350,00	60	R\$ 16.200,00	Livre
10	Sistema Extrator de Cálculos Renais	1	R\$ 1.200,00	5	R\$ 6.000,00	60	R\$ 72.000,00	Livre
11	Sistema Extrator de Cálculos Uretrais	1	R\$ 680,00	5	R\$ 3.400,00	60	R\$ 40.800,00	Livre
Total		11	R\$ 8.022,00	55	R\$ 40.110,00	660	R\$ 481.320,00	**

Tabela 39: Previsão Orçamentária – OPME Grupo I (Urologia)

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Sistema IDS Saúde/2024.

Procedimentos compatíveis: cistolitotomia e/ou retirada de corpo estranho da bexiga (04.09.01.006-5), cistostomia (04.09.01.009-0), ressecção endoscópica de lesão vesical (04.09.01.038-3), prostatectomia suprapúbica (04.09.03.002-3), uretrotomia interna (04.09.02.017-6), ressecção endoscópica de próstata (04.09.03.004-0) e orquiectomia subcapsular bilateral (04.09.04.014-2), ureterolitotomia (04.09.01.056-1), uretrotomia interna (04.09.02.017-6) e ressecção endoscópica de próstata (04.09.03.004-0).

Grupo II – Ortopedia

Grupo II - OPME Ortopedia							
Item	Descrição	Unitário		Mensal		Anual	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
1	Âncora Montada	1	R\$ 500,00	5	R\$ 2.500,00	60	R\$ 30.000,00
2	Cânula para Artroscopia	1	R\$ 220,00	5	R\$ 1.100,00	60	R\$ 13.200,00
3	Gancho para Sutura (procedimento de ombro)	1	R\$ 350,00	5	R\$ 1.750,00	60	R\$ 21.000,00
4	Haste Flexível em Titânio (TEN)	1	R\$ 800,00	2	R\$ 1.600,00	24	R\$ 19.200,00
5	Lâmina de Shaver para Partes Moles	1	R\$ 300,00	10	R\$ 3.000,00	120	R\$ 36.000,00
6	Lâmina de Shaver para Partes Moles Ósseas	1	R\$ 300,00	10	R\$ 3.000,00	120	R\$ 36.000,00
7	Parafuso Mini-micro 1,5 mm	1	R\$ 200,00	1	R\$ 200,00	12	R\$ 2.400,00
8	Parafuso Mini-micro 2,0 mm	1	R\$ 200,00	1	R\$ 200,00	12	R\$ 2.400,00
9	Parafuso Autocompressivo de Rosca Total	1	R\$ 650,00	6	R\$ 3.900,00	72	R\$ 46.800,00
10	Parafuso Herbert 3,0 mm	1	R\$ 257,29	6	R\$ 1.543,74	72	R\$ 18.524,88
11	Placa Bloqueada para Fêmur Distal (inclui parafusos)	1	R\$ 1.580,00	4	R\$ 6.320,00	48	R\$ 75.840,00
12	Placa Bloqueada para Rádio Distal (inclui parafusos)	1	R\$ 1.030,00	6	R\$ 6.180,00	72	R\$ 74.160,00
13	Placa Bloqueada para Tibia Distal Medial (inclui parafusos)	1	R\$ 1.300,00	5	R\$ 6.500,00	60	R\$ 78.000,00
14	Placa Bloqueada para Tibia Proximal Medial (inclui parafusos)	1	R\$ 1.400,00	3	R\$ 4.200,00	36	R\$ 50.400,00
15	Placa Bloqueada para Tibia Proximal Antero Lateral (inclui parafusos)	1	R\$ 1.400,00	1	R\$ 1.400,00	12	R\$ 16.800,00
16	Placa Bloqueada para Úlna Proximal (inclui parafusos)	1	R\$ 1.130,00	1	R\$ 1.130,00	12	R\$ 13.560,00
17	Placa Bloqueada para Úmero Distal Lateral (inclui parafusos)	1	R\$ 1.130,00	3	R\$ 3.390,00	36	R\$ 40.680,00
18	Placa Bloqueada para Úmero Distal Medial (inclui parafusos)	1	R\$ 1.130,00	2	R\$ 2.260,00	24	R\$ 27.120,00
19	Placa Bloqueada para Úmero Proximal (inclui parafusos)	1	R\$ 1.130,00	3	R\$ 3.390,00	36	R\$ 40.680,00
20	Placa Bloqueada Diafisária Estreita e Longa do Úmero (inclui parafusos)	1	R\$ 2.500,00	3	R\$ 7.500,00	36	R\$ 90.000,00
21	Placa DCP (Placa de Compressão Dinâmica) Estreita Bloqueada	1	R\$ 780,00	1	R\$ 780,00	12	R\$ 9.360,00
22	Placa DCP (Placa de Compressão Dinâmica) Larga Bloqueada	1	R\$ 870,00	1	R\$ 870,00	12	R\$ 10.440,00
23	Ponteira de Ablação Eletrodo	1	R\$ 560,00	10	R\$ 5.600,00	120	R\$ 67.200,00
24	Placa Bloqueada de Clavícula	1	R\$ 1.130,00	2	R\$ 2.260,00	24	R\$ 27.120,00
25	Placa Bloqueada de Clavícula Distal	1	R\$ 1.130,00	2	R\$ 2.260,00	24	R\$ 27.120,00
Total		25	R\$ 21.977,29	98	R\$ 72.833,74	1176	R\$ 874.004,88

Tabela 40: Previsão Orçamentária – OPME Grupo II (Ortopedia)

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Sistema IDS Saúde/2024.

Procedimentos compatíveis: Grupo 04.08 (Formas de Organização: 01, 02, 04, 05 e 06).

As OPMEs listadas abaixo receberão complementação até o valor de mercado, conforme o menor preço obtido nos orçamentos. O complemento visa cobrir a diferença entre o valor de repasse federal e o custo real de mercado. O valor de referência da Tabela SIGTAP é insuficiente para o custeio destes implantes:

- Âncora – Código 07.02.03.002-3:**
 - Valor SIGTAP: R\$ 197,60.
 - Valor Final do Orçamento:** R\$ 500,00.
- Placa Bloqueada de Rádio Distal (Inclui Parafuso) – Código 07.02.03.139-9:**
 - Valor SIGTAP: R\$ 293,42.
 - Valor Final do Orçamento:** R\$ 1.030,00.
- Placa de Compressão Dinâmica 3,5 mm (Inclui Parafusos) Larga e Estreita – Código 07.02.03.089-9:**
 - Valor SIGTAP: R\$ 183,81 (cada Larga/Estreita).
 - Placa DCP Bloqueada Estreita (**Valor Final do Orçamento:** R\$ 780,00) e Placa DCP Bloqueada Larga (**Valor Final do Orçamento:** R\$ 870,00).

4. **Haste Intramedular Flexível P/ Uso Infantil – Código 07.02.03.054-6:**

- Valor SIGTAP: R\$ 151,63.
- Implante contratado: **Haste Flexível em Titânio (TEN).**
- **Valor Final do Orçamento:** R\$ 800,00. *É essencial que esta haste pediátrica seja em Titânio, para permitir uma cirurgia minimamente invasiva, abreviar o tempo de imobilização (substituindo o gesso) e preservar o crescimento ósseo.*

Observação: A complementação de todos os itens é necessária devido à defasagem financeira da Tabela SIGTAP, que não cobre o custo mínimo de aquisição desses implantes ortopédicos.

Especificações Técnicas Gerais para os Materiais

Todas as placas bloqueadas cotadas, independentemente do item, devem obrigatoriamente atender aos seguintes requisitos:

1. **Material:** As placas devem ser de **aço inoxidável cirúrgico**, exceto para “Haste Flexível em Titânio TEN” (Item 4), que deverá ser fornecida em titânio, conforme especificado, por ser o padrão de tratamento adequado para fraturas infantis.
2. **Disponibilidade de Variações:** A empresa proponente deve garantir a disponibilidade de uma gama completa de **tamanhos, comprimentos (número de furos), diâmetros e angulações** para cada tipo de placa, a fim de atender às diversas variações anatômicas dos pacientes e às necessidades do procedimento cirúrgico, sem custo adicional pela variação.
3. **Inclusão Obrigatória de Parafusos:** O valor unitário proposto para cada placa **deve obrigatoriamente incluir todos os parafusos compatíveis** de todos os diâmetros e comprimentos necessários para a correta fixação do implante.
4. **Regulamentação:** O produto deve possuir **registro válido na ANVISA.**

Grupo III – Cardiologia

Grupo III - OPME Cardiologia								
		Unitário		Mensal		Anual		
Item	Descrição	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Financiamento
1	Adesivo Cirúrgico Biológico Absorvível - Selante (5ml)	1	R\$ 4.966,06	2	R\$ 9.932,12	24	R\$ 119.185,44	Livre
Total		1	R\$ 4.966,06	2	R\$ 9.932,12	24	R\$ 119.185,44	**

Tabela 41: Previsão Orçamentária – OPME Grupo III (Cardiologia)

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Sistema IDS Saúde/2024.

Procedimentos compatíveis: correção de aneurisma/dissecção da aorta toraco-abdominal (04.06.01.013-7) e reconstrução da raiz da aorta c/ tubo valvado (04.06.01.084-6).

Estimativa e Contratação

A previsão orçamentária mensal para o fornecimento de OPMEs é de **R\$ 122.875,86** (cento e vinte e dois mil, oitocentos e setenta e cinco reais e oitenta e seis centavos), totalizando **R\$ 1.474.510,32** (um milhão, quatrocentos e setenta e quatro mil, quinhentos e dez reais e trinta e dois centavos) anuais, com recurso municipal, sendo:

A previsão de aplicação mensal deste valor compreende:

- **R\$ 40.110,00** (quarenta mil, cento e dez reais) mensais para OPME de urologia, custeados com recursos municipais.
- **R\$ 72.833,74** (setenta e dois mil, oitocentos e trinta e três reais e setenta e quatro centavos) mensais para OPME de ortopedia, custeados com recursos municipais.
- **R\$ 9.932,12** (nove mil, novecentos e trinta e dois reais e doze centavos) mensais para OPME de cardiologia, custeados com recursos municipais.

Dos repasses financeiros

O pagamento ocorre de forma pós-fixada, condicionado à produção efetivamente realizada, auditada e processada no SIHD/SUS, mediante apresentação da Nota Fiscal. O documento fiscal deverá conter a discriminação completa de cada OPME utilizada, incluindo: nome do usuário, nome do médico, data da cirurgia, especificações técnicas (material, dimensões, formato, etc.), dados de rastreabilidade (lote/série, fabricante) e registro na ANVISA. Adicionalmente, o campo de informações adicionais deverá conter as justificativas para as isenções fiscais.

O recurso financeiro é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco III (Pós-fixado)

- Item 6.6 – **OPME Urologia:** Repasse variável mensal de até **R\$ 40.110,00** (quarenta mil, cento e dez reais), condicionado à produção, com recurso municipal.

- Item 6.7 – **OPME Ortopedia**: Repasse variável mensal de até **R\$ 72.833,74** (setenta e dois mil, oitocentos e trinta e três reais e setenta e quatro centavos), condicionado à produção, com recurso municipal.
- Item 6.8 – **OPME Cardiologia**: Repasse variável mensal de até **R\$ 9.932.12** (nove mil, novecentos e trinta e dois reais e doze centavos), condicionado à produção, com recurso municipal.

5.4 Assistência Financeira Complementar – Piso Nacional da Enfermagem

Fundamentação Legal

Lei Federal n.º 14.434, de 4 de agosto de 2022: Institui o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.

Emenda Constitucional n.º 127, de 22 de dezembro de 2022: Determina a competência da União para prestar assistência financeira complementar para o cumprimento do referido piso.

Portarias e normas supervenientes que estabelecem os critérios e procedimentos para o repasse da assistência financeira complementar.

Trata-se do repasse da Assistência Financeira Complementar da União, destinado a viabilizar o cumprimento do piso salarial nacional dos profissionais de enfermagem pelo Instituto Policlínica PB (IPPB), conforme a legislação vigente. O repasse dos valores pelo Município ao IPPB está estritamente condicionado ao recebimento prévio dos recursos correspondentes da União no Fundo Municipal de Saúde. Desta forma, compete exclusivamente ao prestador a responsabilidade de registrar e manter atualizados, mensalmente, os dados de seus profissionais no sistema CNES, conforme exigido pelo Ministério da Saúde, pois essas informações são a base de cálculo para o repasse federal.

Detalhamento Financeiro

Estima-se um repasse federal mensal variável no valor de **R\$ 325.000,00** (trezentos e vinte e cinco mil reais), totalizando **R\$ 3.900.000,00** (três milhões e novecentos mil reais) anuais.

Dos Repasses Financeiros

O repasse está estritamente condicionado ao recebimento prévio dos recursos da União e à correta atualização dos dados no CNES pelo prestador.

O recurso financeiro é repassado ao hospital no seguinte bloco:

Bloco II (Incentivos):

- Item 3.9 - **(Lei Federal n.º 14.434, de 4 de agosto de 2022) Assistência Financeira Complementar** - Piso Salarial da Enfermagem: Repasse mensal federal variável, condicionado ao efetivo recebimento do recurso da União.

6. COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO

A Comissão de Acompanhamento da Contratualização, instituída conforme a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017](#)(Anexo XXIV, Anexo 2, art. 32), é a instância responsável por monitorar e avaliar a execução integral das ações e serviços vinculados ao presente contrato. Sua finalidade é assegurar o cumprimento das metas pactuadas, a qualidade da assistência e a correta aplicação dos recursos públicos. As funções desempenhadas pelos membros são de relevância pública e não serão remuneradas.

Compete à Comissão:

- Realizar reuniões periódicas com frequência quadrimestral, ou em caráter extraordinário quando necessário.
- Aferir e homologar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, bem como das metas físico-financeiras pactuadas.
- Emitir, quadrimestralmente, o Relatório de Análise de Indicadores, que formaliza o desempenho do hospital e fundamenta os ajustes financeiros conforme metas detalhadas na Seção 7.
- Propor alterações no Documento Descritivo para readequar metas e valores, seja por baixo desempenho (não atingimento de 50% das metas por 3 meses consecutivos ou 6 alternados) ou por alto desempenho (cumprimento superior a 100% das metas por 12 meses consecutivos).

- Monitorar a assistência hospitalar por meio de análise de sistemas de informação e, quando necessário, por meio de visitas técnicas presenciais.

Composição da Comissão

- 06 (seis) servidores da Secretaria Municipal da Saúde;
- 02 (dois) representantes da 7ª Regional de Saúde;
- 02 (dois) representantes do Hospital contratualizado;
- 02 (dois) representantes dos municípios pactuados, indicados pelo Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (CRESEMS - PR);
- 02 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde.

Para cada membro titular, há um suplente, garantindo a representação em caso de ausência. A composição da comissão será formalizada por meio de portaria da Secretaria Municipal de Saúde.

A coordenação das reuniões da Comissão de Contratualização será exercida pela Secretária Municipal de Saúde em exercício, na qualidade de Presidente da Comissão. As atividades de secretariado serão desempenhadas por um representante da Secretaria Municipal de Saúde, pertencente ao quadro efetivo e, mandatoriamente, vinculado ao Sistema Municipal de Auditoria. Em caso de vacância ou impedimento da Presidente, a função será assumida pelo Secretário da comissão. Na ocorrência de ausência simultânea da Presidente e do Secretário, o suplente da Presidente assumirá a coordenação dos trabalhos, cabendo a este nomear um dos membros presentes para secretariar a reunião.

Monitoramento e Avaliação

O processo de avaliação segue uma metodologia estruturada para garantir objetividade e transparência.

- **Escopo da Avaliação:** O monitoramento abrange todos os eixos de responsabilidade do hospital, conforme a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017](#): Eixo de Assistência, Eixo de Gestão, Eixo de Ensino e Pesquisa e Eixo de Avaliação.
- **Processo e Periodicidade:** O Departamento de Auditoria realiza a avaliação mensal dos indicadores, atribuindo pontuações e descontos pertinentes. Para isso, utilizará como fontes os sistemas oficiais (SIA/SUS, SIHD-SUS, DATASUS/Tabwin, IDS-Saúde), relatórios de auditoria, vigilância sanitária, ouvidoria e do prestador. Os dados apurados são

encaminhados à Comissão de Acompanhamento de Contratualização, que realiza a análise final e a homologação em reuniões quadrimestrais. O resultado é formalizado no **Relatório de Análise de Indicadores**, que deve ser remetido ao Sistema Municipal de Auditoria em até 2 (dois) dias corridos após a reunião. O documento registra os percentuais atingidos, valida os pagamentos e descontos aplicados pela auditoria e, se necessário, indica ajustes. Adicionalmente, a Comissão emitirá parecer com recomendações à direção do Instituto, visando à melhoria contínua dos serviços.

- **Consequência Financeira:** A avaliação de desempenho, realizada mensalmente, é a base para efetuar os ajustes financeiros sobre os recursos variáveis do Bloco II. Na hipótese de descontos por não atingimento de metas, estes serão efetuados em parcela única no repasse da competência subsequente à avaliação.
- **Validação:** Os indicadores de desempenho e as metas fixadas neste documento foram devidamente homologados no Conselho Municipal de Saúde e no Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS).

7. INDICADORES DE DESEMPENHO

A execução contratual será monitorada e avaliada com base em um conjunto estruturado de indicadores de desempenho, assegurando que o repasse de recursos públicos esteja diretamente atrelado à prestação comprovada de serviços efetivos e qualificados.

A análise dos indicadores será realizada mensalmente pelo Sistema Municipal de Auditoria, e o resultado impacta diretamente o repasse financeiro na competência subsequente. Os relatórios consolidados destas avaliações mensais serão submetidos, quadrimestralmente, à Comissão de Acompanhamento da Contratualização para homologação e deliberação sobre eventuais ajustes. O modelo de avaliação combina metas quantitativas (correspondendo a 60% da pontuação) e qualitativas (40% da pontuação) que, juntas, formam uma pontuação consolidada de até 100 pontos.

7.1 Indicadores de Metas Quantitativas (60%)

Estes indicadores mensuram a produção física dos serviços e a garantia de acesso, correspondendo a **60 pontos** da avaliação total. O monitoramento abrange:

- **Eixo Geral:** Monitora indicadores hospitalares estratégicos que medem a performance e a segurança globais da instituição, como taxas de ocupação, tempo de permanência, mortalidade, readmissão e densidade de infecção (CVC) (Fonte: DVVSS/CVIS/DAV/SESA-PR, 2023 – SONIH).
- **Habilitação em Cardiovascular:** Acompanha o quantitativo de consultas, cirurgias, procedimentos em cardiologia intervencionista e exames especializados para diagnóstico e tratamento.
- **Habilitação em Oncologia:** Foca na quantidade de consultas especializadas, cirurgias, tratamentos (quimioterapia/radioterapia) e exames para a linha de cuidado oncológica.
- **Habilitação em Traumato-Ortopedia:** Monitora a realização de consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos.
- **Habilitação em Doença Renal Crônica:** Avalia a oferta de consultas, administração de medicamentos, sessões de hemodiálise e o acompanhamento necessário, conforme pactuado.
- **Programa IntegraHosp:** Verifica a garantia de acesso irrestrito aos serviços de urgência e emergência, monitorando a ocorrência de negativas de atendimento nas especialidades pactuadas (Clínica Médica Adulto e Pediátrica e Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia).
- **Programa Municipal Mais Cirurgias:** Acompanha a execução do quantitativo de cirurgias eletivas contratualizadas e o tempo médio de espera para sua realização.

A planilha detalhada com cada meta quantitativa está descrita no **Anexo 11.1**.

7.2 Indicadores de Metas Qualitativas (40%)

Estes indicadores aferem a qualidade global dos serviços a partir de um conjunto de eixos que compõem **40 pontos** da pontuação total. A avaliação é estruturada nos seguintes eixos:

- **Eixo de Assistência:** Avalia a alimentação do sistema de notificação de eventos adversos (segurança do paciente).
- **Eixo de Gestão Hospitalar:** Avalia processos internos e a articulação com a gestão municipal, o funcionamento da brinquedoteca, a realização de capacitações de educação permanente, a notificação de agravos compulsórios, a correta utilização do Sistema de

Informação Municipal (IDS Saúde), a operacionalidade do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e o cumprimento de prazos para envio de informações.

- **Eixo de Ensino e Pesquisa:** Verifica a integração do hospital com a formação profissional, avaliando se a instituição funciona como campo para a Rede de Atenção à Saúde.
- **Eixo de Avaliação:** Avalia a percepção do usuário a partir do indicador de satisfação relacionado aos atendimentos realizados pelo prestador.

A planilha detalhada com cada meta qualitativa está descrita no **Anexo 11.1**.

Mecanismo de Cálculo e Repasse

O repasse financeiro é apurado mensalmente através de um processo de três etapas:

1. **Apuração do Desempenho:** A cada mês, o resultado de cada indicador é comparado com a meta pactuada (conforme detalhado no Anexo 11.1), gerando uma "Pontuação Alcançada" para aquele item.
2. **Atribuição da Pontuação Consolidada:** As "Pontuações Alcançadas" nos eixos quantitativo (7.1) e qualitativo (7.2) são somadas, resultando em uma pontuação final consolidada, que varia de 0 a 100 pontos.
3. **Cálculo do Repasse:** Por fim, a pontuação consolidada é utilizada para determinar o percentual de pagamento a ser aplicado sobre o Fundo de Incentivos (Itens 3.2, 3.5, 3.6 e 3.7). As tabelas a seguir detalham os valores que compõem este fundo e as faixas de pagamento correspondentes.

