

Quarto Termo Aditivo ao Termo de Contratualização nº 33.046/2023 que entre si celebram o Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Município de Antônio João, em consonância com a Política

Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte – HPP.

Pelo presente instrumento o Estado de Mato Grosso do Sul, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob n. 15.412.257/0001-28, por meio da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 03.517.102/0001-77, situada no Bloco VII Parque dos Poderes – Campo Grande - Mato Grosso do Sul, neste ato representado por seu Secretário Sr. Maurício Simões Corrêa, brasileiro, médico, portador do RG nº 1\*\*\*54 SEJUSP/MS e inscrito no CPF/MF \*\*\*.214.867-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Campo Grande/MS, doravante denominada SECRETARIA, o Município de Antônio João, CNPJ/MF nº 03.567.930/000110, com sede na Rua Urias de Almeida, nº 245, Vila Penzo, Antônio João/MS, representado neste ato por seu Prefeito Sr. Agnaldo Marcelo da Silva Oliveira, brasileiro, educador físico, portadora do RG nº 1\*\*\*454 SSP/MS e do CPF nº \*\*\*.010.141-\*\*, residente e domiciliada na cidade de Antônio João/MS, doravante denominado a Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ/MF nº 11.208.632/0001-61, com sede na Rua Vitório Penzo, nº 347, Centro, Antônio João/MS, o HOSPITAL, com sede na Rua Verônica Oliveira Vieira, nº 540, Vila Nova, Antônio João/MS, neste ato representado pelo seu Secretário Municipal de Saúde Sr. Rafael Santos da Rosa, brasileiro, servidor público, portador do RG nº 1\*\*\*.071 SSP/MS e do CPF nº \*\*\*.397.781-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Antônio João/MS, doravante denominado MUNICÍPIO, que celebram o presente TERMO ADITIVO, autuado no Processo Administrativo nº 27/005558/2023.

DO FUNDAMENTO LEGAL: O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes; na Lei Complementar Federal nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal; nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e suas alterações posteriores (Leis Orgânica da Saúde), Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018); Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais); na Portaria GM/MS nº 2.314/2005; Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017; o Decreto Estadual nº 11.261/2003; na Resolução nº 780/SES-MS/2007 e suas alterações, nas demais disposições legais e

regulamentares aplicáveis à espécie e alterações posteriores, mediante as seguintes Cláusulas e condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objeto prorrogar a vigência do Termo de Contratualização nº 33.046/2023, pelo período de 06 (seis) meses, com início na data 04/06/2025 até a data 03/12/2025 e novo Documento Descritivo.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA AUTORIZAÇÃO

A autorização, para celebração do presente Termo Aditivo, encontra-se no Processo Administrativo nº 27/005558/2023.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Manter regularidade fiscal, mediante pagamento em dia de tributos federais, estaduais e municipais, bem como, encargos sociais devidos, conforme orientam os incisos III, IV e V, do art. 68 da Lei nº 14.133/2021, Decreto Estadual nº 11.261/2003 e Decreto Estadual nº 16.036/2022.

Apresentar o Certificado de Inscrição de Convenientes, correspondente ao Cadastro de Convenientes da Administração Estadual, conforme orienta a Resolução/SEFAZ nº 2.052/2007, o Decreto Estadual nº 11.261/2003 e o Decreto Estadual nº 16.036/2022.

#### CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor total estimado para a execução do presente Termo de Contratualização é de R\$ 756.088,38 (setecentos e cinquenta e seis mil oitenta e oito reais e trinta e oito centavos), sendo:

- R\$ 104.229,84 (cento e quatro mil duzentos e vinte e nove reais e oitenta e quatro centavos) do Fundo Nacional de Saúde-FNS;
- R\$ 261.140,40 (duzentos e sessenta e um mil cento e quarenta reais e quarenta centavos) do Fundo Especial de Saúde-FESA; e
- R\$ 390.718,14 (trezentos e noventa mil setecentos e dezoito reais e catorze centavos) do Fundo Municipal de Saúde-FMS, a ser repassado ao Hospital.