Incentivos Sujeitos à Avaliação

Incentivos Sujeitos à Avaliação	
Programa/Incentivo	Valor Mensal Sujeito à Avaliação
Programa IntegraHOSP	R\$ 105.000,00
Habilitação em Cirurgia Cardiovascular	R\$ 126.630,16
Habilitação em Oncologia	R\$ 305.166,93
Habilitação em Traumatologia-Ortopedia	R\$ 8.706,66
Total	R\$ 545.503,75

Tabela 42: Incentivos Sujeitos à Avaliação

Faixas de Pagamento

Faixas de Pagamento			
Pontuação Consolidada	Equivalência Percentual	Percentual do Fundo a ser Pago	Valor a Receber
Maior que 90 pontos	90% a 100%	100%	R\$ 545.503,75
De 80 a 89 pontos	80% a 89%	90%	R\$ 490.953,38
De 70 a 79 pontos	70% a 79%	80%	R\$ 436.403,00
De 60 a 69 pontos	60% a 69%	70%	R\$ 381.852,63
De 50 a 59 pontos	50% a 59%	60%	R\$ 327.302,25
Menor que 60 pontos	Abaixo de 50%	50%	R\$ 272.751,88

Tabela 43: Faixas de Pagamento

NOTA: Eixo de Avaliação (questionário de satisfação)

O indicador de satisfação do usuário é uma ferramenta de gestão estratégica para medir a percepção da qualidade dos serviços prestados pelo Instituto Policlínica PB (IPPB). A apuração é realizada por meio de um questionário estruturado, aplicado em formato de entrevista por um profissional do Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

Nesta entrevista, o usuário é convidado a atribuir notas de 0 a 10 para cinco dimensões do cuidado: atendimento médico, atendimento da equipe de enfermagem, atendimento na recepção, qualidade da estrutura e clareza das informações. As respostas são registradas pelo profissional em um formulário digital, garantindo a padronização da coleta e a confidencialidade dos dados.

A pesquisa abrange os fluxos de internação hospitalar e atendimento ambulatorial, contemplando as seguintes especialidades e clínicas: Anestesiologia, Urologia, Cardiologia, Oncologia, Nefrologia, Traumato-Ortopedia, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica.

Metodologia de Amostragem

Para garantir que os resultados sejam estatisticamente válidos, a amostragem é calculada com base no volume de usuários atendidos, definindo um número mínimo de entrevistas a serem realizadas mensalmente.

- **Fórmula do Cálculo:** O quantitativo foi definido pelo cálculo de amostra para populações finitas, utilizando a fórmula de Cochran com ajuste: $n = (n_0) / (1 + (n_0 - 1) / N)$, onde $n_0 = (Z^2 * p * q) / e^2$.
- **Parâmetros Estatísticos:** O cálculo utiliza um nível de confiança de 95% ($Z=1.96$) e uma proporção de 50% ($p=0.5$) para garantir a robustez da amostra. Foi adotada uma margem

de erro de 15% ($e=0.15$) como decisão estratégica para assegurar a exequibilidade e a sustentabilidade do monitoramento contínuo, tornando o processo de coleta de dados operacionalmente viável em uma frequência mensal.

- **População de Base (N):** Os dados foram extraídos do sistema IDS Saúde, com base na média mensal de usuários atendidos em 2024:
 - **Internação:** 720 usuários.
 - **Ambulatório:** 866 usuários.
- **Tamanho Mínimo da Amostra (n):**
 - **Internação Hospitalar:** A coleta mensal mínima será de **42 entrevistas** aleatórias.
 - **Atendimento Ambulatorial:** A coleta mensal mínima será de **42 entrevistas** aleatórias.

Execução e Meta do Indicador

- **Aplicação:** Um profissional da Auditoria seleciona os usuários de **forma aleatória** e conduz as entrevistas, garantindo a imparcialidade do processo.
- **Apuração:** O resultado do indicador é a média aritmética de todas as notas (escala de 0 a 10) coletadas nas cinco dimensões do questionário.
- **Meta de Desempenho:** A média geral deverá ser igual ou superior a 8,0.
- **Uso dos Resultados:** Os relatórios mensais serão analisados pelo Departamento de Auditoria e, em seguida, os resultados consolidados serão submetidos à Comissão de Acompanhamento da Contratualização. A Comissão utilizará os dados para suas avaliações quadrimestrais e para emitir parecer com recomendações à direção do Instituto, visando à melhoria contínua dos serviços.

8. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO E MODELO DE PAGAMENTO

O modelo de financiamento e o dimensionamento das metas assistenciais para o biênio 2026-2027 estruturam-se na metodologia de cálculo e no fluxo de pagamentos detalhados a seguir.

8.1. Metodologia de Cálculo e Necessidade Assistencial

A definição dos quantitativos físicos pactuados nas tabelas assistenciais deste documento

(Anexo 11.2) pautou-se em uma análise técnica estruturada nos seguintes pilares:

1. **Base Histórica e Demanda Reprimida:** O dimensionamento quantitativo teve como base o faturamento físico-financeiro da produção processada no exercício de 2024 (SIA/SIHD-SUS), confrontado e ajustado conforme o volume da demanda reprimida e das filas de espera.
2. **Fator de Expansão:** Aplicou-se um incremento de 20% (vinte por cento) sobre a capacidade física instalada para suprir vazios assistenciais e reduzir a demanda reprimida.
3. **Conformidade Normativa:** Observância aos quantitativos e parâmetros assistenciais estabelecidos nas portarias de habilitação do Ministério da Saúde e Resoluções SESA-PR para os serviços de média e alta complexidade.
4. **Adequação de Oferta:** Possibilidade de inclusão, ampliação ou redução de exames, consultas e procedimentos para atender às necessidades da população e aos protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
5. **Referencial de Preços:** Utilizou-se o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP/SUS) vigente, acrescido dos incentivos federais, estaduais e das complementações municipais.

A necessidade de contratação de serviços foi calculada com base na seguinte fórmula, considerando a média histórica e a demanda reprimida:

$$x = (MF + MD) * [1 + (MPA\% / 100)]$$

Onde:

- **MF (Média de Procedimentos Faturados):** Refere-se à média mensal da produção efetiva realizada e aprovada (SIA/SIHD-SUS) no período de 01 de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2024.
- **MD (Média de Demanda Reprimida):** Baseada na média mensal da fila de espera (procedimentos, consultas e exames) apurada em julho de 2025.
- **MPA% (Média Percentual de Ampliação):** Índice fixo de expansão assistencial de 20%.
- **x:** Quantitativo total de procedimentos a contratar (total mensal).

Exemplificando:

Considerando um item assistencial com levantamento de 4.200 procedimentos faturados ao ano e uma fila de espera anual de 600 usuários:

$$x = (350 + 50) * [1 + (20 / 100)] \rightarrow x = 400 * (1 + 0,2)$$

$$x = 400 * 1,2 \rightarrow x = 480 \text{ procedimentos/mês (Meta Contratual).}$$

8.2. Estrutura e Modelo de Pagamento

Bloco I – Pré-fixado: Corresponde ao custeio de toda a produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar (Itens 1.1 e 1.2), financiado com recursos do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). O valor mensal estimado, com base na produção de 2024, é repassado ao prestador de forma antecipada. Após a apuração da produção efetivamente realizada e auditada (SIA/SUS e SIHD), o valor é compensado, com ajustes (descontos ou acréscimos) na parcela da competência subsequente.

Bloco II – Incentivos: Agrupa recursos financeiros de diversas fontes (MAC, Municipal, Regional e Estadual) destinados a apoiar, qualificar e incentivar programas e ações estratégicas. Os pagamentos são classificados em duas categorias:

- **Incentivos Fixos (itens 2.1 e 2.2):** Correspondem a valores mensais repassados de forma integral, condicionados à manutenção das estruturas e serviços para os quais foram designados.
- **Incentivos Variáveis (itens 3.1 a 3.9):** O repasse está diretamente condicionado ao desempenho do prestador, seja pelo cumprimento de metas qualitativas e/ou quantitativas, pela produção em programas específicos ou pelo efetivo recebimento do recurso pela União.

Bloco III – Pós-fixado: Abrange os serviços cujo pagamento ocorre após a execução, registro e validação da produção, sem adiantamento de valores. É composto por:

- **Recurso MAC de Alta Complexidade (item 4.1):** Custeio dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.
- **Recurso MAC de Alta Complexidade (item 4.2):** Custeio dos procedimentos hospitalares de alta complexidade.

- **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (itens 5.1 a 5.5):** Financiamento de procedimentos de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) e programas estratégicos.
- **Assistência Eletiva Exclusiva - Recurso Municipal (itens 6.1 a 6.8):** Refere-se a toda a contrapartida financeira do Município de Pato Branco para garantir a assistência aos seus munícipes.

8.3. Composição Financeira e Valor Global (Biênio)

A projeção orçamentária total para os 24 meses de vigência contratual é de **R\$ 139.927.339,44** (cento e trinta e nove milhões, novecentos e vinte e sete mil, trezentos e trinta e nove reais e quarenta e quatro centavos), distribuída conforme segue:

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	Bloco I - Pré-Fixado - recurso MAC - Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	R\$ 19.745.730,24
2	Bloco II - Incentivos Fixos	R\$ 2.955.133,44
3	Bloco II - Incentivos Variáveis	R\$ 38.322.421,20
4	Bloco III - Pós-Fixado - recurso MAC - Alta Complexidade Hospitalar.	R\$ 25.886.628,96
5	Bloco III - Pós-Fixado - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar.	R\$ 42.928.657,20
6	Bloco III - Pós-Fixado - Assistência Ambulatorial Eletiva exclusiva para usuários residentes em Pato Branco.	R\$ 10.088.768,40
TOTAL MÁXIMO ESTIMADO:		R\$ 139.927.339,44

8.4. Estimativa de Renúncias e Isenções Fiscais

Em estrito cumprimento ao parágrafo único do art. 14 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, informa-se que o valor estimado das renúncias e isenções fiscais usufruídas pela CONTRATADA, em razão de sua natureza jurídica filantrópica e certificação CEBAS, totalizou no exercício de 2024 o montante de **R\$ 9.333.639,62** (nove milhões, trezentos e trinta e três mil, seiscentos e trinta e nove reais e sessenta e dois centavos). O

montante acima referido, extraído das Notas Explicativas das demonstrações contábeis da instituição (Nota nº 10), compreende a isenção de tributos como INSS Patronal, ISS, COFINS, PIS, CSLL e IRPJ, integrando a matriz de financiamento indireto para a manutenção das atividades assistenciais e operacionais dedicadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

9. CONDIÇÕES GERAIS E RESPONSABILIDADES

9.1 Normas Gerais e Formas de Prestação dos Serviços Contratados

O Instituto Policlínica PB (IPPB), na qualidade de CONTRATADA, compromete-se a cumprir as condições, responsabilidades e competências relacionadas nesta cláusula durante toda a vigência do contrato, garantindo a prestação de serviços com qualidade, segurança, eficiência e em total conformidade com as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Manter, durante toda a vigência contratual, sua regularidade econômica, financeira, fiscal, trabalhista, jurídica e técnica, em conformidade com a Lei n.º 14.133/2021, estando a aptidão técnica devidamente validada por meio de Parecer de Vistoria realizado no ato da habilitação/inscrição (conforme Art. 129 da PRC 01/2017). Deve, igualmente, manter ativo e atualizado seu cadastro no CNES (n.º 17.868), com seus serviços possuindo classificação pela Tabela SIGTAP, e com todas as habilitações de média e alta complexidade válidas e em conformidade com as portarias que as regem, bem como, deve manter válida e vigente a certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde (CEBAS).

Executar todos os serviços de que trata este contrato em conformidade com as especificações estabelecidas no instrumento contratual e documento descritivo anexo, obedecendo integralmente a todas as normativas técnicas e legais aplicáveis, incluindo, mas não se limitando a, portarias do Ministério da Saúde, resoluções da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e resoluções dos conselhos de classe profissionais, bem como suas atualizações, obrigando-se a conhecer e apreender plenamente o conteúdo de tais regras, assim como, responsabilizar-se por seu integral cumprimento.

Prestar serviços por meio de profissionais com vínculo formal (seja por meio de vínculo empregatício CLT, na qualidade de sócios ou como prestadores de serviço pessoa jurídica), qualificados, devidamente registrados com sua respectiva Classificação Brasileira de Ocupação

(CBO), com registro ativo no conselho de classe no Paraná e, para médicos especialistas, com o devido Registro de Qualificação de Especialidade (RQE). Fica vedada a realização de atos assistenciais por estagiários sem a supervisão direta e contínua de um profissional habilitado. A quantidade de profissionais deve ser suficiente para cumprir todas as escalas e metas pactuadas, incluindo plantões 24 horas na RUE e as equipes multidisciplinares exigidas pelas habilitações.

Responsabilizar-se integralmente pela prestação dos serviços, sem qualquer transferência de responsabilidades trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais ou comerciais à Contratante.

Disponer de estrutura física e tecnológica compatível com os serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade contratados, operando em estrita observância ao conjunto integral das normativas técnicas, sanitárias, éticas e legais vigentes. Essa estrutura deve incluir, minimamente, leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico equipado, ambulatórios especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, em número compatível com as habilitações vigentes e com as informações contempladas no Documento Descritivo em anexo.

Garantir um ambiente adequado para a prestação dos serviços, assegurando ventilação, higienização, conservação e controle de infecção, além da disponibilização de todos os insumos, materiais, medicamentos e recursos humanos próprios necessários para a execução dos atendimentos.

Manter o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) da sua capacidade instalada, em leitos e serviços, disponibilizada aos usuários do SUS da população própria municipal e dos municípios pactuados para atendimento (Art. 4º, inciso I, da Lei Complementar nº 187/2021 e ao Art. 199, § 1º, da Constituição Federal).

Utilizar ou integrar o sistema próprio ao Sistema de Informação Municipal (Prontuário Eletrônico IDS Saúde), disponibilizado pela contratante, para todos os registros assistenciais e administrativos, garantindo a interoperabilidade e o fluxo de informação com a rede municipal, em estrita conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), sem ônus para a Contratante, a partir da assinatura do contrato. Em caso de substituição deste sistema, a Contratada deverá adotar o novo sistema ou integrá-lo, sem custo à Contratante.

Utilizar leitor biométrico de tecnologia óptica, com resolução mínima de 500 DPI, que possibilite a captura de imagem de alta qualidade e suporte padrões de compressão de imagem (WSQ) e qualidade (NIST NFIQ). É requisito obrigatório que o equipamento possua plena compatibilidade técnica e integração nativa com o Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde),

de modo a permitir a validação biométrica em tempo real no ato do atendimento e a transmissão fidedigna de dados para fins de auditoria e faturamento eletrônico, sem a necessidade de processamentos manuais externos.

Fornecer à CONTRATANTE, sempre que solicitado, os documentos, informações e esclarecimentos relativos à execução do objeto contratual, cumprindo os prazos estabelecidos em notificações formais, especialmente quando se tratar de informação necessária à defesa do CONTRATANTE.

Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo-lhe responder direta e exclusivamente pelos danos causados à CONTRATANTE ou a terceiros em razão da execução deste contrato.

Na hipótese da alínea anterior, caberá à CONTRATADA promover justa e integral indenização dos danos constatados, diretamente ao terceiro prejudicado ou ao CONTRATANTE, caso este tenha assumido os respectivos ônus, independentemente de prévia interpelação judicial.

9.2 Responsabilidades da Contratada (IPPB)

I. Da Assistência à Saúde

a. Atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE):

- Garantir o atendimento de urgência e emergência em tempo oportuno através de escalas de plantão médico e de equipe multiprofissional 24 horas por dia, utilizando protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em toda a porta de entrada hospitalar.
- Disponibilizar atendimento de urgência e emergência ininterrupto (24 horas por dia, 7 dias por semana), garantindo: atendimento de média e alta complexidade em **Traumatologia Ortopedia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR); atendimento de média e alta complexidade em **Oncologia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná e de 10 municípios pactuados de Santa Catarina; atendimento de média e alta complexidade em **Cardiologia Adulto** para a 7ª e 8ª Regionais de Saúde do Paraná e 7 municípios pactuados de Santa Catarina; atendimento de média e alta complexidade em **Cardiologia Pediátrica** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e para a Macrorregião Oeste de Santa Catarina; atendimento para intercorrências clínicas em **Terapia Renal Substitutiva (TRS)** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná;

atendimento para **Transplante Cardíaco** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná; atendimento para **Transplante Renal** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e para 7 municípios pactuados de Santa Catarina (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino e São Lourenço do Oeste); e atendimento de média complexidade em **Oftalmologia**, exclusivamente para a população da 7ª RS-PR. (Conforme detalhado no item 5.1).

- Disponibilizar, em regime de escala alternada (dias ímpares, 24 horas), o atendimento de urgência e emergência ininterrupto nas especialidades de média complexidade, abrangendo: **Clínica Médica Adulto e Pediátrica, Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná (Conforme detalhado no item 5.1).
- Oferecer retaguarda hospitalar para o SAMU 192, Corpo de Bombeiros, UPA 24h e Central de Regulação de Leitos. A retaguarda inclui a garantia de exames especializados, avaliação por especialistas, internações clínicas e cirúrgicas, e procedimentos de complexidade superior aos executados na UPA 24h.
- Assegurar que o atendimento de todas as fraturas e lesões traumáticas osteoarticulares (Traumato-Ortopedia de Urgência), conforme a Política Nacional de Atenção ao Trauma (Portaria GM/MS n.º 1.365/2013), seja realizado exclusivamente pela porta de Urgência e Emergência (RUE), vedando categoricamente o direcionamento desses casos para listas de espera eletivas. A falha em tratar o trauma como RUE será considerada grave descumprimento contratual, passível de sanções e auditoria imediata.
- Disponibilizar exames de patologia clínica e de imagem (Raio-X, eletrocardiograma, ultrassonografia etc.) 24 horas por dia para o suporte aos atendimentos de urgência.
- Garantir a consulta de reavaliação (retorno) nas clínicas básicas e/ou especializadas após o primeiro atendimento na porta de entrada, conforme previsto no Programa IntegraHOSP, para concluir o cuidado.
- Emitir o laudo médico de solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para internamentos de urgência/emergência de média ou alta complexidade e encaminhá-lo para liberação da Secretaria Municipal da Saúde de Pato Branco (Sistema Municipal de Auditoria), no prazo máximo de 10 dias contados a partir da data do atendimento inicial. Todos os usuários com internamento efetivado no Hospital deverão ser, obrigatoriamente, cadastrados no Sistema de Informação Municipal, IDS-Saúde.

- Responsabilizar-se pelo encaminhamento de usuário para outra referência, na hipótese de falha de equipamento ou fator superveniente que impeça o atendimento no próprio serviço, sem prejuízo financeiro ou assistencial ao município de origem do usuário.
- Garantir o acolhimento imediato de usuários críticos que demandem estabilização clínica, conforme a linha de cuidado habilitada, vedando a utilização da insuficiência de leitos como justificativa para recusa. Após a estabilização, a busca por leito será de responsabilidade compartilhada entre o Hospital e o Gestor Municipal. A negativa injustificada, comprovada por auditoria, implicará nas penalidades contratuais e na avaliação dos indicadores de desempenho.

b. Atendimento Ambulatorial e Hospitalar Eletivo:

- Garantir que o acesso a todos os serviços eletivos, incluindo os das especialidades habilitadas, ocorra exclusivamente por meio da Central de Regulação do Município Gestor. É vedada a admissão de usuários por qualquer outra porta de entrada.
- Realizar os procedimentos, exames, consultas e internações mediante agendamento e/ou autorização da Central de Regulação, obedecendo aos critérios de priorização, salvo em situações de urgência e emergência.
- Solicitar autorização prévia para todos os procedimentos eletivos, submetendo a requisição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), conforme o caso, à análise e liberação do Sistema Municipal de Auditoria antes da execução do serviço.
- Executar os exames e procedimentos eletivos autorizados com a maior celeridade possível, buscando sempre a antecipação do atendimento, tendo como prazo máximo 60 (sessenta) dias a contar da data de autorização.
- Executar os procedimentos cirúrgicos eletivos no prazo máximo de 180 dias, ressalvados os prazos legais para casos específicos, como os oncológicos, que devem seguir a legislação pertinente.
- A Contratada deve assegurar, o cumprimento da legislação federal para o cuidado oncológico (Leis n.º 12.732/2012 e 13.896/2019), garantindo a realização dos exames para elucidação diagnóstica em até 30 (trinta) dias e o início do primeiro tratamento em até 60 (sessenta) dias após a confirmação patológica.

- Executar de forma integral todos os serviços previstos em cada habilitação de alta complexidade (consultas, exames, procedimentos e cirurgias), garantindo a linha de cuidado completa ao usuário, incluindo os quantitativos mínimos pactuados.
- Executar a Ofertas de Cuidado Integral (OCI), comprometendo-se a entregar o conjunto articulado de ações e serviços que compõem cada OCI, e não apenas procedimentos isolados.

c. Competências Gerais na Rede de Atenção à Saúde:

- Assegurar atendimento humanizado, em conformidade com a PNH, garantindo a gratuidade absoluta das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS, a privacidade e o respeito à individualidade do usuário, devendo, ainda, coibir e investigar qualquer denúncia de cobrança indevida.
- Assegurar que todo atendimento seja pautado por protocolos clínicos, normas do Ministério da Saúde, preceitos éticos e evidências científicas, utilizando as diretrizes terapêuticas validadas pelos gestores do SUS, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 7º, III).
- Implementar e manter as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), conforme a Portaria MS/GM n.º 529/2013, mantendo o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ativo e implementando os protocolos de segurança obrigatórios.
- Prescrever medicamentos priorizando a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e utilizando a Denominação Comum Brasileira (princípio ativo), em conformidade com a Lei n.º 9.787/1999.
- Garantir a Política de Acompanhantes para os públicos previstos em lei, incluindo o direito à visita ampliada para todos os usuários internados, assegurando condições dignas de acomodação.
- Assegurar a alta hospitalar de forma planejada e responsável pela equipe multiprofissional, utilizando instrumento de contrarreferência padronizado para garantir a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.
- Disponibilizar informações claras sobre as intervenções, solicitando ao usuário (ou seu responsável legal) o consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conforme legislação específica.
- Registrar, de forma exclusiva, a evolução dos atendimentos utilizando o método SOAP – que abrange os componentes Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano – não sendo

permitida qualquer outra forma de documentação. No campo Subjetivo, deverá constar um relato detalhado do usuário acerca de sua condição atual, incluindo sintomas, queixas, histórico clínico e sua percepção pessoal sobre o estado de saúde. Já no campo Objetivo, deverão ser registrados os dados mensuráveis e observáveis coletados pelo profissional, tais como sinais vitais, achados de exames físicos e resultados laboratoriais. Na etapa de Avaliação, o profissional formulará o diagnóstico clínico ou o diagnóstico específico da especialidade, fundamentado nas informações subjetivas e objetivas, considerando a evolução do quadro e a resposta ao tratamento. Por fim, no campo Plano, serão definidas as condutas terapêuticas a serem adotadas, como a indicação de exames complementares, a prescrição de tratamentos e procedimentos, as orientações ao usuário e o estabelecimento do cronograma de acompanhamento, inclusive nos registros de alta dos pacientes. As evoluções devem refletir as especificidades de cada usuário, garantindo um acompanhamento individualizado e detalhado. Não serão aceitos registros incompletos, padronizados, repetitivos ou genéricos, sendo estes passíveis de glosa.

- Emitir digitalmente os laudos, resultados de exames e relatórios de alta, com aposição de assinatura (que pode ser de forma eletrônica) do profissional responsável, e disponibilizá-los obrigatoriamente no Sistema de Informação Municipal (prontuário eletrônico) da Contratante. Adicionalmente, deverá registrar os laudos nos sistemas obrigatórios do Ministério da Saúde sempre que exigido. Todos os laudos, resultados de exames e relatórios são partes integrantes do prontuário do paciente e devem ser arquivados, em sua forma digital, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro do paciente, conforme a legislação federal vigente (Lei n.º 13.787/2018).
- É vedado ao profissional que elabora o laudo, bem como a qualquer outro colaborador que tenha acesso ao resultado, apor notas, emitir pareceres ou fazer qualquer tipo de indicação, prescrição ou sugestão de exames complementares ou condutas terapêuticas, devendo o conteúdo do laudo ser estritamente técnico e limitado à descrição dos achados e à conclusão diagnóstica.
- A CONTRATADA obriga-se a disponibilizar o resultado integral de todo e qualquer exame diagnóstico realizado em suas dependências ou por ela subcontratado (abrangendo laudos descritivos, imagens, biópsias, métodos gráficos, traçados e demais relatórios técnicos) diretamente no Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde). Para exames de

imagem e métodos gráficos, será permitido que o laudo e os arquivos sejam mantidos no sistema próprio da Contratada, desde que seja garantido o acesso irrestrito, contínuo e em tempo real à Contratante, permitindo a consulta ágil por meio de filtros de nome completo, CPF ou data de nascimento, de forma isolada ou conjunta.

- A CONTRATADA deverá disponibilizar o resultado completo e integral de todos os exames realizados (incluindo laudos, imagens e traçados gráficos) digitalmente ao usuário, por meio de plataforma de acesso seguro, exigindo login e senha intransferíveis. Adicionalmente, de forma inegociável, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal, a impressão e a entrega física do resultado integral (laudos acompanhados das imagens ou traçados correspondentes) deverão ser fornecidas, sem a cobrança de qualquer ônus, taxa ou custo adicional.
- Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme a legislação vigente, incluindo, mas não se limitando a, doenças e agravos de notificação, suspeitas de violência e negligência, e eventos adversos relacionados à assistência em saúde.
- Alimentar os sistemas de informação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde sempre que necessário.
- Alimentar e manter rigorosamente atualizado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), ou sistema que venha a substituí-lo, registrando obrigatoriamente todas as etapas do percurso do paciente oncológico, com especial atenção às datas-chave para o monitoramento dos prazos legais: data do diagnóstico em laudo patológico, data do registro do laudo no prontuário e data do início do primeiro tratamento, conforme determina o Art. 6º da Portaria GM/MS n.º 876/2013.
- Comunicar quaisquer acidentes de trabalho ocorridos com os colaboradores da contratada ou usuários atendidos pela contratada em decorrência de acidente de trabalho por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- Monitorar as taxas de Mortalidade Institucional, Global de Infecção Hospitalar e de Infecção de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central.
- A utilização de plataforma de Telessaúde somente será permitida mediante autorização prévia e expressa do Gestor Municipal de Saúde, devendo o serviço observar a Lei Federal n.º 14.510/2022 e as normas éticas dos conselhos profissionais. A plataforma utilizada deve ser devidamente certificada e assegurar total interoperabilidade, segurança de dados e integração obrigatória com o Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde), em

total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Para fins de faturamento, o valor dos serviços de Telessaúde autorizados será equivalente ao do atendimento presencial correspondente, conforme Tabela SIGTAP ou tabela municipal pactuada.

- Observar as diretrizes da Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Alyne) e do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense, assegurando a disponibilidade de leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal.

II. Da Gestão de Serviços

- Implantar e manter em pleno funcionamento o Núcleo Interno de Regulação (NIR) ininterruptamente, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da assinatura deste contrato, como unidade técnico-administrativa responsável pela gestão de leitos e pelo monitoramento do fluxo de usuários, desde a admissão até a alta hospitalar, com as seguintes atribuições mínimas:
 - Otimizar a utilização da capacidade instalada, controlando a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência;
 - Coordenar o fluxo de internações, transferências internas e externas, e o processo de alta hospitalar responsável, em articulação com as equipes assistenciais;
 - Atuar como interface centralizada entre o hospital e as Centrais de Regulação de Acesso (estadual e municipal), garantindo a comunicação ágil e a correta alocação de usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
 - Monitorar indicadores de desempenho relacionados à gestão de leitos e ao fluxo de usuários, fornecendo subsídios para a tomada de decisão da gestão hospitalar e da Contratante.
- Dispor para a Contratante a programação das agendas ambulatoriais com data, horário e quantitativo de atendimento fixos, devendo qualquer alteração ser formalizada com, no mínimo, 30 dias úteis de antecedência.
- Dispor para a Contratante a programação das agendas cirúrgicas eletivas com 15 dias de antecedência.
- Manter ativas e em permanente funcionamento as Comissões Assessoras Técnicas obrigatórias (CCIH, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbitos, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos etc.), com remessa de relatórios mensais de atuação.

- Informar aos seus trabalhadores e ao corpo clínico os compromissos e metas da contratualização, implementando os dispositivos necessários para o seu fiel cumprimento, assegurando que toda a equipe realize a prestação de serviços para o SUS nas especialidades pactuadas.
- Responsabilizar-se integralmente por quaisquer ônus decorrentes de omissões ou erros na recepção do usuário, na evolução do prontuário, na correta requisição e preenchimento da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), na conferência de relatórios da produção e na emissão da NF-e, devendo garantir a correta utilização dos sistemas de informação em todos os procedimentos administrativos e fiscais.
- Empregar o Sistema de Informação Municipal unicamente para os serviços contratados, sendo vedado seu uso para atendimentos particulares ou convênios não vinculados ao SUS. Em caso de falha no sistema da Contratante, a Contratada deverá comunicar imediatamente a ocorrência e registrar os dados dos procedimentos assim que o sistema for restabelecido. Falhas decorrentes de uso inadequado ou falta de capacitação serão de responsabilidade exclusiva da Contratada, podendo resultar em glosa. Se o erro de processamento for da Contratante, a Contratada terá direito ao recebimento do valor na competência subsequente.
- Indicar representantes e participar ativamente da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.
- Prestar os serviços exclusivamente nas instalações físicas do Instituto, sendo vedada a utilização de qualquer outra infraestrutura. Em caso de intercorrências, decorrentes de motivos supervenientes e relevantes, a Contratada poderá solicitar, mediante oficialização e aceite da Contratante, a alteração temporária do local de atendimento ou a subcontratação de serviços, mantendo-se integralmente a responsabilidade administrativa, financeira, cível e penal.
- Realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, sem ônus para a Contratante, mantendo laudos comprobatórios para apresentação em inspeções. Em caso de falha ou defeito nos equipamentos, a Secretaria Municipal da Saúde deverá ser formalmente comunicada, garantindo que a prestação do serviço contratado não seja interrompida por um período superior a 15 dias.

- Formalizar, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, qualquer solicitação de suspensão temporária na oferta dos serviços contratados, decorrente de eventos programados, como férias individuais e coletivas. A suspensão fica limitada a um período máximo de 15 (quinze) dias consecutivos por semestre e condicionada à prévia autorização por escrito da Contratante. Em caso de aprovação, a cota de serviços suspensos deverá ser integralmente reposta no período subsequente, garantindo o cumprimento das metas estabelecidas.
- Na indisponibilidade de equipamentos, seja por falha técnica, defeito, quebra ou manutenção, é de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA garantir a continuidade do atendimento, devendo, para tanto, providenciar e custear imediatamente a realização dos exames ou procedimentos inadiáveis em outro prestador qualificado.
- Responsabilizar-se pela aquisição, operacionalização, fornecimento e custeio de todos os insumos, materiais e medicamentos necessários à execução dos serviços, incluindo os de desinfecção e esterilização, em conformidade com as normas da Anvisa. A inexecução do objeto do contrato não será permitida sob a alegação de insuficiência de recursos humanos ou materiais durante toda a vigência do contrato.
- Manter placa afixada em local acessível aos usuários, com a composição das equipes assistenciais e da equipe dirigente do hospital, bem como material de divulgação da Ouvidoria.
- Enviar mensalmente o arquivo SIHD/SUS conforme cronograma do Sistema Municipal de Auditoria, definido com base no cronograma DATASUS/MS.
- Disponibilizar brinquedoteca para usuários internados na Clínica Pediátrica e oferecer infraestrutura para que crianças e adolescentes internados possam estudar.
- Aplicar a Instrução Normativa n.º 02/2021, de 08/06/2021, do Sistema Municipal de Auditoria de Pato Branco, que “Torna obrigatória, em todos os níveis de Assistência à Saúde do Município de Pato Branco, a normatização da Porta de Entrada nos internamentos hospitalares dos usuários do Sistema Único de Saúde, residentes no município ou na região referenciada”.
- Submeter-se às normas do SUS para a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). A solicitação de cada OPME para usuários de Pato Branco deverá ser justificada

no laudo da cirurgia e submetida à autorização prévia (exceto em casos de urgência/emergência) do médico auditor do Sistema Municipal de Auditoria.

- Para fins de faturamento e reembolso das OPMEs utilizadas, o prestador deverá apresentar Nota Fiscal de Serviços, que deverá conter, para fins de auditoria e rastreabilidade, as seguintes informações: o nome completo do usuário, o nome do médico responsável, a data da cirurgia e a discriminação minuciosa de cada OPME utilizada (com suas especificações técnicas, de rastreabilidade e regulatórias). Adicionalmente, no campo "Dados Adicionais" do documento, deverão constar as menções legais obrigatórias referentes às isenções de tributos.
- Nos casos de subcontratação parcial do objeto contratual, a CONTRATADA assume a responsabilidade jurídica, técnica e administrativa integral pela prestação dos serviços executados por terceiros, devendo garantir obrigatoriamente: o registro de todos os atos assistenciais no sistema municipal de informação (IDS Saúde); a validação dos atendimentos por meio de leitura biométrica no local da prestação do serviço; a total responsabilização perante a CONTRATANTE por eventuais eventos adversos ou falhas assistenciais na unidade subcontratada; e a apresentação mensal ao Sistema Municipal de Auditoria da escala de plantão atualizada, contendo os contatos diretos do profissional plantonista e de um responsável administrativo da unidade de prestação.
- Manter e executar rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), assegurando a segregação e destinação final ambientalmente adequada de resíduos infectantes e químicos, bem como implementar rotinas de logística reversa para medicamentos e insumos e adotar práticas de eficiência energética e hídrica em suas instalações, em observância às diretrizes de sustentabilidade da Lei nº 14.133/2021.

III. Do Ensino e Pesquisa

- Disponibilizar o hospital como campo de ensino integrado à assistência, garantindo que as práticas de formação sejam baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário, alinhadas às políticas prioritárias do SUS e ao trabalho multiprofissional (conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 9º, I, II e III).
- Atuar como campo de educação permanente para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuado com o gestor público de saúde, colaborando na qualificação dos serviços em âmbito regional.

- Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde que sejam prioritárias para as necessidades epidemiológicas da região e para a política de saúde instituída, em articulação com a gestão municipal.
- Elaborar e submeter à aprovação do Gestor Municipal de Saúde os Protocolos Assistenciais a serem implantados no hospital. Uma vez aprovados, encaminhá-los para pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) para oficializar seus desdobramentos na Rede de Atenção à Saúde.
- Apresentar mensalmente à Auditoria Municipal comprovação de atividade de educação permanente realizada para seus colaboradores, com carga horária e lista de frequência, conforme metas dos indicadores.

IV. Da Avaliação

- Acompanhar sistematicamente os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços prestados (conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 10, I).
- Avaliar o grau de satisfação dos usuários e acompanhantes por meio da aplicação de pesquisa de satisfação.
- Monitorar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações por meio dos indicadores estabelecidos.
- Apresentar a resolução das demandas encaminhadas pela Ouvidoria Municipal do SUS no prazo estabelecido.
- Realizar auditoria clínica interna de forma regular para o monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos.
- Monitorar a execução orçamentária do contrato e zelar pela adequada e transparente utilização dos recursos financeiros repassados.
- Encaminhar mensalmente ao Sistema Municipal de Auditoria, até o dia 05 (cinco) de cada mês, as informações e os relatórios necessários para a apuração dos indicadores de desempenho.
- Submeter-se a vistorias técnicas do Sistema Municipal de Auditoria e às avaliações periódicas de indicadores para a manutenção dos incentivos.
- Viabilizar a aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário, a ser conduzida pela equipe da Auditoria Municipal, garantindo aos profissionais da CONTRATANTE livre acesso aos

usuários e acompanhantes nos ambientes ambulatoriais e de internação, de forma a não obstruir ou interferir no processo de coleta de dados.

9.3 Responsabilidades da Contratante

- Estabelecer, implantar e manter em adequado funcionamento os mecanismos reguladores de acesso, bem como os mecanismos controladores dos processos de execução das ações e serviços previstos, aos usuários SUS.
- Regular o acesso aos serviços eletivos de todos os municípios pactuados, gerenciar as filas de espera em conjunto com o prestador e definir as agendas conforme as metas pactuadas.
- Otimizar, por meio da Central de Regulação Municipal, o processo de agendamento junto ao prestador para os casos suspeitos e confirmados de câncer, a fim de reduzir o tempo de espera entre a solicitação da consulta e o primeiro atendimento especializado, garantindo também o agendamento ágil dos retornos, conforme sua competência de organizar os fluxos de referência (Art. 7º e Art. 10 da Portaria GM/MS n.º 876/2013).
- Acompanhar a execução do contrato por meio do gestor, fiscais e da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.
- Fiscalizar e acompanhar continuamente a execução do contrato, por meio do Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação, que realizará supervisão (in loco ou remota) para verificar o cumprimento de todas as cláusulas contratuais e a qualidade dos serviços prestados.
- Realizar, através do Sistema Municipal de Auditoria, o controle, a avaliação e a auditoria de toda a produção de serviços.
- Realizar vistorias técnicas, notificar o prestador sobre irregularidades e aplicar as sanções cabíveis.
- Aplicar as sanções administrativas contratuais em caso de inadimplência ou não conformidades constatadas.
- Fornecer à contratada, sempre que solicitado, os documentos, informações e esclarecimentos relativos à execução do objeto contratual.
- Efetuar os pagamentos e repasses financeiros conforme os blocos de financiamento e a produção aprovada. O não repasse dos valores de responsabilidade do Ministério da

Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR) não transfere a Contratante a obrigação legal do pagamento dos respectivos serviços.

- Assegurar, em caso de insuficiência de teto MAC, custeio de serviços essenciais com recursos próprios (livres), visando garantir continuidade assistencial.
- Disponibilizar à CONTRATADA, até o dia 10 (dez) da competência subsequente à faturada, os relatórios detalhados da produção auditada para conferência.
- Realizar a compensação financeira do Bloco I (pré-fixado), aplicando os descontos ou acréscimos apurados mensalmente com base na produção de média complexidade auditada.
- Efetivar os ajustes financeiros sobre os incentivos variáveis (Blocos II), com base na avaliação dos indicadores realizada pela Auditoria e homologada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização.
- Efetivar o reajuste financeiro previsto no Programa IntegraHosp, a cada 12 meses. Conforme disposto no Decreto Municipal n.º 10.110, de 06 de dezembro de 2024, devendo ser adotado o índice de inflação com a menor variação no período, dentre os seguintes: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) e Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M/FGV).
- Garantir o acesso do Conselho Municipal de Saúde às informações relativas à execução contratual.
- Fornecer à contratada o protocolo para a inserção de informações em sistemas obrigatórios do Ministério da Saúde e da gestão municipal, permitindo o correto registro de dados sempre que os procedimentos exigirem tal informação.
- Realizar, anualmente, o encontro de contas com os municípios pactuados com o objetivo de apurar se os recursos coletivos — provenientes do teto MAC e de emendas parlamentares — foram suficientes para cobrir os custos totais dos serviços prestados. O acerto financeiro, quando necessário, será efetuado entre o município gestor e o município devedor.

9.4 Responsabilidades dos Municípios Pactuados

- Realizar a transferência de usuários para o prestador exclusivamente mediante solicitação e autorização formal via Central de Leitos, sendo vedado o encaminhamento direto sem a devida regulação prévia.

- Organizar a linha de cuidado na Atenção Primária à Saúde para as condições de saúde abrangidas por este contrato, garantindo o primeiro acesso, o acompanhamento e a ampliação da cobertura assistencial.
- Agilizar, por meio da Atenção Primária à Saúde, a investigação inicial dos casos suspeitos de câncer e realizar o encaminhamento qualificado para a atenção especializada, a fim de reduzir o tempo entre a suspeita clínica e a inserção do usuário no fluxo regulatório, colaborando para o cumprimento dos prazos legais, em conformidade com sua responsabilidade na organização da assistência (Art. 5º e Art. 10 da Portaria GM/MS n.º 876/2013).
- Garantir que a consulta que gera a referência para o serviço especializado ocorra obrigatoriamente em um ponto da rede de assistência do SUS, a fim de preservar a equidade no acesso, em conformidade com a Instrução Normativa n.º 02/2021 do Sistema Municipal de Auditoria de Pato Branco.
- Regular o encaminhamento (referência) de seus usuários, garantindo que todos sejam inseridos na fila de espera oficial gerenciada pelo Município Gestor de Pato Branco, por meio do sistema IDS Saúde, em conformidade com os fluxos e protocolos estabelecidos.
- Assumir integralmente a responsabilidade financeira pelo custeio de quaisquer procedimentos ambulatoriais (consultas, exames, terapias, entre outros) necessários aos seus munícipes que não estejam explicitamente descritos como obrigação da Contratada (IPPB) neste documento, assim como de exames/procedimentos não contemplados na Tabela SIGTAP. Fica ratificado que o custeio integral da assistência durante a internação hospitalar é de responsabilidade da Contratada.
- Disponibilizar a assistência farmacêutica necessária aos seus munícipes, assegurando a continuidade do tratamento.
- Disponibilizar Transporte Sanitário seguro para o deslocamento de seus munícipes até Pato Branco para a realização de atendimentos eletivos, de urgência e emergência, conforme pactuação regional.
- Apoiar com o transporte sanitário na transferência de seus munícipes para outro serviço, caso ocorra falha de equipamento ou outro fator superveniente no hospital contratado que impeça a continuidade do atendimento, conforme pactuação no CRESEMS e na CIR.

- Oferecer retaguarda assistencial na Atenção Primária à Saúde para os usuários após a alta hospitalar, garantindo a continuidade do cuidado conforme a contrarreferência emitida pelo serviço especializado.
- Garantir o repasse financeiro dos valores pactuados para o custeio de programas regionais, como o IntegraHOSP, ao município gestor, conforme os termos de convênio estabelecidos.
- Assumir a responsabilidade financeira pelo custeio de serviços excedentes, conforme apurado no encontro de contas anual. Na hipótese de insuficiência de recursos, cada município será responsável por quitar a diferença referente ao atendimento de seus respectivos munícipes, utilizando, para tanto, recursos próprios.
- Os municípios pactuados e referenciados que utilizarem os serviços deste contrato deverão formalizar sua adesão por meio de um Termo de Anuência/ Interveniência. Este documento, assinado pela autoridade competente de cada Ente federativo, comprova a plena ciência e concordância com as cláusulas estabelecidas e garante a responsabilidade pelo custeio dos serviços prestados aos seus respectivos munícipes.

9.5 Responsabilidades da União (Ministério da Saúde)

Conforme o Art. 4º do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, compete ao Ministério da Saúde:

- Estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar;
- Financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;
- Estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais;
- Acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário;
- Desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente;

- Garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar;
- Realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- Promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e
- Estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.