O FESA repassará mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), os recursos financeiros Federais e Estaduais, e o FMS repassará ao HOSPITAL, conforme especificado a seguir:

#### PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL

| Descrição | Valor Mensal | Valor Total |
|-----------|--------------|-------------|
|-----------|--------------|-------------|

|                                        | (R\$)      | Anual (R\$) |
|----------------------------------------|------------|-------------|
| Componente Pré-Fixado                  |            |             |
| Recursos Federais                      |            |             |
| Média Complexidade Ambulatorial (SAI)  | 4.759,18   | 28.555,08   |
| Média Complexidade Hospitalar (SIH)    | 12.612,46  | 75.674,76   |
| Subtotal (1)                           | 17.371,64  | 104.229,84  |
|                                        |            |             |
| Incentivo Estadual à Contratualização  | 42.608,46  | 255.650,76  |
| Contrapartida Estadual                 | 914,94     | 5.489,64    |
| Subtotal (2)                           | 43.523,40  | 261.140,40  |
| Recurso Municipal                      |            |             |
| Incentivo Municipal à Contratualização | 65.119,69  | 390.718,14  |
| Subtotal (3)                           | 65.119,69  | 390.718,14  |
| TOTAL (1 + 2 + 3)                      | 126.014,73 | 756.088,38  |

§ 1º Os recursos financeiros referentes ao Componente Pré-Fixado são compostos pela produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de Média Complexidade, pelos Incentivos Federais, Estadual, Municipal e outros que venham a ser instituídos.

§ 2º Os recursos financeiros do Componente Pré-Fixado que estão vinculados ao cumprimento de metas qualiquantitativas referem-se aos recursos federais e contrapartida estadual à Contratualização, conforme percentual de cumprimento descrito a seguir:

I - Cinquenta por cento (50%) do valor será repassado em parcelas mensais, de acordo com o percentual de cumprimento de metas qualitativas constantes do Documento Descritivo, após verificação pela auditoria estadual, obedecendo à proporção relacionada no quadro a seguir:

| Faixa de desempenho (pontuação) | Percentual do total dos Recursos |
|---------------------------------|----------------------------------|
| De 0 a 200 pontos               | 20%                              |
| De 201 a 300 pontos             | 30%                              |
| De 301 a 400 pontos             | 40%                              |
| De 401 a 500 pontos             | 50%                              |

|                     |      |
|---------------------|------|
| De 501 a 600 pontos | 60%  |
| De 601 a 700 pontos | 70%  |
| De 701 a 800 pontos | 80%  |
| De 801 a 900 pontos | 100% |

II - Cinquenta por cento (50%) do valor será repassado em parcelas mensais, de acordo com o percentual de cumprimento de metas quantitativas constantes do Documento Descritivo, após análise e aprovação, obedecendo à proporção a seguir relacionada:

- a) cumprimento de 90% a 110% das metas quantitativas pactuadas corresponde ao repasse de 100% do teto mensal previsto no inciso II do § 2º desta Cláusula; e
- b) cumprimento de até 89,99% das metas quantitativas pactuadas corresponde ao repasse do percentual cumprido até o limite previsto no inciso II do § 2º desta Cláusula.

#### CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Pelos serviços prestados pelo Hospital, serão efetuados os repasses de recursos financeiros abaixo descritos:

##### I- DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os recursos financeiros, do Ministério da Saúde, para execução da presente contratualização são provenientes do Fundo Nacional de Saúde programados para este fim.

##### II - DO ESTADO

Os recursos financeiros, do Estado, para execução da presente contratualização são provenientes do Fundo Especial de Saúde, programados para o presente exercício, na seguinte classificação:

Funcional Programática: 20.27901.10.302.2200.6010.0119

Localizador: Hospital de Pequeno Porte Macro Cone Sul

Natureza da Despesa – 33404101 Nota de Empenho inicial da fonte 0160080091: 2025NE001699

Data: 13/03/2025

Valor: R\$ 104.229,84

Nota de Empenho inicial da fonte 0150010021: 2025NE001700

Data: 13/03/2025

Valor: R\$ 261.140,40

#### CLÁUSULA SEXTA - DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais Cláusulas que não foram expressamente alteradas por esse Termo Aditivo.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

A SECRETARIA providenciará a publicação do extrato do presente Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado, em conformidade com o disposto na Lei nº 14.133/2021.

#### CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, para dirimir questões sobre a execução do presente Termo que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes e pela Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Campo Grande, de maio de 2025.