9.6 Responsabilidades do Estado (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR)

Considerando o papel do Estado na gestão regionalizada do SUS e conforme os princípios estabelecidos no Art. 5º do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, compete ao Estado do Paraná:

- Definir a área territorial de abrangência e a população de referência do hospital sob sua gestão regional, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR);
- Financiar de forma tripartite, em conjunto com os demais entes, as ações e serviços de saúde contratualizados, garantindo o repasse de incentivos estaduais (HOSPSUS e correlatos) conforme resoluções específicas;
- Realizar a regulação das ações e serviços de saúde de alta complexidade por meio de fluxos de referência e contra-referência macrorregional, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;
- Apoiar o Município Gestor no controle, avaliação e auditoria da produção hospitalar, garantindo a compatibilidade com a capacidade operacional do hospital;
- Participar da definição das metas e do acompanhamento dos indicadores qualiquantitativos no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

9.7 Direitos dos Usuários do SUS

Cabe às partes contraentes e aos demais Entes Públicos pactuados respeitar integralmente os direitos da pessoa humana e assegurar os direitos dos usuários do SUS, entre os quais se destacam:

- Ter acesso a todos os serviços contratualizados de forma universal, igualitária e gratuita, sendo vedada a cobrança de qualquer valor. A Contratada será responsabilizada por qualquer valor indevido cobrado por seus profissionais ou prepostos.
- Receber atendimento digno, humanizado e respeitoso, estritamente livre de qualquer forma de discriminação ou preconceito, seja por raça, cor, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, idade, religião, condição social, deficiência ou qualquer outra característica pessoal, que garanta sua integridade física, privacidade, conforto, confidencialidade, segurança nos procedimentos, bem-estar psíquico e emocional, e o respeito à sua individualidade, valores, ao uso do nome social para pessoas travestis e transexuais, e aos seus valores éticos, culturais e religiosos, em conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM n.º 1.820/2009), a Lei n.º 8.080/1990 e os princípios constitucionais da dignidade e igualdade (Art. 1º, III e Art. 5º, caput, CF/88).
- Receber informações claras, transparentes e compreensíveis sobre seu estado de saúde, critérios de atendimento, filas de espera, diagnósticos, riscos e benefícios de tratamentos, para que possa tomar decisões de forma livre e esclarecida, sendo vedado o uso de suas informações pessoais para fins publicitários ou de pesquisa sem autorização formal da contratante e consentimento livre e esclarecido do usuário.
- Ser atendido em um ambiente seguro, com a aplicação de todos os protocolos de segurança do paciente.
- Ter a presença de acompanhante de sua livre escolha, para crianças, adolescentes, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais e indígenas, de acordo com as legislações específicas, promovendo oferta de acomodação digna e segura.
- Ter acesso ao seu prontuário sempre que solicitado e dispor de canais de denúncia e ouvidoria para registrar manifestações, com garantia de resposta.
- Ter seu plano de alta articulado com a Atenção Primária à Saúde de seu município de origem, garantindo a continuidade do tratamento após a saída do hospital.

9.8 Obrigações Pertinentes a LGPD

As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do contrato administrativo, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

- Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD, respeitando-se, ainda o Código de Ética Médica em relação aos documentos dos pacientes.
- É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.
- A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo CONTRATADO.
- Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do CONTRATADO eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.
- É dever do CONTRATADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.
- O CONTRATADO deverá exigir de SUBOPERADORES e SUBCONTRATADOS o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.
- O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o CONTRATADO atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.
- O CONTRATADO deverá prestar, no prazo fixado pelo CONTRATANTE, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.
- Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos.
- Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD.
- O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de

dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

- Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

10. FORMALIZAÇÃO, EXECUÇÃO E PAGAMENTO DO CONTRATO

Esta seção estabelece as bases legais, as condições de formalização e as regras operacionais para a execução, o faturamento e o pagamento dos serviços de atenção à saúde, objeto deste Documento Descritivo.

10.1. Base Legal, Vigência e Valor

- **Fundamentação Legal:** A presente contratação observará os princípios da administração pública e as normativas do SUS, tendo como principais fundamentos a Lei Federal n.º 14.133/2021 e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.
- **Forma de Contratação:** A contratação é formalizada por **Inexigibilidade de Licitação** (Art. 74, inciso I da Lei nº 14.133/2021), dada a inviabilidade de competição para as linhas de cuidado de alta complexidade habilitadas e a natureza singular da CONTRATADA.
- **Vigência e Valor:** O contrato terá vigência inicial de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser prorrogado por até 10 (dez) anos. O valor global estimado para o biênio é de **R\$ 139.927.339,44** (cento e trinta e nove milhões, novecentos e vinte e sete mil, trezentos e trinta e nove reais e quarenta e quatro centavos), conforme detalhado no Anexo 11.2 – Demonstrativo Financeiro.

10.2. Vistoria Técnica e Atesto de Capacidade

A vistoria técnica constitui etapa presencial, obrigatória e integrante do processo de habilitação para a contratualização. Seu objetivo é validar a capacidade instalada, a infraestrutura hospitalar e os fluxos assistenciais, assegurando que a CONTRATADA detém condições técnicas para ofertar serviços de média e alta complexidade com segurança, qualidade e plena auditabilidade, em estrita conformidade com as diretrizes do SUS e as normativas da ANVISA.

Critérios Fundamentais de Avaliação:

1. Verificação da adequação das unidades de internação, centros cirúrgicos e leitos de UTI;
2. Verificação da regularidade da Licença Sanitária e do Alvará de Funcionamento para os serviços habilitados;
3. Conferência da atualização do SCNES frente à estrutura física verificada;
4. Observância às Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA, especialmente RDC nº 50/2002 (Infraestrutura), RDC nº 36/2013 (Segurança do Paciente) e RDC nº 63/2011 (Boas Práticas);
5. Validação da prontidão tecnológica para o uso do sistema IDS Saúde (Método SOAP) e identificação via Biometria.

Execução e Resultado:

A diligência é realizada por equipe técnica designada pela Secretaria Municipal de Saúde. Ao término do ato, é emitido o Parecer Técnico de Vistoria (Anexo III), assinado pelos avaliadores e pelo representante legal da instituição, atestando a aptidão da entidade para a execução do objeto contratual. A manutenção das condições verificadas na vistoria é requisito indispensável para a vigência do contrato.

10.3. Gestão e Fiscalização

A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada conforme os seguintes níveis de controle institucional:

- **Nível Administrativo (Gestão e Fiscalização Direta):** A **gestão do contrato** será exercida pelo titular da Secretaria Municipal de Saúde, a quem compete a coordenação de registros formais e ordens de serviço. A **fiscalização administrativa e técnica** será exercida por servidor designado, responsável por verificar a conformidade dos serviços e instruir o processo de pagamento.
- **Nível Técnico-Assistencial (Sistema Municipal de Auditoria - SMA):** O Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação atuará como fiscal técnico institucional. Compete ao SMA a validação técnica, clínica e documental mensal de toda a produção hospitalar e ambulatorial. A liquidação de qualquer parcela está estritamente condicionada ao atesto técnico de auditoria que comprove a efetiva realização e a qualidade dos serviços.

- **Nível de Desempenho Estratégico (Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CAC):** Instância responsável por monitorar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas. O Relatório de Análise de Indicadores emitido pela CAC fundamenta os ajustes financeiros sobre os Incentivos Variáveis.

10.4. Fluxo Operacional de Faturamento e Pagamento

- **Período de Competência:** O período de faturamento compreenderá o intervalo entre o dia 21 do mês anterior e o dia 20 do mês de referência.
- **Prazos de Registro na Produção:** A CONTRATADA deverá registrar a produção mensal nos sistemas oficiais no prazo máximo de **30 (trinta) dias para procedimentos ambulatoriais (SIA) e 120 (cento e vinte) dias para procedimentos hospitalares (SIHD).**
- **Registro e Qualidade:** É obrigatório o registro da evolução clínica no sistema IDS Saúde utilizando o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Registros incompletos ou genéricos são passíveis de glosa.
- **Validação Biométrica:** A produção de atendimentos ambulatoriais será consolidada e validada exclusivamente por meio de leitura biométrica no Sistema de Informação Municipal, não gerando dados para faturamento os registros realizados por outros meios. A única exceção a esta regra ocorrerá em casos de impossibilidade de coleta biométrica (como falha na digital do usuário), situação na qual o faturamento será aceito mediante a apresentação da guia original de solicitação e autorização. Tal documento deverá ser apresentado em sua via original, de forma íntegra, sem qualquer tipo de rasura (como rabiscos de caneta, uso de corretivo ou outra alteração), e devidamente assinado com caneta azul pelo usuário (ou responsável legal), devendo ser validado manualmente no sistema e entregue fisicamente no Sistema Municipal de Auditoria até o último dia da competência vigente (20º dia).
- **Processamento:**
 1. **Auditoria e Envio de Relatórios:** A CONTRATANTE auditará a produção e enviará os relatórios de faturamento à CONTRATADA até o dia 10 da competência subsequente à faturada.
 2. **Solicitação de Nota Fiscal:** Após conferência, a CONTRATANTE solicitará a emissão da Nota Fiscal Eletrônica (NF-e).

3. **Apresentação de Documentos:** A **CONTRATADA** deverá apresentar a NF-e juntamente com as certidões de regularidade fiscal e trabalhista válidas. A ausência ou irregularidade destes documentos suspenderá o processo de pagamento até a completa regularização.
4. **Efetivação do Pagamento:** Cumpridas as exigências, os pagamentos serão realizados nos seguintes prazos:
 - **Bloco I (Pré-fixado) e Bloco II (Incentivos Fixos e Variáveis):** Repasse até o 5º dia útil da competência vigente.
 - **Bloco III (Pós-fixado):** Pagamento em até 60 dias após a apresentação da documentação fiscal.

10.5. Extinção Contratual e Sanções

Conforme Lei n.º 14.133/2021 (Art. 137), constituirão motivos para extinção do contrato, a qual deverá ser formalmente motivada nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, as seguintes situações:

- I. Não cumprimento ou cumprimento irregular de normas editalícias ou de cláusulas contratuais, de especificações, de projetos ou de prazos;
- II. Desatendimento das determinações regulares emitidas pela autoridade designada para acompanhar e fiscalizar sua execução ou por autoridade superior;
- III. Alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da empresa que restrinja sua capacidade de concluir o contrato;
- IV. Decretação de falência ou de insolvência civil, dissolução da sociedade ou falecimento do contratado;
- V. Caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do contrato;
- VIII. Razões de interesse público, justificadas pela autoridade máxima do órgão ou da entidade contratante;

§ 2º O contratado terá direito à extinção do contrato nas seguintes hipóteses:

- I. Supressão, por parte da Administração, de obras, serviços ou compras que acarrete modificação do valor inicial do contrato além do limite permitido no art. 125 desta Lei;
- II. Suspensão de execução do contrato, por ordem escrita da Administração, por prazo superior a 3 (três) meses;

- III. Repetidas suspensões que totalizem 90 (noventa) dias úteis, independentemente do pagamento obrigatório de indenização pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas;
- IV. Atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pela Administração por despesas de obras, serviços ou fornecimentos;

§ 3º As hipóteses de extinção a que se referem os incisos II, III e IV do § 2º deste artigo observarão as seguintes disposições:

- I. Não serão admitidas em caso de calamidade pública, de grave perturbação da ordem interna ou de guerra, bem como quando decorrerem de ato ou fato que o contratado tenha praticado, do qual tenha participado ou para o qual tenha contribuído;
De acordo com o Art. 138, a extinção do contrato poderá ser:
 - I. Determinada por ato unilateral e escrito da Administração, exceto no caso de descumprimento decorrente de sua própria conduta;
 - II. Consensual, por acordo entre as partes, por conciliação, por mediação ou por comitê de resolução de disputas, desde que haja interesse da Administração;
 - III. Determinada por decisão arbitral, em decorrência de cláusula compromissória ou compromisso arbitral, ou por decisão judicial.

§ 1º A extinção determinada por ato unilateral da Administração e a extinção consensual deverão ser precedidas de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente e reduzidas a termo no respectivo processo.

Sanções por Inadimplemento: O licitante ou contratado que cometer infrações estará sujeito à aplicação de sanções, conforme disposto no Decreto Municipal n.º 10.057/2024 e na Lei Federal n.º 14.133/2021.

11. ANEXOS

11.1 Planilhas de Indicadores

11.2 Demonstrativo Financeiro

11.3 Formulário de Vistoria Técnica

11.4 Modelo de Pesquisa de Satisfação

Avaliação da Satisfação do Usuário nos Serviços Ambulatoriais e de Internação Hospitalar

Avalie sua experiência em cada um dos itens abaixo, utilizando uma escala de 0 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito).

1. Identificação (Preenchimento pelo entrevistador)

- **Serviço Utilizado:** () Ambulatorial () Hospitalar
- **Especialidade/Clínica:** _____
- **Nome do Paciente/Usuário:** _____
- **Idade:** _____ **Sexo/Gênero:** () Feminino () Masculino () Outro
- **Cidade de Residência:** _____

2. Questionário de Avaliação

- **Como você avalia o atendimento médico recebido?**
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- **Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?**
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- **Como você avalia o atendimento na recepção?**
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- **Como você avalia a estrutura da unidade (alimentação, limpeza, organização, sinalização e acessibilidade)?**

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

- **Você recebeu informações claras e completas sobre sua doença e tratamento?**

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

3. Comentários Abertos

- **Deixe suas sugestões, elogios e/ou reclamações:**

11.5 Lista de Tabelas

Tabela 01: Quadro de Profissionais - Área da Saúde

Tabela 02: Quadro de Profissionais - Demais Profissionais (Apoio, Administrativo e Gestão)

Tabela 03: Produção Ambulatorial da RUE (2024) - Financeiro

Tabela 04: Produção Hospitalar da RUE (2024) - Financeiro

Tabela 05: Previsão Orçamentária para a RUE - Financeiro

Tabela 06: Previsão Orçamentária – Consultas em Cardiovascular

Tabela 07: Previsão Orçamentária – Exames em Cardiovascular

Tabela 08: Previsão Orçamentária – Procedimentos em Cardiovascular

Tabela 09: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Cardiovascular

Tabela 10: Previsão Orçamentária – OCI Cardiologia

Tabela 11: Previsão Orçamentária – Transplante Cardíaco

Tabela 12: Previsão Orçamentária – Consultas em Oncologia

Tabela 13: Previsão Orçamentária – Exames em Oncologia

Tabela 14: Previsão Orçamentária – Procedimentos em Oncologia

Tabela 15: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Oncologia

Tabela 16: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Oncologia – FAEC

Tabela 17: Previsão Orçamentária – OCI Oncologia

Tabela 18: Previsão Orçamentária – Consultas DRC

Tabela 19: Previsão Orçamentária – Terapia Renal Substitutiva (cofinanciamento)

Tabela 20: Previsão Orçamentária – Terapia Renal Substitutiva (procedimentos e OPMEs)

Tabela 21: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (mensal)

Tabela 22: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (trimestral)

Tabela 23: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (semestral)

Tabela 24: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (anual)

Tabela 25: Previsão Orçamentária – Exames em DRC (outros)

Tabela 26: Previsão Orçamentária – Procedimento Transplante Renal

Tabela 27: Previsão Orçamentária – Consultas em Traumato-Ortopedia

Tabela 28: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos em Traumato-Ortopedia

Tabela 29: Procedimentos de Terapia Nutricional (Produção/2024)

Tabela 30: Previsão Orçamentária – Procedimentos de Terapia Nutricional

Tabela 31: Previsão Orçamentária – Diárias de UTI

Tabela 32: Consultas Eletivas (Produção/2024)

Tabela 33: Previsão Orçamentária – Consultas Eletivas

Tabela 34: Previsão Orçamentária – Complementação Municipal para Procedimentos

Tabela 35: Cirurgias Eletivas (Produção/2024)

Tabela 36: Previsão Orçamentária – Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

Tabela 37: Previsão Orçamentária – Incentivo Programa Mais Cirurgias

Tabela 38: Previsão Orçamentária – Complementação Municipal para Videocirurgias

Tabela 39: Previsão Orçamentária – OPME Grupo I (Urologia)

Tabela 40: Previsão Orçamentária – OPME Grupo II (Ortopedia)

Tabela 41: Previsão Orçamentária – OPME Grupo III (Cardiologia)

Tabela 42: Incentivos Sujeitos à Avaliação

Tabela 43: Faixas de Pagamento

11.6 Glossário

AIH (Autorização de Internação Hospitalar) Documento do SUS usado para registrar e autorizar o pagamento de internações hospitalares. O valor de cada AIH pode ser complementado por programas de incentivo.

APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade): Documento do SUS que autoriza e registra o pagamento de procedimentos de alta complexidade.

Bloco de Financiamento Modelo de pagamento dos serviços do IPPB, dividido em três categorias para garantir transparência:

- **Bloco I (Pré-fixado):** Custeio de procedimentos de média complexidade, com um valor mensal estimado repassado antecipadamente e ajustado com base na produção real.
- **Bloco II (Incentivos):** Recursos de diversas fontes (municipal, estadual, MAC) para apoiar programas estratégicos, podendo ser fixos ou variáveis, condicionados ao cumprimento de metas.
- **Bloco III (Pós-fixado):** Pagamento feito após a execução e auditoria dos serviços, sem adiantamento, abrangendo alta complexidade, recursos do FAEC e a contrapartida municipal de Pato Branco.

CEBAS (Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social) Certificação que reconhece o IPPB como uma entidade filantrópica.

CIB (Comissão Intergestores Bipartite): Instância de pactuação e deliberação no âmbito estadual, composta por representantes das secretarias municipais de saúde (via COSEMS) e da secretaria estadual de saúde.

CIHOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante) Comissão responsável por acolher e sensibilizar familiares para aumentar a captação de órgãos para transplante.

CIR (Comissão Intergestores Regional) Instância de pactuação regional que validou as atualizações do programa IntegraHOSP.

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) Sistema oficial de registro dos estabelecimentos de saúde no Brasil. É fonte de dados sobre a estrutura, recursos humanos e capacidade do hospital, sendo a base para o cálculo de repasses, como o do piso da enfermagem. A atualização correta dos dados é responsabilidade do prestador de serviço.

Comissão de Acompanhamento da Contratualização Instância responsável por monitorar a execução do contrato, o cumprimento de metas e a aplicação dos recursos públicos. É composta por representantes da Secretaria de Saúde, da Regional de Saúde, do hospital, dos municípios pactuados e do Conselho Municipal de Saúde.

Contrarreferência Processo de encaminhamento de um paciente de volta para a Atenção Primária após o atendimento especializado, com as orientações necessárias para a continuidade do cuidado.

CRESEMS (Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde) Órgão que representa os secretários de saúde da região, participando da validação de programas como o IntegraHOSP e da indicação de membros para a Comissão de Acompanhamento.

DRC (Doença Renal Crônica) Condição de saúde que é objeto da assistência especializada em Nefrologia, incluindo hemodiálise e diálise peritoneal.

EMTN (Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional) Equipe responsável pela assistência nutricional especializada (enteral e/ou parenteral) a pacientes internados que precisam desse suporte.

EQH-EU (Estratégia de Qualificação Hospitalar para os Internamentos de Caráter de Urgência) Incentivo estadual (Resolução SESA/PR n.º 905/2023) que visa qualificar as portas de urgência hospitalar, repassando 20% de valor adicional sobre cada AIH de urgência aprovada.

FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) Fonte de financiamento federal para custear ações e programas estratégicos não cobertos pelo teto MAC regular, como transplantes e o Programa Agora Tem Especialistas.

HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná) Programa estadual (Resolução SESA/PR n.º 479/2016) que oferece incentivo financeiro para melhorar a rede hospitalar, com repasses fixos e variáveis condicionados ao cumprimento de metas.

IntegraHOSP Programa municipal, com cofinanciamento regional, criado para otimizar e integrar o atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE), garantindo a continuidade do cuidado para a população de Pato Branco e municípios pactuados.

IPPB (Instituto Policlínica Pato Branco) Entidade filantrópica contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco para prestar serviços de saúde de média e alta complexidade.

MAC (Média e Alta Complexidade) Nível de complexidade dos serviços de saúde e nome do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade, uma das principais fontes de recursos federais para o custeio desses atendimentos.

Mais Cirurgias (Programa Municipal) Iniciativa de Pato Branco para ampliar o acesso a cirurgias eletivas de média complexidade, oferecendo um incentivo financeiro por procedimento para reduzir a demanda reprimida.

OCI (Oferta de Cuidados Integrados) Pacotes de cuidado do Programa Agora Tem Especialistas que reúnem consultas, exames e procedimentos para o atendimento completo de condições específicas em áreas como Cardiologia, Oncologia e Ortopedia, visando maior agilidade e resolutividade.

OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) Insumos essenciais para procedimentos cirúrgicos que não são contemplados na Tabela SIGTAP, cujo fornecimento é contratado à parte, exclusivamente para munícipes de Pato Branco.

PMAE (Programa Mais Acesso a Especialistas): Antiga nomenclatura do Programa Agora Tem Especialistas.

PET-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons): Exame de imagem de alta complexidade utilizado principalmente na oncologia para estadiamento e monitoramento de tumores.

RUE (Rede de Atenção às Urgências e Emergências) Sistema que articula pontos de atenção à saúde (SAMU, UPA, hospitais) para garantir atendimento integral e contínuo em urgências e emergências. O IPPB é um componente hospitalar desta rede.

SISCAN (Sistema de Informação do Câncer): Sistema oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de informações dos exames de rastreamento e diagnóstico de câncer de colo do útero e de mama, e também para o acompanhamento de pacientes oncológicos.

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) Componente da RUE responsável pelo atendimento móvel de urgências, que regula e encaminha pacientes para hospitais de referência como o IPPB.

SESA-PR (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná) Órgão gestor da saúde no Paraná.

SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) Sistema oficial do SUS para registro e processamento da produção de atendimentos ambulatoriais, usado para faturamento e monitoramento.

SIHD (Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado) Sistema oficial do SUS para registro e processamento da produção de internações (AIHs), base para o faturamento hospitalar e avaliação de metas.

SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) Sistema que gerencia a tabela oficial de procedimentos do SUS, estabelecendo os valores de referência para o pagamento dos serviços prestados.

SNT (Sistema Nacional de Transplantes): Componente do Ministério da Saúde responsável por regulamentar, controlar e monitorar o processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos e células no Brasil, incluindo a gestão da lista única de receptores.

SUS (Sistema Único de Saúde) Sistema público de saúde do Brasil, cujos princípios e diretrizes orientam toda a prestação de serviços descrita no documento.

TRS (Terapia Renal Substitutiva): Tratamento destinado a substituir a função dos rins, incluindo modalidades como hemodiálise e diálise peritoneal, que são parte central da assistência em nefrologia.

UCO (Unidade Coronariana): Tipo de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) especializada no cuidado de pacientes com doenças cardíológicas agudas.

UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) Habilitação que qualifica um hospital a oferecer tratamento integral e especializado para o câncer, incluindo serviços como quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica.

UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Leitos hospitalares para pacientes graves que precisam de monitoramento e suporte intensivo. O IPPB tem leitos de UTI Adulto, Pediátrica (UTIP), Neonatal (UTIN) e Coronariana (UCO).

12. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 154, de 15 de junho de 2004.** Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/rdc0154_15_06_2004_rep.html.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 11, de 13 de março de 2014.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0011_13_03_2014.pdf.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas de informática para a preservação de prontuários de pacientes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 127, de 22 de dezembro de 2022.** Determina a competência da União para prestar assistência financeira complementar para o cumprimento do piso salarial nacional dos profissionais de enfermagem. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc127.htm.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de

paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm.

BRASIL. **Lei n.º 13.896, de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012, para determinar que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13896.htm.

BRASIL. **Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm.

BRASIL. **Lei n.º 14.434, de 4 de agosto de 2022.** Institui o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14434.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.168, de 15 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.169, de 15 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1169_15_06_2004.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 221, de 15 de fevereiro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0221_15_02_2005.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 876, de 16 de maio de 2013.** Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.262, de 12 de setembro de 2023.** Institui o Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1262_13_09_2023.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n. 766, de 14 de setembro de 2023.** Atualiza o CNES e a Tabela de Procedimentos para identificar o Incremento Financeiro do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2023/prt0766_18_09_2023.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 1.399, de 17 de dezembro de 2019.** Redefine critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/prt1399_19_12_2019.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 1.822, de 11 de junho de 2024.** Define a Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em Cardiologia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt1822_12_06_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 1.823, de 11 de junho de 2024.** Define a Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em Ortopedia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt1823_12_06_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 1.824, de 11 de junho de 2024.** Define a Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em Oncologia. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt1824_12_06_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 2.417 de 08 de janeiro de 2025.** Concede incremento financeiro aos serviços classificados, nos procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos sólidos, medula óssea, tratamento de intercorrências pós-transplante e acompanhamento pré e pós-transplante. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.417-de-8-de-janeiro-de-2025-606515027>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS n.º 2.689, de 20 de março de 2025.** Concede renovação da autorização para retirada e transplante de órgãos e tecidos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2025/prt2689_01_04_2025.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.607, de 19 de dezembro de 2025.** Altera nomenclatura da rubrica de procedimentos. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-3.607-de-19-de-dezembro-de-2025-679003372>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução n.º 1.834, de 20 de março de 2008.** Dispõe sobre o trabalho médico em regime de sobreaviso.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB/PR n.º 153/2024.** Aprova as

referências hospitalares para a Linha de Cuidado da Oncologia na Alta Complexidade do Estado do Paraná.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA/PR n.º 479, de 24 de novembro de 2016**. Autoriza o repasse de incentivo financeiro estadual (HOSPSUS). Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/479_16.pdf.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA/PR n.º 905, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Estratégia de Qualificação Hospitalar para os Internamentos de Caráter de Urgência (EQH-EU). Disponível em: <https://share.google/vMgdeJS4tFGVfgblu>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA/PR n.º 383/2025**. Institui o cofinanciamento de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS. Disponível em: <https://share.google/FYT1tnxPKMEfYGxva>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico das IRAS (2023)**. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@fecca6bd-96f6-4aae-afb3-39b6673248ff&emPg=true>

PATO BRANCO. Prefeitura Municipal. **Decreto Municipal n.º 10.110, de 06 de dezembro de 2024**. Dispõe sobre os critérios de reajuste financeiro de contratos administrativos.

PATO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Pato Branco, 2022. Disponível em: <https://patobranco.gov.br.cloud/pronimtb/upload/Outros/PMS%202022-2025.pdf>.



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8A73-8486-007C-1C85

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ MARCIA FERNANDES DE CARVALHO (CPF 743.XXX.XXX-49) em 11/03/2026 10:27:45 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ MEIRE PILLONETO (CPF 666.XXX.XXX-49) em 11/03/2026 11:01:44 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/8A73-8486-007C-1C85>





ANEXO II

TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO DE REFERÊNCIA

Serviços de Média e Alta Complexidade – IPPB

1. DAS CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. Do Objeto

Contratação de instituição hospitalar filantrópica para a Prestação de serviços de assistência em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo atendimentos nas áreas de média e alta complexidade, em nível ambulatorial e hospitalar, visando o atendimento da população de Pato Branco, dos municípios das 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná (conforme a especialidade) e de municípios pactuados de Santa Catarina, em consonância com a realidade sanitária loco-regional e as demandas decorrentes da Rede de Atenção à Saúde, conforme Documento Descritivo em anexo.

A contratação visa contribuir para o aperfeiçoamento do modelo assistencial orientado para resultados, com ênfase em práticas integrais, resolutivas e humanizadas de cuidado, de modo a atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, conforme as condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento e detalhadas no Documento Descritivo Bianual 2026-2027.

ITEM	DESCRIÇÃO	TOTAL
1	Bloco I - Pré-Fixado - recurso MAC - Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	R\$ 19.745.730,24
2	Bloco II - Incentivos Fixos	R\$ 2.955.133,44
3	Bloco II - Incentivos Variáveis	R\$ 38.322.421,20
4	Bloco III - Pós-Fixado - recurso MAC - Alta Complexidade Hospitalar.	R\$ 25.886.628,96
5	Bloco III - Pós-Fixado - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar.	R\$ 42.928.657,20
6	Bloco III - Pós-Fixado - Assistência Ambulatorial Eletiva exclusiva para usuários residentes em Pato Branco.	R\$ 10.088.768,40
7	Incentivo a Contratualização	R\$ 161.962,71
TOTAL MÁXIMO ESTIMADO:		R\$ 140.089.302,15¹

¹ Requisição n.º 28/2026 - LC

Será repassado à CONTRATADA, em até 60 (sessenta) dias após a assinatura do contrato, o montante de **R\$ 161.962,71 (cento e sessenta e um mil, novecentos e sessenta e dois reais e setenta e um centavos)**, proveniente de recurso livre municipal, em parcela única, conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde. O Município de Pato Branco, com base na autonomia conferida pela Lei Federal nº 8.080/1990 e em conformidade com os parâmetros técnicos de reestruturação hospitalar estabelecidos pela Portaria nº 2.035/2013-GM/MS, institui o presente incentivo com recursos próprios, conforme autorizado pelos artigos 1.140 a 1.142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06/2017. O valor destina-se ao suporte das adequações assistenciais e tecnológicas iniciais exigidas para a nova contratualização.

Para fins de transparência e em estrito cumprimento ao parágrafo único do art. 14 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, registra-se que a CONTRATADA, em razão de sua natureza jurídica de entidade filantrópica e detentora da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), usufrui de isenções e renúncias fiscais que integram sua matriz de sustentabilidade econômica. O valor anual estimado dessas renúncias, referente a tributos como Cota Patronal Previdenciária (INSS), PIS, COFINS e ISS, é de R\$ 9.333.639,62 (nove milhões, trezentos e trinta e três mil, seiscentos e trinta e nove reais e sessenta e dois centavos), conforme declarado nas demonstrações contábeis (Nota Explicativa nº 20) relativas ao exercício de 2024.

1.1. Da Legislação Aplicável

Aplica-se à execução do presente contrato, inclusive para suprir lacunas contratuais e sanar dúvidas interpretativas, a seguinte legislação:

- a. Lei Federal n.º 14.133, de 1º de Abril de 2021;
- b. Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990;
- c. [Lei Federal n.º 8.142, de 28 de Dezembro de 1990](#);
- d. [Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011](#);
- e. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde;
- f. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde;

g. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde; e

h. Demais Portarias e Atos Normativos que regulamentam cada um dos programas e incentivos que integram o financiamento do presente contrato.

Os casos omissos que não puderem ser solucionados com base na legislação aplicável serão decididos pela gestora do contrato.

1.2. Da Natureza do Objeto

O objeto caracteriza-se como serviço comum e de natureza contínua (Art. 6º, incisos XIII e XV, da Lei nº 14.133/2021), visto que seus padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos por meio de especificações usuais de mercado — representadas, no âmbito do SUS, pelos protocolos do Ministério da Saúde e pela Tabela SIGTAP — e por tratar-se de assistência indispensável à manutenção das atividades essenciais da Secretaria Municipal de Saúde, cuja interrupção compromete a integridade física dos usuários. A contratação fundamenta-se na inexigibilidade de licitação, em razão da singularidade das habilitações assistenciais de alta complexidade e da capacidade instalada integrada à Rede de Urgência e Emergência, o que torna inviável a fragmentação do objeto.

1.3. Do Prazo de Vigência

O prazo de vigência contratual será de 24 (vinte e quatro) meses, com início às 00h de **12 de março de 2026**, prorrogável sucessivamente por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021, mediante celebração de termo aditivo.

A vigência contratual superior a 12 (doze) meses justifica-se em razão da natureza contínua e permanente dos serviços assistenciais de saúde, essenciais à garantia do atendimento da população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS. A ampliação do prazo contratual contribui para a estabilidade da prestação dos serviços hospitalares, o adequado planejamento assistencial, a organização das escalas profissionais e a melhor gestão da capacidade instalada, evitando descontinuidades na assistência e sucessivos procedimentos administrativos de contratação.

Ademais, a adoção de vigência plurianual mostra-se mais vantajosa sob o aspecto econômico e administrativo, uma vez que garante maior estabilidade dos preços pactuados, reduz os custos administrativos decorrentes de renovações anuais

e assegura a continuidade ininterrupta de serviços essenciais de saúde, cuja eventual descontinuidade poderia acarretar relevantes prejuízos sociais, assistenciais e até judiciais ao Poder Público e à população atendida.

1.4. Da Licitação com Itens Exclusivos ou não para ME/EPP

Não se aplica, considerando que o presente procedimento está fundamentado na inexigibilidade de licitação, em virtude da impossibilidade de competição, dada a condição de prestador único habilitado para a realização dos serviços objeto desta contratação.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

A Fundamentação da Contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, apêndice deste Termo de Referência.

A presente contratação justifica-se pela necessidade imprescindível de manutenção e expansão da assistência à saúde de média e alta complexidade para a população de Pato Branco e municípios pactuados, garantindo o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e das linhas de cuidado especializadas.

A escolha do Instituto Policlínica PB (IPPB) fundamenta-se na inviabilidade de competição (Art. 74, I, da Lei 14.133/2021), para as linhas de cuidado em que detém habilitações exclusivas na 7ª Regional de Saúde, notadamente em **Cardiologia, Oncologia, Nefrologia, Traumato-Ortopedia e Transplantes (Coração, Rim e Tecidos)**. Tais credenciamentos, integrados à retaguarda de UTI e Urgência 24h, consolidam o hospital como referência única para estes agravos específicos, conforme a Grade de Referência Assistencial da Macrorregião Oeste, homologada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR) e ratificada pela Resolução SESA nº 023/2025.

Quanto aos serviços de urgência/emergência, a contratação direta justifica-se pela insuficiência da rede pública própria e pela integração formal e operacional à Rede de Urgência e Emergência (RUE). Conforme a Portaria GM/MS n.º 2.395/2011 (organização de serviços de urgência) e Portarias GM/MS n.º 1.365/2013 e n.º 1.366/2013 (linha de cuidado ao trauma), embora existam 3 (três) hospitais gerais no

Município, apenas o **Instituto Policlínica PB (IPPB)** e o **Instituto de Saúde São Lucas (ISSAL)** reúnem, de forma cumulativa, as condições operacionais para a prestação dos serviços. A normativa da Resolução SESA nº 023/2025, define a organização dos fluxos assistenciais da Macrorregião Oeste e, em seu Art. 7º, institucionaliza a "rotina de revezamento de porta de entrada" como modelo para os prestadores hospitalares. Assim, a escala alternada executada entre IPPB e o ISSAL constitui a operacionalização técnica necessária para dar cumprimento à determinação do Gestor Estadual, garantindo a cobertura assistencial ininterrupta do território.

A contratualização dos serviços eletivos e ambulatoriais de média complexidade observa a diretriz legal de preferência às entidades sem fins lucrativos na participação complementar ao Sistema Único de Saúde, conforme disposto na Lei nº 8.080/1990, reforçando a legitimidade da escolha da instituição que atende a esse requisito legal. A definição dos serviços eletivos considerou, ainda, o interesse de ambas as instituições na oferta de atendimentos especializados, bem como a capacidade técnica instalada, a disponibilidade de recursos humanos qualificados e a estrutura hospitalar de suporte, garantindo segurança assistencial, continuidade terapêutica e resolutividade.

A aglutinação dos serviços fundamenta-se no Princípio da Integralidade do Cuidado (Art. 7º, II, Lei 8.080/90), garantindo a sustentabilidade operacional da unidade de referência e a segurança do paciente ao manter todo o ciclo terapêutico em uma única estrutura hospitalar, evitando a fragmentação da assistência.

A contratação observa as diretrizes da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, adotando o modelo de contratualização hospitalar que vincula o repasse de recursos públicos ao cumprimento de metas quantitativas (produção) e qualitativas (eficiência e segurança do paciente), conforme detalhado no Documento Descritivo Bianual.

Os quantitativos de consultas, cirurgias e procedimentos eletivos foram dimensionados com base na média histórica de produção do ano de 2024, acrescida de uma margem de expansão de 20% para a redução de demandas reprimidas e vazios assistenciais identificados no Plano Municipal de Saúde.

A integração do IPPB aos programas estratégicos municipais (IntegraHOSP e Mais Cirurgias) é essencial para consolidar o município de Pato Branco como polo regional de saúde, garantindo o princípio constitucional da integralidade da assistência

e a economicidade no uso dos recursos do Teto MAC e recursos próprios municipais.

A fundamentação detalhada da necessidade, bem como a análise comparativa de soluções e a justificativa pormenorizada dos custos, encontram-se nos Estudos Técnicos Preliminares (ETP), que integram o processo administrativo como apêndice deste Termo de Referência.

A CONTRATADA comprovou sua aptidão técnica no ato da inscrição por meio do Parecer de Vistoria da Capacidade Instalada, documento este obrigatório para a habilitação conforme as normas de contratualização do SUS, e que atesta a disponibilidade de infraestrutura e equipamentos para a execução do objeto.

3. DA DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERANDO O CICLO DE VIDA DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

A solução consiste na contratação de assistência à saúde de caráter contínuo e integrado, cujos detalhes técnicos, diagnósticos e orçamentários encontram-se pormenorizados nos Estudos Técnicos Preliminares (ETP), apêndice deste Termo.

O modelo técnico-operacional é regido pelo Documento Descritivo Bianual (Anexo I), que define o escopo assistencial, as metas de desempenho e o fluxo de financiamento, sendo este documento parte integrante e indissociável do contrato.

A execução da solução compreende a disponibilização da infraestrutura tecnológica e da força de trabalho da CONTRATADA para garantir a Linha de Cuidado Integral nas especialidades de Alta Complexidade (Cardiologia, Oncologia, Nefrologia, Traumatologia, Ortopedia e Transplantes de Coração, Rim e Tecidos) e a operacionalização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exclusivos para o SUS.

A solução abrange, de forma indissociável, a garantia de retaguarda ininterrupta (24 horas) à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a execução de procedimentos eletivos vinculados às Políticas Públicas Municipais (Programas IntegraHOSP e Mais Cirurgias) e o fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), assegurando a integralidade da assistência e a inexistência de vazios assistenciais na rede regionalizada.

4. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Da Subcontratação

Com fundamento no art. 122 da Lei n.º 14.133/2021, a CONTRATANTE **poderá** autorizar, em **caráter excepcional** e a seu **exclusivo critério**, a **subcontratação parcial** de etapas **assistenciais ou estruturais** do objeto, desde que a medida garanta a continuidade, a economicidade e a integralidade da Rede de Atenção à Saúde.

A autorização para subcontratação é **ato discricionário** da Administração Pública Municipal, motivada pelo juízo de **conveniência e oportunidade**, não constituindo direito subjetivo da CONTRATADA.

A subcontratação parcial será admitida estritamente para integrar **serviços com especificidade técnica elevada** que exijam **parque tecnológico complementar** e expertise profissional específica, ou para garantir a **manutenção da assistência** em situações de **contingência e força maior**.

Toda e qualquer solicitação de subcontratação assistencial deverá ser instruída em processo administrativo específico, contendo pedido formal com justificativa técnica, comprovação da regularidade fiscal e técnica da subcontratada (Alvará e CNES) e parecer obrigatório do Sistema Municipal de Auditoria.

A subcontratação não altera as obrigações da CONTRATADA perante o Município, assumindo o prestador a **responsabilidade solidária integral** por todos os atos praticados por subcontratados, **respondendo por eventuais danos, erros ou omissões**.

É imperativa a integração ao Sistema de Informação Municipal (**IDS Saúde**), com validação obrigatória por **biometria e registro em método SOAP**.

É **vedada a subcontratação total** do objeto, bem como a **transferência das responsabilidades** de gestão assistencial e governança técnica das habilitações de alta complexidade.

É terminantemente **proibida a cobrança de quaisquer valores adicionais** à Administração ou ao usuário do SUS em decorrência da subcontratação, em observância ao princípio da gratuidade.

Em situações de **intercorrências graves ou quebra de equipamentos** que impossibilitem o atendimento na sede, a CONTRATADA deverá oficializar a comunicação em **até 24h**, arcando com todos os **custos de logística** para garantir o atendimento ininterrupto.

Em observância ao Art. 122, § 3º da Lei nº 14.133/2021, é vedada a subcontratação de pessoa física ou jurídica cujos proprietários ou dirigentes mantenham vínculo de parentesco, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, com dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde ou agentes públicos vinculados à gestão deste contrato.

4.2. Da Garantia da Contratação

Fica dispensada a prestação da garantia financeira (caução, seguro ou fiança) prevista no Art. 96 da Lei nº 14.133/2021, com fulcro no juízo de conveniência e oportunidade da Administração Pública, considerando a natureza jurídica da CONTRATADA como entidade filantrópica e o modelo de faturamento mensal que faculta à CONTRANTE a retenção de valores e aplicação de glosas, conforme o Art. 139, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021.

5. DA EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. Das Condições de Execução

A execução do objeto deverá ser iniciada a partir das 00h do dia 12 de março de 2026.

Caso não seja possível, a empresa deverá comunicar as respectivas razões imediatamente, para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

5.2. Das Especificações do Serviço

Na execução do contrato, a CONTRATADA deverá observar integralmente as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), além das especificações estabelecidas no Documento Descritivo em anexo e demais normas técnicas correlatas.

A prescrição de medicamentos deverá seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aprovados pelo Ministério da Saúde para cada agravo ou condição de saúde e, subsidiariamente, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ressalvadas as situações previstas em protocolos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco ou pela Comissão de Farmacologia e Terapêutica do Hospital.

O acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares eletivos dar-se-á exclusivamente por meio do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco.

O acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência ocorrerá por meio da Porta de Entrada Hospitalar (Pronto Atendimento/Pronto Socorro), com funcionamento ininterrupto, 24 (vinte e quatro) horas por dia, observando as escalas e pactuações da RUE.

É obrigatório o registro de todas as ações e serviços prestados no Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde ou outro que venha a substituí-lo), utilizando-se o método SOAP para evolução clínica e validação biométrica para atendimentos ambulatoriais. A obrigatoriedade de uso do sistema IDS Saúde e das especificações biométricas descritas fundamenta-se na necessidade de interoperabilidade com a rede assistencial legada do Município. Tais requisitos visam garantir a segurança da informação (LGPD), a fidedignidade dos atendimentos e a auditabilidade do faturamento público, não configurando direcionamento de marca, mas sim padronização tecnológica indispensável para o controle da produção SUS.

A CONTRATADA deverá observar os protocolos técnicos do Hospital, em estrita consonância com as normas do Ministério da Saúde e com o devido aval da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco.

A CONTRATADA deverá garantir a absoluta gratuidade de todas as ações e serviços prestados ao usuário do SUS.

6. DA GESTÃO DO CONTRATO

O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostilamento.

As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

A contratante poderá convocar representante da CONTRATADA para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos, nos termos do art. 117 da Lei nº 14.133, de 2021, bem como, pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização e pelo Sistema Municipal de Auditoria.