RAFAEL SANTOS  
DA  
ROSA:03939778117

Assinado de forma digital por  
RAFAEL SANTOS DA  
ROSA:03939778117  
Dados: 2025.05.21 15:00:01  
-03'00'

Rafael Santos da Rosa  
Secretário Municipal de Saúde

AGNALDO  
MARCELO DA SILVA  
OLIVEIRA:97201014  
153

Assinado de forma digital por  
AGNALDO MARCELO DA SILVA  
OLIVEIRA:97201014153  
Dados: 2025.05.21 14:12:16  
-04'00'

Aginaldo Marcelo da Silva Oliveira  
Prefeito

MAURICIO SIMOES CORREA

Assinado eletronicamente por:  
MAURICIO SIMOES CORREA  
CPF: \*\*\*.214.867-\*\*

DELLOS Sign  
powered by Ocas Tecnologia S.A

Maurício Simões Corrêa  
Secretário de Estado de Saúde

Testemunhas:

TAMARA COIMBRA DE  
LIMA:05452811133

Assinado de forma digital por  
TAMARA COIMBRA DE  
LIMA:05452811133  
Dados: 2025.05.21 15:00:14 -03'00'

Nome:  
CPF:

Documento assinado digitalmente  
gov.br PERYSON APARECIDO BONDIMAN ALVES  
Data: 21/05/2025 15:42:46-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nome:  
CPF:



## MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: DKNWB-62V6V-RDEWB-HY5SJ

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF \*\*\*.214.867-\*\*) em 23/05/2025 20:06 -  
Assinado eletronicamente

|                                              |                |
|----------------------------------------------|----------------|
| Endereço IP                                  | Geolocalização |
| 172.20.15.222                                | Não disponível |
| Autenticação                                 | ECM-PROC-ADM   |
| Aplicação externa                            |                |
| oxqjKESWVznYuvTTf7xC9YdpPeCCcp9PDNPUwAk2KM8= |                |
| SHA-256                                      |                |

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/DKNWB-62V6V-RDEWB-HY5SJ>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate>



# Governo do Estado de Mato Grosso do Sul

Secretaria de Estado de Saúde

## Anexo Único

### Documento Descritivo

(Ano 2025)

### PARTE I - METAS QUALITATIVAS

Hospital Municipal de Antônio João/MS. CNES: 2376806

| METAS DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nº.                                                | Indicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Metas                                                                                                                                    | Pontuação |
| 1                                                  | Taxa de Média de Permanência:<br>Soma dos dias de permanência de todas as AIH aprovadas (número de pacientes-dia), no semestre em análise dividido pelo total de AIH aprovadas no mesmo período.<br>Fonte: SIHD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>2 dias = 30</b><br><b>Ou</b><br><b>&gt; que 2 até 3 dias = 60</b><br><b>Ou</b><br><b>&gt; que 3 dias = 100</b>                        | 100       |
| 2                                                  | Taxa de mortalidade institucional:<br>Número de óbitos ocorridos após 24 horas de internação, no semestre em análise dividido pelo número de saídas de usuários no mesmo período.<br>(soma de usuário que receberam alta hospitalar, que foram transferidos ou que evoluíram para óbito)<br>Fonte: SIHD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>&lt; ou = 2%</b>                                                                                                                      | 100       |
| 3                                                  | Participação na Política de Atenção às Urgências e Emergências - verificar, conforme determina a Portaria GM nº. 2.048, de 05/11/2002:<br>a) o acolhimento com classificação de risco;<br>b) a implantação de protocolos clínicos para as 02 (duas) linhas de cuidados das patologias de maiores incidências;<br>c) existência de médico e enfermeiro 24 horas no Hospital.                                                                                                                                                                                                                                               | <b>SIM</b><br><b>a) = 40</b><br><b>b) = 40</b><br><b>c) = 40</b>                                                                         | 120       |
| Pontuação das metas do eixo de assistência à saúde |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          | 320       |
| METAS DO EIXO DE GESTÃO                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                          |           |
| Nº.                                                | Indicadores e Serviços                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Metas                                                                                                                                    | Pontuação |
| 4                                                  | Taxa de Ocupação Hospitalar:<br>O TOH é igual ao número de dias permanência dividido por (número de leitos (CNES) multiplicado pelo número de dias do semestre em análise).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Se apresentar:</b><br><b>&lt;30% = 0</b><br><b>≥30% a &lt;60 = 30</b><br><b>≥ 60% a &lt;80 = 60</b><br><b>≥ 80% = 100</b>             | 100       |
| 5                                                  | Segurança do Paciente:<br>a) Documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP e constituição da respectiva equipe. (5 pontos);<br>b) Cadastro do NSP no site da ANVISA – NOTIVISA (20 pontos);<br>c) Regimento Interno do NSP (5 pontos);<br>d) Plano de Segurança do Hospital (25 pontos);<br>e) Atas das reuniões realizadas, de acordo com a periodicidade estabelecida em Regimento Interno (10 pontos);<br>f) Implantar no mínimo 02 (dois) Protocolo de Segurança por semestre, implantado de acordo com a RDC nº 36/2013 (25 pontos);<br>g) Notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA (pelo | <b>SIM</b><br><b>a) = 05</b><br><b>b) = 20</b><br><b>c) = 05</b><br><b>d) = 25</b><br><b>e) = 10</b><br><b>f) = 25</b><br><b>g) = 30</b> | 120       |