6.1. O modelo de governança de Nível Administrativo (Gestão e Fiscalização Direta):

Nos termos do art. 11, § 1º do Decreto Municipal n.º 9.603/2023, a atribuição de **gestão do contrato** será exercida pelo titular da secretaria demandante, ou seja, a Secretária Municipal de Saúde, **Marcia Fernandes de Carvalho**, matrícula n.º 111090, ou pela pessoa que a vier a substituir em razão da alteração da titularidade da pasta.

O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento, contendo todos os registros formais (ordem de serviço, ocorrências, alterações e prorrogações), elaborando relatório para verificação de adequações contratuais, conforme art. 14 do Decreto Municipal nº 9.603/2023

A **Fiscalização Administrativa e Técnica** será exercida pela servidora **Sabrina Psendziuk Rigon**, Enfermeira, Matrícula n.º 77593, a quem compete verificar os aspectos administrativos (Art. 15 do Decreto 9.603/23) e acompanhar a execução técnica para assegurar os melhores resultados para a Administração (Art. 16 do mesmo Decreto).

Os fiscais e gestores serão auxiliados pelos órgãos de assessoramento jurídico, contábil e de controle interno da Administração para prevenir riscos na execução.

6.2. O modelo de governança de Nível Técnico-Assistencial (Sistema Municipal de Auditoria - SMA):

O SMA (Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação) atuará como fiscal técnico institucional por força da Lei Municipal nº 1.706, de 20 de março de 1998 e do Decreto Presidencial nº 1.651 de 28 de setembro de 1995.

Compete ao SMA a validação técnica, clínica e documental mensal de toda a produção hospitalar e ambulatorial, incluindo a auditoria dos prontuários e a conferência da autenticidade dos atendimentos via biometria.

A liquidação de qualquer parcela (pré ou pós-fixada) está condicionada ao atesto técnico de auditoria que comprove a efetiva realização e qualidade dos serviços.

6.3. O modelo de governança de Nível de Desempenho Estratégico – Do Monitoramento pela Comissão de Acompanhamento e Contratualização

A execução do contrato e o desempenho assistencial do Hospital serão monitorados e avaliados pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização Hospitalar, instituída pelo Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação n.º 02/2017.

A Comissão será formalizada por ato normativo da Secretaria Municipal de Saúde, publicada em Diário Oficial, com a composição e as competências detalhadas na Seção 6 do Documento Descritivo Bianual, incluindo representantes da Gestão Municipal, da 7ª Regional de Saúde, do Hospital, do CRESEMS e do Conselho Municipal de Saúde.

Cabe à referida Comissão a análise técnica e a homologação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas no Documento Descritivo Bianual, cujos resultados fundamentarão o Relatório de Análise de Indicador e os respectivos ajustes financeiros nos repasses à CONTRATADA.

Ainda conforme o art. 33 da Portaria de Consolidação nº 2, no âmbito do Município de Pato Branco, os servidores envolvidos na execução de ações e recursos do SUS devem fiscalizar o cumprimento do objeto pactuado e a correta aplicação dos recursos, comunicando formalmente qualquer irregularidade ao setor responsável pela auditoria para as devidas providências.

6.4. O modelo de governança da fiscalização e acompanhamento por entes públicos interessados:

Considerando que os serviços objeto deste contrato integram a rede regional de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, podendo atender usuários provenientes de municípios referenciados, a CONTRATADA deverá permitir o acesso às informações assistenciais, relatórios de produção, registros de atendimento e demais documentos relacionados à execução dos serviços, sempre que solicitado pela Administração Municipal contratante.

Mediante solicitação formal e observadas as normas de proteção de dados e sigilo das informações em saúde, tais informações poderão ser compartilhadas com os entes públicos que participem do financiamento, pactuação ou encaminhamento

de usuários, bem como com órgãos de auditoria e controle do SUS, para fins de acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução dos serviços prestados.

7. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

7.1. Da Forma de Seleção e Critério de Julgamento da Proposta

Instituto Policlínica PB (IPPB, CNES 17.868), Hospital Geral de referência regional, certificado como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), conforme Portaria SAES/MS nº 1.411, de 2024. Trata-se de instituição filantrópica, sem fins lucrativos, vocacionada à prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade, nos regimes hospitalar e ambulatorial, para a população de Pato Branco e regiões pactuadas do Paraná e Santa Catarina.

A instituição apresenta singularidade técnica e consolidada capacidade operacional para atuar como referência estratégica de **Alta Complexidade**, atendendo às demandas pactuadas:

- a. **Assistência em Alta Complexidade em Oncologia:** Habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviço de Radioterapia (Código 17.07), conforme Portaria SAS/MS nº 102/2012, e Oncologia Cirúrgica porte “B” (17.18), conforme Portaria GM/MS nº 3.398/2016.
- b. **Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Transplante Cardíaco:** Habilitado como Unidade de Assistência Cardiovascular (08.01), Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (08.03) e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (08.04), conforme Portaria SAS/MS nº 18/2006; e habilitado para Transplante de Coração (24.11), conforme Portaria SAES/MS nº 1.848/2024.
- c. **Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia e Transplante Renal:** Habilitado para Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (15.04) e Diálise Peritoneal (15.05), conforme Portaria GM/MS nº 3.415/2018; e habilitado para Transplante de Rim (24.08), conforme Portaria SAES/MS nº 2.041/2024.
- d. **Assistência em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia e Transplante de Tecido:** Habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Código 25.01), compreendendo o Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (155/002) e o Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência (155/003), conforme Portaria SAS/MS nº 90/2009; e habilitado para o Transplante de Tecido Musculoesquelético (24.22), conforme Portaria SAES/MS nº 2.689/2025.

7.2. Serviços de Urgência e Emergência Ininterruptos (24h): Traumato-Ortopedia, Oncologia, Cardiologia (Adulto e Pediátrica), Terapia Renal Substitutiva (TRS), Transplante Cardíaco e Transplante Renal, com atendimentos de média e alta complexidade; bem como o **Programa de Retaguarda em Oftalmologia para Urgência e Emergência.**

7.3. Serviços de Urgência e Emergência em Escala Alternada: Clínica Médica (Adulto e Pediátrica), Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia.

Atendimentos eletivos: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Nefrologia, Ortopedia, Vascular e Odontologia, com prestação de serviços de média complexidade, abrangendo consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, incluindo a consulta pré-anestésica vinculada aos referidos procedimentos.

7.4. Das Exigências de Habilitação

Para fins de habilitação e formalização contratual, a proponente deverá comprovar o atendimento aos requisitos de habilitação jurídica, técnica, fiscal, social, trabalhista e econômico-financeira, em estrita observância aos Artigos 62 a 70 da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como comprovar o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- **Identificação do Contratado e Informe Bancário:** Documento original, em papel timbrado, contendo a razão social, CNPJ, endereços de atendimento (incluindo endereço complementar, caso haja realização de procedimentos em ambiente diverso ao cadastrado no CNPJ), dados bancários (banco, agência e conta-corrente), telefones e e-mail de contato, devidamente assinado pelo representante legal.
- **Certificado de Regularidade de Cadastramento Municipal:** Certificado de registro junto ao Banco Municipal de Prestadores de Serviços Privados do SUS, regulamentado pelos Decretos Municipais nº 7.140/2013 e nº 7.468/2014, **expedido** pelo Sistema Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.
- **Declaração Unificada de Idoneidade e Cumprimento Constitucional:** Declaração assinada pelo representante legal, em papel timbrado, atestando obrigatoriamente:
 - a) Que não pesa contra a instituição sanção de inidoneidade **expedida** por órgão

público de qualquer esfera de governo;

- b) O pleno cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz);
- c) O compromisso formal de manutenção de todas as condições de habilitação e qualificação técnica durante toda a vigência do contrato.

7.5. Regularidade Técnica

- **Termo de Regularidade no CNES:** Comprovante de regularidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, atualizado e compatível com as habilitações pactuadas, **expedido** pelo Sistema Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde. Na hipótese de utilização de infraestrutura de terceiros para a realização de procedimentos (subcontratação assistencial/estrutural autorizada), a CONTRATADA deverá encaminhar cópia do contrato firmado com o terceiro ao setor de CNES da Secretaria Municipal de Saúde, para fins de registro e validação técnica.
- **Termo de Vistoria da Capacidade Instalada:** Documento que valide a adequação da estrutura física e tecnológica para a execução das metas assistenciais, **expedido** pelo Sistema Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.
- **Certificado CEBAS:** Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social válido, comprovando a natureza filantrópica da instituição, **expedido** pelo órgão federal competente.
- **Alvará Sanitário:** Alvará de funcionamento vigente e condizente com as atividades executadas, **expedido** pelo órgão de Vigilância Sanitária competente.

NOTA: Todas certidões e declarações exigidas nesta seção deverão, obrigatoriamente, ser apresentadas em idioma nacional, com redação clara, fidedigna e integralmente legível. É vedada a apresentação de documentos que contenham emendas, rasuras, entrelinhas, borrões, anotações manuais ou quaisquer outros sinais de alteração que comprometam a sua fé pública ou validade jurídica. A inobservância desses requisitos formais implicará na recusa imediata de toda a documentação pelo Sistema Municipal de Auditoria, impedindo o prosseguimento da contratualização e o processamento de pagamentos.

Retirada de Documentos Municipais: Os documentos citados (*Certificado de*

Regularidade de Cadastramento, Termo de Regularidade no CNES e Termo de Vistoria da Capacidade Instalada) deverão ser solicitados e/ou retirados junto à **Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco** (Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação), situada na Rua Afonso Pena, nº 1941, Bairro Anchieta.

Maiores detalhamentos da execução do serviço estão dispostos no Documento Descritivo Bianual, anexo a esse processo.

8. DA ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

O valor total máximo a ser pago à CONTRATADA no período de 24 (vinte e quatro) meses de vigência contratual é de **R\$ 140.089.302,15 (cento e quarenta milhões, oitenta e nove mil, trezentos e dois reais e quinze centavos)**.

Será repassado à CONTRATADA, em até 60 (sessenta) dias após a assinatura do contrato, o montante de R\$ 161.962,71 (cento e sessenta e um mil, novecentos e sessenta e dois reais e setenta e um centavos), proveniente de recurso livre municipal, em parcela única, conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde. O Município de Pato Branco, com base na autonomia conferida pela Lei Federal nº 8.080/1990 e em conformidade com os parâmetros técnicos de reestruturação hospitalar estabelecidos pela Portaria nº 2.035/2013-GM/MS, institui o presente incentivo com recursos próprios, conforme autorizado pelos artigos 1.140 a 1.142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06/2017. O valor destina-se ao suporte das adequações assistenciais e tecnológicas iniciais exigidas para a nova contratualização.

Das renúncias e Isenções Fiscais (Art. 14, Portaria de Consolidação MS nº 02/2017): Em cumprimento ao parágrafo único do Art. 14 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, registra-se que a CONTRATADA, em razão de sua natureza jurídica de entidade filantrópica detentora de certificação CEBAS, usufrui de isenções e renúncias tributárias federais e municipais. O valor estimado anual da renúncia é de aproximadamente R\$ 9.333.639,62 (nove milhões, trezentos e trinta e três mil, seiscentos e trinta e nove reais e sessenta e dois centavos), conforme apurado nas Notas Explicativas das demonstrações contábeis da instituição (Nota nº 10 do Balanço 2024). Este montante compreende a isenção de

tributos como INSS Patronal, ISS, COFINS, PIS, CSLL e IRPJ, compondo a matriz de financiamento indireto da instituição para a manutenção da assistência à saúde integral dedicada ao SUS.

8.1. Da Fundamentação Técnica e Econômico Financeira dos Valores Estimados

A estimativa de preços para o biênio 2026–2027, fundamenta-se no modelo de Orçamento Parcial, conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, pautando-se nos princípios da legalidade, economicidade e eficiência.

Os valores foram baseados na Tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), adotando-se, quando necessário, tabela de complementação municipal sobre a Tabela Nacional do SUS para procedimentos eletivos.

A complementação fundamenta-se na necessidade de garantir o equilíbrio econômico-financeiro da prestação e a continuidade do serviço público, considerando a defasagem histórica da tabela federal. O aporte de recursos próprios pelo Município visa atingir o ponto de equilíbrio operacional, assegurando a sustentabilidade financeira da unidade hospitalar, a manutenção de serviços especializados e equipes de prontidão, bem como a prevenção de vazios assistenciais na rede local.

Para garantir a exequibilidade contratual e o equilíbrio financeiro da prestação, o Município utiliza como parâmetros: a lógica de uma a duas tabelas adicionais sobre a referência nacional; a série histórica contratual; e pesquisa de mercado envolvendo prestadores privados, órgãos públicos e resultados de licitações similares, assegurando compatibilidade com os preços praticados e observância aos princípios da administração pública.

No tocante às Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), considerando que tais itens não possuem preço fixado em tabelas públicas padronizadas e apresentam variação conforme marca, especificidade técnica e fornecedor, adotou-se a metodologia de coleta de, no mínimo, 03 (três) orçamentos de mercado, selecionando-se o menor preço ofertado, em estrita observância ao art. 23 da Lei Federal nº 14.133/2021.

Tal procedimento assegura a vantajosidade da contratação, a transparência na formação do preço e a adequada instrução processual, garantindo conformidade legal e responsabilidade na aplicação dos recursos públicos.

Toda a matriz financeira baseia-se na **Série Histórica Física de**

2024 (quantitativos reais de atendimentos), à qual foi aplicado um **Fator de Expansão Assistencial de 20%** (Meta 2026-2027) para a redução de demandas reprimidas e cobertura de vazios assistenciais. O plano de metas e valores foi formalmente **aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde**, cumprindo o rito de transparência exigido pelos Arts. 1140 a 1142 da Portaria de Consolidação MS nº 06/2017.

9. DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no orçamento conforme princípio do planejamento integrado, indicação contábil e reserva de recurso orçamentário anexo ao processo.

A dotação para o presente processo é correspondente ao exercício de 2026.

A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, conforme trata o art. 106, II da Lei nº 14.133, de 2021, mediante apostilamento.

10. DOS CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E RECEBIMENTO DO OBJETO

10.1. Do Prazo de Vigência:

O presente contrato terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, a partir das 00h de **12 de março de 2026**, prorrogável sucessivamente por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021, mediante celebração de termo aditivo.

10.2. Das Condições de Execução:

A execução do objeto deverá ser iniciada a partir das 00h do dia 12 de março de 2026.

Caso não seja possível, a empresa deverá comunicar as respectivas razões imediatamente, para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

10.3. Das Especificações do Serviço:

Na execução do contrato, a CONTRATADA deverá observar integralmente as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e os princípios da

Política Nacional de Humanização (PNH), além das especificações estabelecidas no Documento Descritivo em anexo e demais normas técnicas correlatas.

A prescrição de medicamentos deverá seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aprovados pelo Ministério da Saúde para cada agravo ou condição de saúde e, subsidiariamente, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ressalvadas as situações previstas em protocolos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco ou pela Comissão de Farmacologia e Terapêutica do Hospital.

O acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares eletivos dar-se-á exclusivamente por meio do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco.

O acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência ocorrerá por meio da Porta de Entrada Hospitalar (Pronto Atendimento/Pronto Socorro), com funcionamento ininterrupto, 24 (vinte e quatro) horas por dia, observando as escalas e pactuações da RUE.

É obrigatório o registro de todas as ações e serviços prestados no Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde ou outro que venha a substituí-lo), utilizando-se o método SOAP para evolução clínica e validação biométrica para atendimentos ambulatoriais.

A CONTRATADA deverá observar os protocolos técnicos do Hospital, em estrita consonância com as normas do Ministério da Saúde e com o devido aval da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco.

A CONTRATADA deverá garantir a absoluta gratuidade de todas as ações e serviços prestados ao usuário do SUS.

10.4. Do Prazo e Forma de Pagamento

Os pagamentos ocorrerão de acordo com a natureza do crédito, observando as diretrizes de financiamento estabelecidas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 (Título III e art. 303) e as regras de contratualização da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, arts. 17 e 18), respeitando os seguintes prazos:

1. Repasse Antecipado (Bloco I - Pré-fixado e Bloco II - Incentivos Fixos e Variáveis): Realizado até o 5º (quinto) dia útil da competência vigente, baseado na série histórica de média complexidade, sujeito a compensação financeira mensal após

a auditoria definitiva e avaliação de metas.

2. Repasse Pós-fixado (Bloco III): Realizado em até 60 (sessenta) dias após a apresentação da NF-e.

a. O pagamento será realizado preferencialmente por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado, ou por meio de fatura com utilização do código de barras. Na ocasião do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

b. A Nota Fiscal deve ser emitida dentro do padrão uniforme estabelecido pelo ente federativo responsável, somente após a solicitação expressa da Secretaria Municipal de Saúde (o que ocorrerá preferencialmente entre o 25º e 30º dia da competência subsequente à faturada). A nota não poderá conter qualquer rasura ou elemento que prejudique a compreensão exata de seu conteúdo, devendo contemplar, no mínimo, as seguintes informações: a) data de emissão; b) número do contrato ou ata de registro de preços e nota de empenho; c) descrição resumida do objeto fornecido ou serviço prestado; d) período respectivo de execução do contrato; e) valor a pagar; e f) eventual destaque do valor de retenções tributárias.

c. A CONTRATADA deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal, prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) emitida eletronicamente através do site (<http://www.tst.jus.br>.)

d. O cadastro no SICAF vigente, ou Certificado de Registro Cadastral (CRC) emitido pela Divisão de Licitações do Município de Pato Branco (desde que válidos), poderão substituir os documentos indicados no subitem anterior. A Administração deverá realizar consulta ao SICAF ou Certificado de Registro Cadastral (CRC) para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (Arts. 87 e 88 da Lei 14.133/21).

e. Constatada irregularidade fiscal ou erro na Nota Fiscal, a CONTRATADA será notificada para regularização em até 5 (cinco) dias úteis, prazo que poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante. O prazo para a solução destas inconsistências ou saneamento do instrumento de cobrança não será

computado para os fins do recebimento definitivo e pagamento, ficando o fluxo financeiro interrompido até a completa regularização.

f. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

g. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

h. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação.

i. Homologação e Ajuste Quadrimestral (Indicadores): O ajuste financeiro dos Incentivos Variáveis (Bloco II) ocorrerá após a homologação técnica dos resultados pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização, seguindo o rito definido em cláusula específica deste Termo. O Relatório de Análise de Indicadores servirá para validar o desempenho do período e autorizar eventuais compensações financeiras (ajustes a crédito ou a débito) a serem aplicadas no repasse subsequente.

j. Em caso de atraso de pagamento motivado exclusivamente pela contratante, será aplicada correção monetária pelo IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo calculado pelo IBGE, além de juros moratórios à taxa nominal de 6% (seis por cento ao ano) ao ano, capitalizados diariamente em regime de juros simples, computados a partir do vencimento do prazo de pagamento de cada parcela que for paga em atraso.

10.5. Da Fonte de Recursos

Os recursos destinados ao custeio dos serviços contratados originar-se-ão de quatro fontes:

1. Fundo Nacional de Saúde (FNS), que por sua vez realizará transferência de valores ao Fundo Municipal de Saúde de Pato Branco (FMS), mensalmente, de forma regular, automática.
2. Fundo Estadual de Saúde (FES), que por sua vez realizará transferência de valores ao Fundo Municipal de Saúde de Pato Branco (FMS), mensalmente, de forma regular,

automática.

3. Recursos Regionais, transferidos ao Fundo Municipal de Saúde, por meio de convênios e pactuações.
4. Recursos próprios da CONTRATANTE, transferidos ao Fundo Municipal de Saúde.

11. DO DEMONSTRATIVO FINANCEIRO E MODELO DE PAGAMENTO

O modelo de financiamento e repasse de recursos à CONTRATADA é estruturado em três blocos distintos, que organizam os pagamentos de acordo com a natureza do serviço, a origem do recurso e a modalidade de apuração. Essa estrutura visa garantir a transparência na aplicação dos recursos públicos e alinhar o financiamento aos resultados assistenciais pactuados, sendo que os itens numéricos mencionados em cada bloco referem-se às rubricas detalhadas no Demonstrativo de Projeção Financeira Mensal (Anexo 11.2 do Documento Descritivo):

- 1. Bloco I – Pré Fixado:** Corresponde ao custeio e toda a produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, financiado com recurso do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). O valor mensal estimado, é repassado ao prestador de forma antecipada. Após a apuração da produção efetivamente realizada e auditada (SIA/SUS e SIHD) o valor é compensado de acordo com a produção, com ajustes (descontos ou acréscimos) na parcela da competência subsequente.
- 2. Bloco II – Incentivos:** Agrupa recursos financeiros de diversas fontes (**MAC, Municipal, Regional e Estadual**) destinados a apoiar, qualificar e incentivar programas e ações estratégicas. Os pagamentos são classificados em duas categorias:
 - i. **Incentivos Fixos:** Correspondem a valores mensais repassados de forma integral, condicionados à manutenção das estruturas e serviços para os quais foram designados.
 - ii. **Incentivos Variáveis:** O repasse está diretamente condicionado ao desempenho do prestador, seja pelo cumprimento de metas qualitativas e/ou quantitativas, pela produção em programas específicos ou pelo efetivo recebimento do recurso pela União. A apuração dos indicadores de desempenho será realizada mensalmente pelo Sistema Municipal de Auditoria, impactando o faturamento na competência imediatamente subsequente à apuração (seja por meio de pagamento integral ou

aplicação de descontos). Quadrimestralmente, no quinto mês de execução, a Comissão de Acompanhamento da Contratualização realizará a homologação técnica retroativa dos quatro meses anteriores, validando os resultados apurados e os pagamentos efetuados, emitindo o Relatório de Análise de Indicadores para eventuais ajustes ou compensações financeiras finais. O índice para o cumprimento das metas foi estabelecido da seguinte forma: a) sessenta por cento (60%) dos valores de incentivo condicionado ao cumprimento das metas quantitativas e b) quarenta por cento (40%), condicionado ao cumprimento das metas qualitativas.

3. Bloco III – Pós-fixado: Abrange os serviços cujo pagamento ocorre após a execução, registro e validação da produção, sem adiantamento de valores. É composto por:

- i. **Recurso MAC Alta Complexidade:** Custeio dos procedimentos hospitalares de alta complexidade.
- ii. **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC:** Financiamento de procedimentos de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) e programas estratégicos.
- iii. **Assistência Eletiva Exclusiva - Recurso Municipal:** Refere-se a toda a contrapartida financeira do Município de Pato Branco para garantir a assistência aos seus munícipes.

12. DAS ALTERAÇÕES E REAJUSTES

Os valores estabelecidos na programação físico-financeira poderão ser alterados conforme reajustes de Tabela SIGTAP/SUS pelo Ministério de Saúde, com repasse à CONTRATADA condicionado à transferência de recursos a Fundo Municipal de Saúde e formalização de Termo Aditivo Contratual.

A ocorrência de novas habilitações de serviços de alta complexidade concedidas pelo Ministério da Saúde à CONTRATADA (Portaria específica), com aporte de recursos ao Teto MAC Municipal, poderá ensejar revisão de valores contratuais e metas de Documento Descritivo, mediante formalização de termo aditivo.

A publicação oficial de portarias do Ministério de Saúde ou SESA-PR instituindo recursos extraordinários ou estratégicos, com efetiva transferência ao Fundo Municipal de Saúde, autoriza repasse à CONTRATADA, limitado à vigência e valores da norma de origem.

Os valores pactuados poderão ser revistos para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, na ocorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis que inviabilizem execução conforme ajustado, observada legislação vigente.

O reajuste do valor do incentivo ao Programa IntegraHOSP ocorrerá a cada 12 (doze) meses, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) ou outro índice oficial de menor variação no período, conforme Decreto Municipal nº 10.110/2024, formalizado mediante termo aditivo.

A alteração quantitativa das ofertas de assistência eletiva exclusiva para Pato Branco (consultas, procedimentos e cirurgias) poderá ser realizada via apostilamento, em comum acordo e conforme as necessidades assistenciais da rede municipal, desde que mantido o equilíbrio financeiro estabelecido na Seção 5.3 do Documento Descritivo.

As alterações contratuais deverão ser promovidas mediante celebração de termo aditivo, submetido à prévia aprovação da consultoria jurídica do CONTRATANTE, salvo nos casos de justificada necessidade de antecipação de seus efeitos, hipótese em que a formalização do aditivo deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) mês.

Os registros que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei nº 14.133, de 2021.

13. CONDIÇÕES GERAIS E RESPONSABILIDADES

O Instituto Policlínica PB (IPPB), na qualidade de CONTRATADA, compromete-se a cumprir as seguintes condições, responsabilidades e competências relacionadas nesta cláusula durante toda a vigência do contrato, garantindo a prestação de serviços com qualidade, segurança, eficiência e em total conformidade com as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

a. Manter, durante toda a vigência contratual, sua regularidade econômica, financeira, fiscal, trabalhista, jurídica e técnica, em conformidade com a Lei n.º 14.133/2021, estando a aptidão técnica devidamente validada por meio de Parecer de Vistoria realizado no ato da habilitação/inscrição (conforme Art. 129 da PRC 01/2017). Deve, igualmente, manter ativo e atualizado seu cadastro no CNES (n.º 17.868), com seus serviços possuindo classificação pela Tabela SIGTAP, e com todas as

habilitações de média e alta complexidade válidas e em conformidade com as portarias que as regem, bem como, deve manter válida e vigente a certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde (CEBAS).

b. Executar todos os serviços de que trata este contrato em conformidade com as especificações estabelecidas no instrumento contratual e documento descritivo anexo, obedecendo integralmente a todas as normativas técnicas e legais aplicáveis, incluindo, mas não se limitando a, portarias do Ministério da Saúde, resoluções da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e resoluções dos conselhos de classe profissionais, bem como suas atualizações, obrigando-se a conhecer e apreender plenamente o conteúdo de tais regras, assim como, responsabilizar-se por seu integral cumprimento.

c. Prestar serviços por meio de profissionais com vínculo formal (seja por meio de vínculo empregatício CLT, na qualidade de sócios ou como prestadores de serviço pessoa jurídica), qualificados, devidamente registrados com sua respectiva Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), com registro ativo no conselho de classe no Paraná e, para médicos especialistas, com o devido Registro de Qualificação de Especialidade (RQE). Fica vedada a realização de atos assistenciais por estagiários sem a supervisão direta e contínua de um profissional habilitado. A quantidade de profissionais deve ser suficiente para cumprir todas as escalas e metas pactuadas, incluindo plantões 24 horas na RUE e as equipes multidisciplinares exigidas pelas habilitações.

d. Responsabilizar-se integralmente pela prestação dos serviços, sem qualquer transferência de responsabilidades trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais ou comerciais à Contratante.

e. Dispor de estrutura física e tecnológica compatível com os serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade contratados, operando em estrita observância ao conjunto integral das normativas técnicas, sanitárias, éticas e legais vigentes. Essa estrutura deve incluir, minimamente, leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico equipado, ambulatórios especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, em número compatível com as habilitações vigentes e com as informações contempladas no Documento Descritivo em anexo.

f. Garantir um ambiente adequado para a prestação dos serviços, assegurando

ventilação, higienização, conservação e controle de infecção, além da disponibilização de todos os insumos, materiais, medicamentos e recursos humanos próprios necessários para a execução dos atendimentos.

g. Manter o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) da sua capacidade instalada, em leitos e serviços, disponibilizada aos usuários do SUS da população própria municipal e dos municípios pactuados para atendimento (Art. 4º, inciso I, da Lei Complementar nº 187/2021 e ao Art. 199, § 1º, da Constituição Federal).

h. Utilizar ou integrar o sistema próprio ao Sistema de Informação Municipal (Prontuário Eletrônico IDS Saúde), disponibilizado pela contratante, para todos os registros assistenciais e administrativos, garantindo a interoperabilidade e o fluxo de informação com a rede municipal, em estrita conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), sem ônus para a Contratante, a partir da assinatura do contrato. Em caso de substituição deste sistema, a Contratada deverá adotar o novo sistema ou integrá-lo, sem custo à Contratante.

i. Utilizar leitor biométrico de tecnologia óptica, com resolução mínima de 500 DPI, que possibilite a captura de imagem de alta qualidade e suporte padrões de compressão de imagem (WSQ) e qualidade (NIST NFIQ). É requisito obrigatório que o equipamento possua plena compatibilidade técnica e integração nativa com o Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde), de modo a permitir a validação biométrica em tempo real no ato do atendimento e a transmissão fidedigna de dados para fins de auditoria e faturamento eletrônico, sem a necessidade de processamentos manuais externos.

j. Fornecer à CONTRATANTE, sempre que solicitado, os documentos, informações e esclarecimentos relativos à execução do objeto contratual, cumprindo os prazos estabelecidos em notificações formais, especialmente quando se tratar de informação necessária à defesa do CONTRATANTE.

k. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo-lhe responder direta e exclusivamente pelos danos causados à CONTRATANTE ou a terceiros em razão da execução deste contrato.

Na hipótese da alínea anterior, caberá à CONTRATADA promover justa e integral indenização dos danos constatados, diretamente ao terceiro prejudicado ou ao CONTRATANTE, caso este tenha assumido os respectivos ônus, independentemente

de prévia interpelação judicial.

I. Responsabilidades da Contratada no Eixo Da Assistência

13.1. Atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE):

a. Garantir o atendimento de urgência e emergência em tempo oportuno através de escalas de plantão médico e de equipe multiprofissional 24 horas por dia, utilizando protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em toda a porta de entrada hospitalar.

b. Disponibilizar atendimento de urgência e emergência ininterrupto (24 horas por dia, 7 dias por semana), garantindo: atendimento de média e alta complexidade em **Traumato-Ortopedia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR); atendimento de média e alta complexidade em **Oncologia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná e de 10 municípios pactuados de Santa Catarina; atendimento de média e alta complexidade em **Cardiologia Adulto** para a 7ª e 8ª Regionais de Saúde do Paraná e 7 municípios pactuados de Santa Catarina; atendimento de média e alta complexidade em **Cardiologia Pediátrica** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e para a Macrorregião Oeste de Santa Catarina; atendimento para intercorrências clínicas em **Terapia Renal Substitutiva (TRS)** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná; atendimento para **Transplante Cardíaco** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná; atendimento para **Transplante Renal** para as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná e para 7 municípios pactuados de Santa Catarina (Campo Erê, Coronel Martins, Galvão, Jupiá, Novo Horizonte, São Bernardino e São Lourenço do Oeste); e atendimento de média complexidade em Oftalmologia, exclusivamente para a população da 7ª RS-PR.

c. Disponibilizar, em regime de escala alternada (dias ímpares, 24 horas), o atendimento de urgência e emergência ininterrupto nas especialidades de média complexidade, abrangendo: **Clínica Médica Adulto e Pediátrica, Cirurgia Geral Adulto, Otorrinolaringologia e Urologia** para a população da 7ª Regional de Saúde do Paraná.

d. Oferecer retaguarda hospitalar para o SAMU 192, Corpo de Bombeiros, UPA 24h e Central de Regulação de Leitos. A retaguarda inclui a garantia de exames especializados, avaliação por especialistas, internações clínicas e cirúrgicas, e procedimentos de complexidade superior aos executados na UPA 24h.

- e. Assegurar que o atendimento de todas as fraturas e lesões traumáticas osteoarticulares (Traumato-Ortopedia de Urgência), conforme a Política Nacional de Atenção ao Trauma (Portaria GM/MS n.º 1.365/2013), seja realizado exclusivamente pela porta de Urgência e Emergência (RUE), vedando categoricamente o direcionamento desses casos para listas de espera eletivas. A falha em tratar o trauma como RUE será considerada grave descumprimento contratual, passível de sanções e auditoria imediata.
- f. Disponibilizar exames de patologia clínica e de imagem (Raio-X, eletrocardiograma, ultrassonografia etc.) 24 horas por dia para o suporte aos atendimentos de urgência.
- g. Garantir a consulta de reavaliação (retorno) nas clínicas básicas e/ou especializadas após o primeiro atendimento na porta de entrada, conforme previsto no Programa IntegraHOSP, para concluir o cuidado.
- h. Emitir o laudo médico de solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para internamentos de urgência/emergência de média ou alta complexidade e encaminhá-lo para liberação da Secretaria Municipal da Saúde de Pato Branco (Sistema Municipal de Auditoria), no prazo máximo de 10 dias contados a partir da data do atendimento inicial. Todos os usuários com internamento efetivado no Hospital deverão ser, obrigatoriamente, cadastrados no Sistema de Informação Municipal, IDS-Saúde.
- i. Responsabilizar-se pelo encaminhamento de usuário para outra referência, na hipótese de falha de equipamento ou fator superveniente que impeça o atendimento no próprio serviço, sem prejuízo financeiro ou assistencial ao município de origem do usuário.
- j. Garantir o acolhimento imediato de usuários críticos que demandem estabilização clínica, conforme a linha de cuidado habilitada, vedando a utilização da insuficiência de leitos como justificativa para recusa. Após a estabilização, a busca por leito será de responsabilidade compartilhada entre o Hospital e o Gestor Municipal. A negativa injustificada, comprovada por auditoria, implicará nas penalidades contratuais e na avaliação dos indicadores de desempenho.

13.2. Atendimento Ambulatorial e Hospitalar Eletivo:

- a. Garantir que o acesso a todos os serviços eletivos, incluindo os das especialidades habilitadas, ocorra exclusivamente por meio da Central de Regulação

do Município Gestor. É vedada a admissão de usuários por qualquer outra porta de entrada.

b. Realizar os procedimentos, exames, consultas e internações mediante agendamento e/ou autorização da Central de Regulação, obedecendo aos critérios de priorização, salvo em situações de urgência e emergência.

c. Solicitar autorização prévia para todos os procedimentos eletivos, submetendo a requisição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), conforme o caso, à análise e liberação do Sistema Municipal de Auditoria antes da execução do serviço.

d. Executar os exames e procedimentos eletivos autorizados com a maior celeridade possível, buscando sempre a antecipação do atendimento, tendo como prazo máximo 60 (sessenta) dias a contar da data de autorização.

e. Executar os procedimentos cirúrgicos eletivos no prazo máximo de 180 dias, ressalvados os prazos legais para casos específicos, como os oncológicos, que devem seguir a legislação pertinente.

f. A Contratada deve assegurar, o cumprimento da legislação federal para o cuidado oncológico (Leis n.º 12.732/2012 e 13.896/2019), garantindo a realização dos exames para elucidação diagnóstica em até 30 (trinta) dias e o início do primeiro tratamento em até 60 (sessenta) dias após a confirmação patológica.

g. Executar de forma integral todos os serviços previstos em cada habilitação de alta complexidade (consultas, exames, procedimentos e cirurgias), garantindo a linha de cuidado completa ao usuário, incluindo os quantitativos mínimos pactuados.

h. Executar a Ofertas de Cuidado Integral (OCI), comprometendo-se a entregar o conjunto articulado de ações e serviços que compõem cada OCI, e não apenas procedimentos isolados.

13.3. Competências Gerais na Rede de Atenção à Saúde:

a. Assegurar atendimento humanizado, em conformidade com a PNH, garantindo a gratuidade absoluta das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS, a privacidade e o respeito à individualidade do usuário, devendo, ainda, coibir e investigar qualquer denúncia de cobrança indevida.

b. Assegurar que todo atendimento seja pautado por protocolos clínicos, normas do Ministério da Saúde, preceitos éticos e evidências científicas, utilizando as diretrizes terapêuticas validadas pelos gestores do SUS, conforme a Portaria de

Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 7º, III).

- c. Implementar e manter as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), conforme a Portaria MS/GM n.º 529/2013, mantendo o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ativo e implementando os protocolos de segurança obrigatórios.
- d. Prescrever medicamentos priorizando a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e utilizando a Denominação Comum Brasileira (princípio ativo), em conformidade com a Lei n.º 9.787/1999.
- e. Garantir a Política de Acompanhantes para os públicos previstos em lei, incluindo o direito à visita ampliada para todos os usuários internados, assegurando condições dignas de acomodação.
- f. Assegurar a alta hospitalar de forma planejada e responsável pela equipe multiprofissional, utilizando instrumento de contra referência padronizado para garantir a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.
- g. Disponibilizar informações claras sobre as intervenções, solicitando ao usuário (ou seu responsável legal) o consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conforme legislação específica.
- h. Registrar, de forma exclusiva, a evolução dos atendimentos utilizando o método SOAP – que abrange os componentes Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano – não sendo permitida qualquer outra forma de documentação. No campo Subjetivo, deverá constar um relato detalhado do usuário acerca de sua condição atual, incluindo sintomas, queixas, histórico clínico e sua percepção pessoal sobre o estado de saúde. Já no campo Objetivo, deverão ser registrados os dados mensuráveis e observáveis coletados pelo profissional, tais como sinais vitais, achados de exames físicos e resultados laboratoriais. Na etapa de Avaliação, o profissional formulará o diagnóstico clínico ou o diagnóstico específico da especialidade, fundamentado nas informações subjetivas e objetivas, considerando a evolução do quadro e a resposta ao tratamento. Por fim, no campo Plano, serão definidas as condutas terapêuticas a serem adotadas, como a indicação de exames complementares, a prescrição de tratamentos e procedimentos, as orientações ao usuário e o estabelecimento do cronograma de acompanhamento, inclusive nos registros de alta dos pacientes. As evoluções devem refletir as especificidades de cada usuário, garantindo um acompanhamento individualizado e detalhado. Não serão aceitos registros incompletos, padronizados, repetitivos ou genéricos, sendo estes passíveis de glosa.

- i. Emitir digitalmente os laudos, resultados de exames e relatórios de alta, com aposição de assinatura (que pode ser de forma eletrônica) do profissional responsável, e disponibilizá-los obrigatoriamente no Sistema de Informação Municipal (prontuário eletrônico) da Contratante. Adicionalmente, deverá registrar os laudos nos sistemas obrigatórios do Ministério da Saúde sempre que exigido. Todos os laudos, resultados de exames e relatórios são partes integrantes do prontuário do paciente e devem ser arquivados, em sua forma digital, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro do paciente, conforme a legislação federal vigente (Lei n.º 13.787/2018)
- j. É vedado ao profissional que elabora o laudo, bem como a qualquer outro colaborador que tenha acesso ao resultado, apor notas, emitir pareceres ou fazer qualquer tipo de indicação, prescrição ou sugestão de exames complementares ou condutas terapêuticas, devendo o conteúdo do laudo ser estritamente técnico e limitado à descrição dos achados e à conclusão diagnóstica.
- k. A CONTRATADA obriga-se a disponibilizar o resultado integral de todo e qualquer exame diagnóstico realizado em suas dependências ou por ela subcontratado (abrangendo laudos descritivos, imagens, biópsias, métodos gráficos, traçados e demais relatórios técnicos) diretamente no Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde). Para exames de imagem e métodos gráficos, será permitido que o laudo e os arquivos sejam mantidos no sistema próprio da Contratada, desde que seja garantido o acesso irrestrito, contínuo e em tempo real à Contratante, permitindo a consulta ágil por meio de filtros de nome completo, CPF ou data de nascimento, de forma isolada ou conjunta.
- l. A CONTRATADA deverá disponibilizar o resultado completo e integral de todos os exames realizados (incluindo laudos, imagens e traçados gráficos) digitalmente ao usuário, por meio de plataforma de acesso seguro, exigindo login e senha intransferíveis. Adicionalmente, de forma inegociável, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal, a impressão e a entrega física do resultado integral (laudos acompanhados das imagens ou traçados correspondentes) deverão ser fornecidas, sem a cobrança de qualquer ônus, taxa ou custo adicional.
- m. Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme a legislação vigente, incluindo, mas não se limitando a, doenças e agravos de notificação, suspeitas de violência e negligência, e eventos adversos relacionados à assistência em saúde.

- n. Alimentar os sistemas de informação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde sempre que necessário.
- o. Alimentar e manter rigorosamente atualizado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), ou sistema que venha a substituí-lo, registrando obrigatoriamente todas as etapas do percurso do paciente oncológico, com especial atenção às dataschave para o monitoramento dos prazos legais: data do diagnóstico em laudo patológico, data do registro do laudo no prontuário e data do início do primeiro tratamento, conforme determina o Art. 6º da Portaria GM/MS n.º 876/2013.
- p. Comunicar quaisquer acidentes de trabalho ocorridos com os colaboradores da contratada ou usuários atendidos pela contratada em decorrência de acidente de trabalho por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- q. Monitorar as taxas de Mortalidade Institucional, Global de Infecção Hospitalar e de Infecção de Corrente Sanguínea associada ao uso de Cateter Venoso Central.
- r. A utilização de plataforma de Telessaúde somente será permitida mediante autorização prévia e expressa do Gestor Municipal de Saúde, devendo o serviço observar a Lei Federal n.º 14.510/2022 e as normas éticas dos conselhos profissionais. A plataforma utilizada deve ser devidamente certificada e assegurar total interoperabilidade, segurança de dados e integração obrigatória com o Sistema de Informação Municipal (IDS Saúde), em total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Para fins de faturamento, o valor dos serviços de Telessaúde autorizados será equivalente ao do atendimento presencial correspondente, conforme Tabela SIGTAP ou tabela municipal pactuada.
- s. Observar as diretrizes da Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Alyne) e do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense, assegurando a disponibilidade de leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal.

13.4. Responsabilidades da Contratada no Eixo da Gestão de Serviços

- a. Implantar e manter em pleno funcionamento o Núcleo Interno de Regulação (NIR) ininterruptamente, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da assinatura deste contrato, como unidade técnico-administrativa responsável pela gestão de leitos e pelo monitoramento do fluxo de usuários, desde a admissão até a alta hospitalar, com as seguintes atribuições mínimas:
 - i. Otimizar a utilização da capacidade instalada, controlando a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência;

- ii.Coordenar o fluxo de internações, transferências internas e externas, e o processo de alta hospitalar responsável, em articulação com as equipes assistenciais;
- iii.Atuar como interface centralizada entre o hospital e as Centrais de Regulação de Acesso (estadual e municipal), garantindo a comunicação ágil e a correta alocação de usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- iv.Monitorar indicadores de desempenho relacionados à gestão de leitos e ao fluxo de usuários, fornecendo subsídios para a tomada de decisão da gestão hospitalar e da Contratante.
- v.Dispor para a Contratante a programação das agendas ambulatoriais com data, horário e quantitativo de atendimento fixos, devendo qualquer alteração ser formalizada com, no mínimo, 30 dias úteis de antecedência.
- vi.Dispor para a Contratante a programação das agendas cirúrgicas eletivas com 15 dias de antecedência.
- vii.Manter ativas e em permanente funcionamento as Comissões Assessoras Técnicas obrigatórias (CCIH, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbitos, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos etc.), com remessa de relatórios mensais de atuação.
- viii.Informar aos seus trabalhadores e ao corpo clínico os compromissos e metas da contratualização, implementando os dispositivos necessários para o seu fiel cumprimento, assegurando que toda a equipe realize a prestação de serviços para o SUS nas especialidades pactuadas.
- ix.Responsabilizar-se integralmente por quaisquer ônus decorrentes de omissões ou erros na recepção do usuário, na evolução do prontuário, na correta requisição e preenchimento da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), na conferência de relatórios da produção e na emissão da NF-e, devendo garantir a correta utilização dos sistemas de informação em todos os procedimentos administrativos e fiscais.
- x.Empregar o Sistema de Informação Municipal unicamente para os serviços contratados, sendo vedado seu uso para atendimentos particulares ou convênios não vinculados ao SUS. Em caso de falha no sistema da Contratante, a Contratada deverá comunicar imediatamente a ocorrência e registrar os dados dos procedimentos assim que o sistema for restabelecido. Falhas decorrentes de uso inadequado ou falta de capacitação serão de responsabilidade exclusiva da Contratada, podendo resultar em glosa. Se o erro de processamento for da Contratante, a Contratada terá direito ao

recebimento do valor na competência subsequente.