# Governo do Estado de Mato Grosso do Sul

Secretaria de Estado de Saúde

Folha: 645  
NUP: 27.005.558-2023  
Documento: 86551255  
Nome: GEISA SANTOS DO NASCIMENTO  
Data: 22/05/2025

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                               | menos um evento por mês). (30 pontos)<br><br>Obs: o Plano de Segurança do Paciente deverá ser revisado anualmente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                  |
| 6                                                                             | Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos - verificar o percentual de pessoal capacitado, no semestre em análise.<br>Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que apresente comprovação e deverá abranger todos os setores/ações realizadas pela unidade de saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Se apresentar:</b><br><b>0 a 20%=zero</b><br><b>21 a 35% = 40</b><br><b>36 a 50% = 60</b><br><b>51 a 70% =90</b><br><b>Acima de 70 = 120</b> | <b>120</b>       |
| <b>Pontuação das metas do eixo de gestão</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 | <b>340</b>       |
| <b>METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                  |
| <b>Nº.</b>                                                                    | <b>Indicadores e Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Metas</b>                                                                                                                                    | <b>Pontuação</b> |
| 7                                                                             | Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela Auditoria.<br>Periodicidade da avaliação: semestral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Avaliação positiva ≥ 80%</b>                                                                                                                 | <b>120</b>       |
| 8                                                                             | a) Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela Auditoria.<br>Periodicidade da avaliação: semestral.<br>Nº. de entrevistas: mínimo de 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica.<br>Conduta para entrevista: os Instrumentos serão entregues pela equipe de Auditoria diretamente aos colaboradores.<br>b) Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores)<br>Fonte: registro de reunião semestral entre a Direção Administrativa e colaboradores para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Estadual, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratualizadas.<br>Obs.: A Direção Administrativa poderá realizar uma ou mais reuniões no semestre, desde que contemple 80% ou mais dos colaboradores da instituição. | <b>a) avaliação positiva<br/>≥ 80% = 60</b><br><br><b>b) sim = 60</b>                                                                           | <b>120</b>       |
| <b>Pontuação do eixo de avaliação</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 | <b>240</b>       |
| <b>Pontuação Total</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 | <b>900</b>       |
| <b>HOSPITAIS LOCALIZADOS EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRAS (Plus de 100 pontos)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                  |
| 9                                                                             | Monitoramento e registro diário da frequência e causas de internação em emergência (CID 10 e procedimento realizado) de usuários residentes em outros países.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Sim</b>                                                                                                                                      | <b>100</b>       |

O valor definido ao cumprimento das metas qualitativas será disponibilizado ao HOSPITAL, de acordo com a análise do cumprimento das mesmas, constante nos Relatórios de Visita



# Governo do Estado de Mato Grosso do Sul

Secretaria de Estado de Saúde

Técnica, emitidos pelo Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, por faixas de desempenho:

| Faixa de desempenho (pontuação) | Percentual do total dos Recursos |
|---------------------------------|----------------------------------|
| De 0 a 200 pontos               | 20                               |
| De 201 a 300 pontos             | 30                               |
| De 301 a 400 pontos             | 40                               |
| De 401 a 500 pontos             | 50                               |
| De 501 a 600 pontos             | 60                               |
| De 601 a 700 pontos             | 70                               |
| De 701 a 800 pontos             | 80                               |
| De 801 a 900 pontos             | 100                              |

O acréscimo de 100 pontos, referente ao **item nº 9** só será utilizado no caso de o Hospital não alcançar a pontuação total dos itens anteriores.

## PARTE II - METAS QUANTITATIVAS

### a) INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE (SIHD2-SUS)

| Leito/especialidade       | Internações |            |
|---------------------------|-------------|------------|
|                           | Meta mensal | Meta anual |
| Clínica médica            | 18          | 216        |
| Clínica gineco-obstétrica | 10          | 120        |
| Clínica pediátrica        | 08          | 96         |
| <b>Total</b>              | <b>36</b>   | <b>432</b> |

### b) ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE (SIA-SUS)

| Tipo de Atendimento                          | Número de Procedimento |              |
|----------------------------------------------|------------------------|--------------|
|                                              | Meta mensal            | Meta anual   |
| Consultas/atendimentos às urgências em geral | 60                     | 720          |
| Cirurgias ambulatoriais                      | 25                     | 300          |
| <b>Total</b>                                 | <b>85</b>              | <b>1.020</b> |

Campo Grande, de maio de 2025

RAFAEL SANTOS  
DA  
ROSA:03939778117  
Assinado de forma digital  
por RAFAEL SANTOS DA  
ROSA:03939778117  
Dados: 2025.05.22 14:45:18  
-03'00'  
**Rafael Santos da Rosa**  
Secretário Municipal de Saúde

AGNALDO MARCELO  
DA SILVA  
OLIVEIRA:972010141  
53  
Assinado de forma digital por  
AGNALDO MARCELO DA  
SILVA OLIVEIRA:97201014153  
Dados: 2025.05.22 13:59:10  
-04'00'  
**Agnaldo Marcelo da Silva Oliveira**  
Prefeito

MAURICIO SIMOES CORREA

Assinado eletronicamente por:  
MAURICIO SIMOES CORREA  
CPF: \*\*\*.214.867-\*\*



**Maurício Simões Corrêa**  
Secretário de Estado de Saúde



## MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: U9A7Q-FKXNM-FRFY7-U5LGK

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF \*\*\*.214.867-\*\*) em 23/05/2025 20:04 -  
Assinado eletronicamente

|                                              |                |
|----------------------------------------------|----------------|
| Endereço IP                                  | Geolocalização |
| 172.20.15.222                                | Não disponível |
| Autenticação                                 | ECM-PROC-ADM   |
| Aplicação externa                            |                |
| YcTbNs4yX9I0GKJkryNk3LdMUFmHqsaR6ByqGGwy2l4= |                |
| SHA-256                                      |                |

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/U9A7Q-FKXNM-FRFY7-U5LGK>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate>

Ordenador de Despesas: Ademilson Mendes Arguilera  
Do Prazo: Fica prorrogado a vigência do presente contrato por mais 12 (doze) meses, pelo período de 15 de maio de 2025 a 14 de maio de 2026, em conformidade com o artigo 51 da Lei nº 8.245/91, c/c artigo 62, §3º da Lei n. 8.666/93 e nos termos do artigo 3º da Lei nº 8.245, de 1991, consulta ao Plenário do TCU TC nº 002.210/2009-0, súmula 222 do TCU e orientação normativa nº 6 da AGU.  
Data da Assinatura: 14/05/2025  
Assinam: Helio Queiroz Daher e Gilmar Boeira Pinto

## Secretaria de Estado de Saúde

### Extrato do Contrato nº. 009/2025 – Hemosul.

Processo n.º: 27/012.666/2025

**Contratada:** Estado de Mato Grosso do Sul - CNPJ n.º 15.412.257/0001-28, por meio da Secretaria de Estado de Saúde - CNPJ n.º 02.955.271/0001-26, **Fundo Especial de Saúde** - CNPJ n.º 03.517.102/0001-77;

**Contratante:** Casa de Saúde Divina Providência Ltda/Amambai-MS - CNPJ n.º 15.498.439/0001- 63.

**Objeto:** Este Contrato tem por objeto o fornecimento de serviços especializados em Hemoterapia, sangue e ou hemocomponentes, e a realização de procedimentos que visem adequá-los às necessidades específicas de cada paciente mediante solicitação do contratante e após avaliação do médico hemoterapeuta em exercício, pela COORDENADORIA-GERAL DA REDE HEMOSUL à Agência Transfusional do CONTRATANTE.