- xi. Indicar representantes e participar ativamente da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.
- xii. Prestar os serviços exclusivamente nas instalações físicas do Instituto, sendo vedada a utilização de qualquer outra infraestrutura. Em caso de intercorrências, decorrentes de motivos supervenientes e relevantes, a Contratada poderá solicitar, mediante oficialização e aceite da Contratante, a alteração temporária do local de atendimento ou a subcontratação de serviços, mantendo-se integralmente a responsabilidade administrativa, financeira, cível e penal.
- xiii. Realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, sem ônus para a Contratante, mantendo laudos comprobatórios para apresentação em inspeções. Em caso de falha ou defeito nos equipamentos, a Secretaria Municipal da Saúde deverá ser formalmente comunicada, garantindo que a prestação do serviço contratado não seja interrompida por um período superior a 15 dias.
- xiv. Formalizar, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, qualquer solicitação de suspensão temporária na oferta dos serviços contratados, decorrente de eventos programados, como férias individuais e coletivas. A suspensão fica limitada a um período máximo de 15 (quinze) dias consecutivos por semestre e condicionada à prévia autorização por escrito da Contratante. Em caso de aprovação, a cota de serviços suspensos deverá ser integralmente reposta no período subsequente, garantindo o cumprimento das metas estabelecidas.
- xv. Na indisponibilidade de equipamentos, seja por falha técnica, defeito, quebra ou manutenção, é de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA garantir a continuidade do atendimento, devendo, para tanto, providenciar e custear imediatamente a realização dos exames ou procedimentos inadiáveis em outro prestador qualificado.
- xvi. Responsabilizar-se pela aquisição, operacionalização, fornecimento e custeio de todos os insumos, materiais e medicamentos necessários à execução dos serviços, incluindo os de desinfecção e esterilização, em conformidade com as normas da Anvisa. A inexecução do objeto do contrato não será permitida sob a alegação de insuficiência de recursos humanos ou materiais durante toda a vigência do contrato.
- xvii. Manter placa afixada em local acessível aos usuários, com a composição das equipes assistenciais e da equipe dirigente do hospital, bem como material de divulgação da Ouvidoria.

- xviii. Enviar mensalmente o arquivo SIHD/SUS conforme cronograma do Sistema Municipal de Auditoria, definido com base no cronograma DATASUS/MS.
- xix. Disponibilizar brinquedoteca para usuários internados na Clínica Pediátrica e oferecer infraestrutura para que crianças e adolescentes internados possam estudar.
- xx. Aplicar a Instrução Normativa n.º 02/2021, de 08/06/2021, do Sistema Municipal de Auditoria de Pato Branco, que “Torna obrigatória, em todos os níveis de Assistência à Saúde do Município de Pato Branco, a normatização da Porta de Entrada nos internamentos hospitalares dos usuários do Sistema Único de Saúde, residentes no município ou na região referenciada”.
- xxi. Submeter-se às normas do SUS para a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). A solicitação de cada OPME para usuários de Pato Branco deverá ser justificada no laudo da cirurgia e submetida à autorização prévia (exceto em casos de urgência/emergência) do médico auditor do Sistema Municipal de Auditoria.
- xxii. Para fins de faturamento e reembolso das OPMEs utilizadas, o prestador deverá apresentar Nota Fiscal de Serviços, que deverá conter, para fins de auditoria e rastreabilidade, as seguintes informações: o nome completo do usuário, o nome do médico responsável, a data da cirurgia e a discriminação minuciosa de cada OPME utilizada (com suas especificações técnicas, de rastreabilidade e regulatórias). Adicionalmente, no campo "Dados Adicionais" do documento, deverão constar as menções legais obrigatórias referentes às isenções de tributos.
- xxiii. Nos casos de subcontratação parcial do objeto contratual, a CONTRATADA assume a responsabilidade jurídica, técnica e administrativa integral pela prestação dos serviços executados por terceiros, devendo garantir obrigatoriamente: o registro de todos os atos assistenciais no sistema municipal de informação (IDS Saúde); a validação dos atendimentos por meio de leitura biométrica no local da prestação do serviço; a total responsabilização perante a CONTRATANTE por eventuais eventos adversos ou falhas assistenciais na unidade subcontratada; e a apresentação mensal ao Sistema Municipal de Auditoria da escala de plantão atualizada, contendo os contatos diretos do profissional plantonista e de um responsável administrativo da unidade de prestação.
- xxiv. Manter e executar rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), assegurando a segregação e destinação final ambientalmente adequada de resíduos infectantes e químicos, bem como implementar rotinas de logística reversa para medicamentos e insumos e adotar práticas de eficiência

energética e hídrica em suas instalações, em observância às diretrizes de sustentabilidade da Lei nº 14.133/2021.

13.5. Das Obrigações Ambientais e Sanitárias:

- a. Cumprir integralmente a legislação ambiental e sanitária aplicável, em especial as normas expedidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA e pela Vigilância Sanitária competente, bem como demais normas correlatas;
- b. Manter e executar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, garantindo a adequada segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos gerados, nos termos da legislação vigente;
- c. Adotar práticas de uso racional e eficiente de recursos naturais, especialmente de energia elétrica e água, incluindo a realização de manutenção preventiva de equipamentos, sistemas de climatização e instalações hidráulicas, visando à redução de desperdícios e à eficiência operacional;
- d. Priorizar, sempre que tecnicamente viável, a utilização de equipamentos, tecnologias e sistemas com maior eficiência energética e menor impacto ambiental;
- e. Observar os procedimentos de logística reversa aplicáveis a medicamentos vencidos, equipamentos, materiais e demais insumos sujeitos a esse regime, em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos e demais normas pertinentes;
- f. Promover ações de conscientização, orientação e treinamento dos profissionais envolvidos na execução dos serviços, quanto às boas práticas ambientais, ao uso racional de recursos e ao manejo adequado de resíduos;
- g. Atender às exigências de licenciamento ambiental e sanitário vigentes, mantendo atualizados e válidos todos os alvarás, licenças, autorizações e registros necessários ao funcionamento da unidade e à execução das atividades previstas neste contrato.
- h. O descumprimento das obrigações previstas nesta cláusula poderá ensejar a adoção de medidas administrativas cabíveis, inclusive aplicação de sanções contratuais, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal previstas na legislação aplicável.

13.6. Responsabilidades da Contratada no Eixo Do Ensino e Pesquisa

- a. Disponibilizar o hospital como campo de ensino integrado à assistência, garantindo que as práticas de formação sejam baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário, alinhadas às políticas prioritárias do SUS e ao trabalho multiprofissional (conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 9º, I, II e III).
- b. Atuar como campo de educação permanente para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuado com o gestor público de saúde, colaborando na qualificação dos serviços em âmbito regional.
- c. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde que sejam prioritárias para as necessidades epidemiológicas da região e para a política de saúde instituída, em articulação com a gestão municipal.
- d. Elaborar e submeter à aprovação do Gestor Municipal de Saúde os Protocolos Assistenciais a serem implantados no hospital. Uma vez aprovados, encaminhá-los para pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) para oficializar seus desdobramentos na Rede de Atenção à Saúde.
- e. Apresentar mensalmente à Auditoria Municipal comprovação de atividade de educação permanente realizada para seus colaboradores, com carga horária e lista de frequência, conforme metas dos indicadores.

13.7. Responsabilidades da Contratada no Eixo da Avaliação

- a. Acompanhar sistematicamente os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços prestados (conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Anexo XXIV, Anexo 2, art. 10, I).
- b. Avaliar o grau de satisfação dos usuários e acompanhantes por meio da aplicação de pesquisa de satisfação.
- c. Monitorar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações por meio dos indicadores estabelecidos.
- d. Apresentar a resolução das demandas encaminhadas pela Ouvidoria Municipal do SUS no prazo estabelecido.
- e. Realizar auditoria clínica interna de forma regular para o monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos.
- f. Monitorar a execução orçamentária do contrato e zelar pela adequada e transparente utilização dos recursos financeiros repassados.
- g. Encaminhar mensalmente ao Sistema Municipal de Auditoria, até o dia 05 (cinco)

de cada mês, as informações e os relatórios necessários para a apuração dos indicadores de desempenho.

h. Submeter-se a vistorias técnicas do Sistema Municipal de Auditoria e às avaliações periódicas de indicadores para a manutenção dos incentivos.

i. Viabilizar a aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário, a ser conduzida pela equipe da Auditoria Municipal, garantindo aos profissionais da CONTRATANTE livre acesso aos usuários e acompanhantes nos ambientes ambulatoriais e de internação, de forma a não obstruir ou interferir no processo de coleta de dados.

13.8. Responsabilidades da Contratante

a. Estabelecer, implantar e manter em adequado funcionamento os mecanismos reguladores de acesso, bem como os mecanismos controladores dos processos de execução das ações e serviços previstos, aos usuários SUS.

b. Regular o acesso aos serviços eletivos de todos os municípios pactuados, gerenciar as filas de espera em conjunto com o prestador e definir as agendas conforme as metas pactuadas.

c. Otimizar, por meio da Central de Regulação Municipal, o processo de agendamento junto ao prestador para os casos suspeitos e confirmados de câncer, a fim de reduzir o tempo de espera entre a solicitação da consulta e o primeiro atendimento especializado, garantindo também o agendamento ágil dos retornos, conforme sua competência de organizar os fluxos de referência (Art. 7º e Art. 10 da Portaria GM/MS n.º 876/2013).

d. Acompanhar a execução do contrato por meio do gestor, fiscais e da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

e. Fiscalizar e acompanhar continuamente a execução do contrato, por meio do Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação, que realizará supervisão (in loco ou remota) para verificar o cumprimento de todas as cláusulas contratuais e a qualidade dos serviços prestados.

f. Realizar, através do Sistema Municipal de Auditoria, o controle, a avaliação e a auditoria de toda a produção de serviços.

g. Realizar vistorias técnicas, notificar o prestador sobre irregularidades e aplicar as sanções cabíveis.

- h. Aplicar as sanções administrativas contratuais em caso de inadimplência ou não conformidades constatadas.
- i. Fornecer à contratada, sempre que solicitado, os documentos, informações e esclarecimentos relativos à execução do objeto contratual.
- j. Efetuar os pagamentos e repasses financeiros conforme os blocos de financiamento e a produção aprovada. O não repasse dos valores de responsabilidade do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR) não transfere a Contratante a obrigação legal do pagamento dos respectivos serviços.
- k. Assegurar, em caso de insuficiência de teto MAC, custeio de serviços essenciais com recursos próprios (livres), visando garantir continuidade assistencial.
- l. Disponibilizar à CONTRATADA, até o dia 10 (dez) da competência subsequente à faturada, os relatórios detalhados da produção auditada para conferência.
- m. Realizar a compensação financeira do Bloco I (pré-fixado), aplicando os descontos ou acréscimos apurados mensalmente com base na produção de média complexidade auditada.
- n. Efetivar os ajustes financeiros sobre os incentivos variáveis (Blocos II), com base na avaliação dos indicadores realizada pela Auditoria e homologada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização.
- o. Garantir o acesso do Conselho Municipal de Saúde às informações relativas à execução contratual.
- p. Fornecer à contratada o protocolo para a inserção de informações em sistemas obrigatórios do Ministério da Saúde e da gestão municipal, permitindo o correto registro de dados sempre que os procedimentos exigirem tal informação.
- q. Realizar, anualmente, o encontro de contas com os municípios pactuados com o objetivo de apurar se os recursos coletivos — provenientes do teto MAC e de emendas parlamentares — foram suficientes para cobrir os custos totais dos serviços prestados. O acerto financeiro, quando necessário, será efetuado entre o município gestor e o município devedor.

13.9. Responsabilidades dos Municípios Pactuados

- a. Realizar a transferência de usuários para o prestador exclusivamente mediante solicitação e autorização formal via Central de Leitos, sendo vedado o encaminhamento direto sem a devida regulação prévia.

- b. Organizar a linha de cuidado na Atenção Primária à Saúde para as condições de saúde abrangidas por este contrato, garantindo o primeiro acesso, o acompanhamento e a ampliação da cobertura assistencial.
- c. Agilizar, por meio da Atenção Primária à Saúde, a investigação inicial dos casos suspeitos de câncer e realizar o encaminhamento qualificado para a atenção especializada, a fim de reduzir o tempo entre a suspeita clínica e a inserção do usuário no fluxo regulatório, colaborando para o cumprimento dos prazos legais, em conformidade com sua responsabilidade na organização da assistência (Art. 5º e Art. 10 da Portaria GM/MS n.º 876/2013)
- d. Garantir que a consulta que gera a referência para o serviço especializado ocorra obrigatoriamente em um ponto da rede de assistência do SUS, a fim de preservar a equidade no acesso, em conformidade com a Instrução Normativa n.º 02/2021 do Sistema Municipal de Auditoria de Pato Branco.
- e. Regular o encaminhamento (referência) de seus usuários, garantindo que todos sejam inseridos na fila de espera oficial gerenciada pelo Município Gestor de Pato Branco, por meio do sistema IDS Saúde, em conformidade com os fluxos e protocolos estabelecidos.
- f. Assumir integralmente a responsabilidade financeira pelo custeio de quaisquer procedimentos ambulatoriais (consultas, exames, terapias, entre outros) necessários aos seus munícipes que não estejam explicitamente descritos como obrigação da Contratada (IPPB) neste documento, assim como de exames/procedimentos não contemplados na Tabela SIGTAP. Fica ratificado que o custeio integral da assistência durante a internação hospitalar é de responsabilidade da Contratada.
- g. Disponibilizar a assistência farmacêutica necessária aos seus munícipes, assegurando a continuidade do tratamento.
- h. Disponibilizar Transporte Sanitário seguro para o deslocamento de seus munícipes até Pato Branco para a realização de atendimentos eletivos, de urgência e emergência, conforme pactuação regional.
- i. Apoiar com o transporte sanitário na transferência de seus munícipes para outro serviço, caso ocorra falha de equipamento ou outro fator superveniente no hospital contratado que impeça a continuidade do atendimento, conforme pactuação no CRESEMS e na CIR.

- j. Oferecer retaguarda assistencial na Atenção Primária à Saúde para os usuários após a alta hospitalar, garantindo a continuidade do cuidado conforme a contra referência emitida pelo serviço especializado.
- k. Garantir o repasse financeiro dos valores pactuados para o custeio de programas regionais, como o IntegraHOSP, ao município gestor, conforme os termos de convênio estabelecidos.
- l. Assumir a responsabilidade financeira pelo custeio de serviços excedentes, conforme apurado no encontro de contas anual. Na hipótese de insuficiência de recursos, cada município será responsável por quitar a diferença referente ao atendimento de seus respectivos municípios, utilizando, para tanto, recursos próprios.
- m. Os municípios pactuados e referenciados que utilizarem os serviços deste contrato deverão formalizar sua adesão por meio de um Termo de Anuência/Interveniência. Este documento, assinado pela autoridade competente de cada Ente federativo, comprova a plena ciência e concordância com as cláusulas estabelecidas e garante a responsabilidade pelo custeio dos serviços prestados aos seus respectivos municípios.

13.10. DAS RESPONSABILIDADES DA UNIÃO E DO ESTADO

- a. **Das Responsabilidades da União (Ministério da Saúde):** Conforme o Art. 4º do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, compete ao Ministério da Saúde:
 - i. estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar;
 - ii. financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;
 - iii. estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais;
 - iv. acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário;

- v. desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente;
- vi. garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar;
- vii. realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- viii. promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- ix. promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e
- x. estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.

13.11. Das Responsabilidades do Estado (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR): Considerando o papel do Estado na gestão regionalizada do SUS e conforme os princípios estabelecidos no Art. 5º do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, compete ao Estado do Paraná:

1. Definir a área territorial de abrangência e a população de referência do hospital sob sua gestão regional, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR);
2. Financiar de forma tripartite, em conjunto com os demais entes, as ações e serviços de saúde contratualizados, garantindo o repasse de incentivos estaduais (HOSPSUS e correlatos) conforme resoluções específicas;
3. Realizar a regulação das ações e serviços de saúde de alta complexidade por meio de fluxos de referência e contra-referência macrorregional, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;
4. Apoiar o Município Gestor no controle, avaliação e auditoria da produção hospitalar, garantindo a compatibilidade com a capacidade operacional do hospital;
5. Participar da definição das metas e do acompanhamento dos indicadores qualiquantitativos no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

13.12. DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

- a. Cabe às partes contraentes e aos demais Entes Públicos pactuados respeitar integralmente os direitos da pessoa humana e assegurar os direitos dos usuários do SUS, entre os quais se destacam:
- i. Ter acesso a todos os serviços contratualizados de forma universal, igualitária e gratuita, sendo vedada a cobrança de qualquer valor. A Contratada será responsabilizada por qualquer valor indevido cobrado por seus profissionais ou prepostos.
 - ii. Receber atendimento digno, humanizado e respeitoso, estritamente livre de qualquer forma de discriminação ou preconceito, seja por raça, cor, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, idade, religião, condição social, deficiência ou qualquer outra característica pessoal, que garanta sua integridade física, privacidade, conforto, confidencialidade, segurança nos procedimentos, bem-estar psíquico e emocional, e o respeito à sua individualidade, valores, ao uso do nome social para pessoas travestis e transexuais, e aos seus valores éticos, culturais e religiosos, em conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM n.º 1.820/2009), a Lei n.º 8.080/1990 e os princípios constitucionais da dignidade e igualdade (Art. 1º, III e Art. 5º, caput, CF/88).
 - iii. Receber informações claras, transparentes e compreensíveis sobre seu estado de saúde, critérios de atendimento, filas de espera, diagnósticos, riscos e benefícios de tratamentos, para que possa tomar decisões de forma livre e esclarecida, sendo vedado o uso de suas informações pessoais para fins publicitários ou de pesquisa sem autorização formal da contratante e consentimento livre e esclarecido do usuário.
 - iv. Ser atendido em um ambiente seguro, com a aplicação de todos os protocolos de segurança do paciente.
 - v. Ter a presença de acompanhante de sua livre escolha, para crianças, adolescentes, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais e indígenas, de acordo com as legislações específicas, promovendo oferta de acomodação digna e segura.
 - vi. Ter acesso ao seu prontuário sempre que solicitado e dispor de canais de denúncia e ouvidoria para registrar manifestações, com garantia de resposta.
 - vii. Ter seu plano de alta articulado com a Atenção Primária à Saúde de seu município de origem, garantindo a continuidade do tratamento após a saída do hospital.

14. OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do contrato administrativo, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD, respeitando-se, ainda o Código de Ética Médica em relação aos documentos dos pacientes.

É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.

A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo CONTRATADO.

Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do CONTRATADO eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

É dever do CONTRATADO orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

O CONTRATADO deverá exigir de SUBOPERADORES e SUBCONTRATADOS o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.

O CONTRATANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o CONTRATADO atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

O CONTRATADO deverá prestar, no prazo fixado pelo CONTRATANTE, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.

Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos.

Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD.

O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

Pato Branco, datado e assinado digitalmente.

Responsáveis pela elaboração do Termo de Referência:

Do Setor Demandante:

- Fernanda Danielli Wastchuk, Enfermeira Auditora
- Meire Pilloneto – Diretora do Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação
- Sabrina Psendiuk Rigon – Enfermeira.

Do Setor de Planejamento de Contratações da Secretaria de Saúde:

- Mariane Aparecida Martinello – Assistente em Gestão

Da Secretaria Demandante:

- Márcia Fernandes de Carvalho – Secretária Municipal de Saúde

Documento assinado digitalmente, onde todos declaram que as informações prestadas são verdadeiras e estão de acordo e ciente dos itens deste Termo de Referência e demais documentos anexados junto ao presente processo.



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: A6C7-093E-31A5-21F8

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **MARIANE APARECIDA MARTINELLO** (CPF 085.XXX.XXX-78) em 11/03/2026 15:29:58 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **SABRINA PSENDZIUK RIGON** (CPF 053.XXX.XXX-24) em 11/03/2026 15:33:17 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **FERNANDA DANIELLI WASTCHUK** (CPF 060.XXX.XXX-81) em 11/03/2026 15:39:03 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **MARCIA FERNANDES DE CARVALHO** (CPF 743.XXX.XXX-49) em 11/03/2026 15:55:59 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ **MEIRE PILLONETO** (CPF 666.XXX.XXX-49) em 11/03/2026 15:57:45 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/A6C7-093E-31A5-21F8>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: F257-7875-46A5-AFE4

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



GERI NATALINO DUTRA (CPF 648.XXX.XXX-34) em 11/03/2026 16:33:47 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



INSTITUTO POLICLINICA PB (CNPJ 12.651.010/0001-76) VIA PORTADOR SADA O YAMAMOTO
(CPF 005.XXX.XXX-49) em 11/03/2026 17:31:35 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: AC SAFEWEB RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5
(Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/F257-7875-46A5-AFE4>