**Dos Valores e do Ressarcimento dos Serviços:** Os valores para ressarcimento serão os constantes da tabela de referência de preços vigente na Portaria de Consolidação MS-GM nº 5 de 28/09/2017 e serão automaticamente modificados, caso haja reajuste na tabela de preço composta pelos custos da CONTRATADA.

**Vigência:** Esse contrato vigorará pelo prazo de 10 (dez) anos, contados a partir da data de assinatura, de acordo com o inciso I, art. 110, da Lei Federal nº. 14.133 de 01/04/2021, podendo, ao final deste prazo e de acordo com os interesses das partes, ser prorrogado por meio de Termo Aditivo.

**Data ass.** 21.05.2025

**Ass:** **Maurício Simões Corrêa** – Secretaria de Estado de Saúde –SES/MS.

**Marina Sawada Torres** – HEMOSUL/SES

**José Luiz Saldanha Moreira** - Diretor Geral da Casa de Saúde Divina Providência Ltda

### Extrato do Quarto Termo Aditivo ao Termo de Contratualização n. 33.046/2023.

Processo n. 27/005558/2023

Participes: Estado de Mato Grosso do Sul - CNPJ n. 15.412.257/0001-28, por meio da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde - CNPJ n. 03.517.102/0001-77;

**Município de Antônio João**, CNPJ n. 03.567.930/0001-10

Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde - CNPJ n. 11.208.632/0001-61

**Objeto:** O presente Termo Aditivo tem por objeto prorrogar a vigência do Termo de Contratualização nº 33.046/2023, pelo período de 06 (seis) meses, com início na data 04/06/2025 até a data 03/12/2025 e novo Documento Descritivo.

**Amparo Legal:** O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes; na Lei Complementar Federal n. 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal; nas Leis Federais n. 8.080/90 e 8.142/90 e suas alterações posteriores, Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018; Decreto Federal n. 6.170/2007; Portaria Interministerial n. 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais); na Portaria GM/MS n. 2.314/2005; Portaria de Consolidação n. 02 de 28 de setembro de 2017; o Decreto Estadual n. 11.261/2003; na Resolução n. 780/SES-MS/2007 e suas alterações, nas demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e alterações posteriores.

**Recursos:** O valor total estimado para a execução do presente Termo de Contratualização é de R\$ 756.088,38, sendo: R\$ 104.229,84 do Fundo Nacional de Saúde-FNS; R\$ 261.140,40 do Fundo Especial de Saúde-FESA; e R\$ 390.718,14 do Fundo Municipal de Saúde-FMS.

**Dotação Orçamentária:** Os recursos financeiros, do Estado, para execução do presente termo são provenientes do Fundo Especial de Saúde, programados para o presente exercício, na seguinte classificação: Funcional Programática: 20.27901.10.302.2200.6010.0119, Localizador: Hospital de Pequeno Porte Macro Cone Sul, Natureza da Despesa – 33404101, Nota de Empenho inicial da fonte 0160080091: 2025NE001699, Data: 13/03/2025, Valor: R\$ 104.229,84 Nota de Empenho inicial da fonte 0150010021: 2025NE001700 Data: 13/03/2025 Valor: R\$ 261.140,40.

**Ratificação:** Ficam ratificadas todas as demais Cláusulas que não foram expressamente alteradas por esse Termo Aditivo.

**Data da assinatura:** 23/05/2025

**Ass:** **Maurício Simões Corrêa**- CPF n. \*\*\*.214.867-\*\*- SES/FESA

**Aginaldo Marcelo da Silva Oliveira** - CPF n. \*\*\*.010.141-\*\*- Município

**Rafael Santos da Rosa** - CPF n. \*\*\*.397.781-\*\*- SMS/FMS/Hospital