

**Nono Termo Aditivo ao Termo de Contratualização nº 33.005/2023 que entre si celebram o Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Hospital Beneficente São Mateus, com a participação do Município de Caarapó por meio da Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte - HPP. (LOCAL)**

Pelo presente instrumento o **Estado de Mato Grosso do Sul**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob nº 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 **Hospital Beneficente São Mateus**, inscrito no CNPJ nº 03.153.806/0001-08, com sede na Av. XV de Novembro, nº 566, Centro, Caarapó/MS, neste ato representado pelo seu **Presidente Sr. David Paulino Ratti**, brasileiro, portador do RG nº 8\*\*\*92 SSP/PR e do CPF nº \*\*\*.355.289-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Caarapó/MS, doravante denominado **HOSPITAL**, e o **Município de Caarapó**, inscrito no CNPJ/MF sob nº 03.155.900/0001-04, com sede na Avenida Presidente Vargas nº 465, centro, neste ato representado pela **Prefeita Srª. Maria Lurdes Portugal**, brasileira, empresária, portadora do RG nº 5\*\*\*29 SSP/MS e CPF/MF nº \*\*\*.501.021-\*\*, residente e domiciliada na cidade de Caarapó/MS, a **Secretaria Municipal de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde**, devidamente inscrito no CNPJ/MF nº 97.536.097/0001-93, neste ato representado pelo seu **Secretária Municipal de Saúde Srª. Beatriz da Silva Romeiro Biagi**, brasileira, servidora pública, portadora do RG nº 1\*\*\*927 SSP/MS e do CPF nº \*\*\*.961.971-\*\* residente e domiciliado na cidade de Caarapó/MS; doravante denominado **MUNICÍPIO**, que celebram o presente **TERMO ADITIVO**, autuado no Processo Administrativo nº 27/004109/2023.

**DO FUNDAMENTO LEGAL:** O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes; na Lei Complementar

**Superintendência de Governança Hospitalar Coordenadoria de Contratualização de Serviços**

Hospitais 2 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); 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, Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018); Resolução SES/MS. 413/2025 que Institui a Política Estadual de Incentivo Financeiro Hospitalar (PEHOSP) para Hospitais Locais, de Apoio à Região e Regionais de Saúde do Mato Grosso do Sul para o ano de 2025 e 2026, Resolução CIB/SES nº 545/2024 Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, Resolução CIB/SES nº 598/2025, que aprova a atualização dos critérios de categorização e define o enquadramento das unidades hospitalares do Estado do Mato Grosso do Sul no âmbito do SUS, e 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 a adesão da Resolução nº 413/SES de 03 de setembro de 2025, que institui a Política Estadual de Incentivo Financeiro Hospitalar (PEHOSP) e prorrogação de vigência pelo período de 6 (seis) meses, com início no dia 03 de Novembro de 2025 e término no dia 30/04/2026. Novo Documento Descritivo e inclusão dos itens nas Cláusulas como seguem:

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

VIII. o acompanhamento, monitoramento, controle e avaliação deste TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO serão realizados obrigatoriamente, e de maneira sistemática, pelos Auditores de Serviços de Saúde da AUDSUS/SES-MS, pelos técnicos da Superintendência de Governança Hospitalar — SGH/SES-MS, pelos técnicos da Superintendência de Atenção à Saúde — SAS/SES-MS e pela Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização (CEAC), devidamente designadas para este fim;

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DOS ENCARGOS COMUNS**

VI - manter registro atualizado no CNES.

### **CLÁUSULA QUARTA - DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS**

#### **I – DO HOSPITAL:**

17. adotar prontuário eletrônico Único do Usuário na Unidade, no prazo de até 02 anos, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam; estando devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME;

18 – Ofertar Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), compatíveis com a adesão das clínicas/módulos;

19 - Transportar pacientes regulados para atendimento em unidades de maior complexidade, na modalidade inter-hospitalar, conforme definido pelos fluxos de regulação.

**PARÁGRAFO ÚNICO.** O transporte de pacientes em situação de contrarreferência ou alta hospitalar é de responsabilidade do Município de residência do paciente.

**B) Do Eixo de Gestão:**

25. aderir à proposta de implementação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), quando esta for formalmente apresentada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS, observando os termos, diretrizes e cronograma estabelecidos pela Secretaria.

26. manter constituída e em funcionamento a Comissão de Óbito, conforme disposto na Resolução CFM nº 2.171/2017, devendo assegurar seu adequado registro, composição e funcionamento contínuo, com a finalidade de análise e prevenção de óbitos evitáveis, nos termos da normativa vigente.

27. registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do SUS, nos prazos estabelecidos pela SES/MS e Ministério da Saúde;

28. A produção ambulatorial BPA deverá ser apresentada exclusivamente por meio de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, observadas as regras técnicas e operacionais estabelecidas;

29. a apresentação de solicitações de pré-autorização e autorização de laudos de AIH deverão ser realizadas por meio do sistema CORE módulo leitos, ou outro que for implementado;
30. realizar o gerenciamento dos leitos, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) com objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.
31. atualizar diariamente o Mapa de Leitos da Central Estadual de Regulação;
32. disponibilizar acesso à SES/MS de dados das aplicações utilizadas na gestão da clínica dos serviços prestados ao SUS dos hospitais, observando o que dispõe a Lei 13.709/2018 (LGPD);
33. quando o estabelecimento fizer uso de prontuário eletrônico, deverá garantir o acesso remoto à equipe de auditoria da AudSUS designada pela Secretaria de Estado de Saúde, a fim de permitir a verificação e validação das informações clínicas e administrativas, nos termos da legislação aplicável;
34. Indicar formalmente à SES/MS, seus respectivos membros que participarão da Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização, quando solicitado;
35. Comunicar formalmente à SES, para o caso de defeitos técnicos em equipamentos, falta de insumos, falta de profissionais ou qualquer outra situação adversa que impossibilite a execução dos serviços pactuados, apresentando um Plano de Contingência para as referidas situações.

### **III - DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA:**

- e. instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização (CEAC);
- f. acompanhar por meio da Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização (CEAC), as ações e serviços de saúde contratualizados.

## **CLÁUSULA OITAVA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO:**

### **1 - DO CONTROLE E AVALIAÇÃO:**

O desempenho do Hospital será medido por meio dos indicadores de qualidade e desempenho do hospital, estabelecidos no Documento Descritivo, de acordo com o perfil do hospital contratualizado, com acompanhamento e apuração semestral pela Auditoria, Controle e Avaliação do SUS - AUDSUS.

O relatório com o quantitativo das produções realizadas será encaminhado mensalmente para a Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares, pela Coordenadoria de Controle de Serviços de Saúde – CCON, para fins de monitoramento da execução contratual.

## **2 - DO ACOMPANHAMENTO:**

1 – Para acompanhamento da execução deste instrumento de TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO, a SECRETARIA instituirá a Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização, que contará com:

04 (quatro) representantes da Secretaria de Estado de Saúde, que exercerá a coordenação das atividades;

03 (três) representantes dos hospitais, sendo um de cada classificação hospitalar.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - AS OBRIGAÇÕES DA COMISSÃO estarão dispostas em Regimento Interno.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DA AUTORIZAÇÃO**

A autorização, para celebração do presente Termo Aditivo, encontra-se no Processo Administrativo nº 27/004109/2023.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO HOSPITAL**

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 Aditivo é de **R\$ 4.512.216,12** (quatro milhões quinhentos e doze mil duzentos e dezesseis reais e doze centavos), sendo:

- **R\$ 505.662,36** (quinhentos e cinco mil e seiscentos e sessenta e dois reais e trinta e seis centavos) do Fundo Nacional de Saúde-FNS;

- **R\$ 600.000,00** (seiscentos mil reais) do Fundo Especial de Saúde-FESA;

- **R\$ 3.406.553,76** (três milhões quatrocentos e seis mil quinhentos e cinquenta e três reais e setenta e seis centavos) do Fundo Municipal de Saúde-FMS, a ser repassado ao HOSPITAL.

O FESA repassará mensalmente ao HOSPITAL os recursos financeiros Federais e Estaduais, conforme especificado a seguir:

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL**

| Descrição                                                                                                                 | Valor Mensal<br>(R\$) | Valor Total<br>(R\$) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Componente Pré-Fixado</b>                                                                                              |                       |                      |
| <b>Recursos Federais</b>                                                                                                  |                       |                      |
| Média Complexidade Ambulatorial (SIA)                                                                                     | 9.671,16              | 58.026,96            |
| Média Complexidade Hospitalar (SIH)                                                                                       | 64.480,90             | 386.885,40           |
| IAE-PI –                                                                                                                  | 10.125,00             | 60.750,00            |
| <b>Subtotal (1)</b>                                                                                                       | <b>84.277,06</b>      | <b>505.662,36</b>    |
| <b>Recursos Estaduais</b>                                                                                                 |                       |                      |
| Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço:<br>• <b>Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica</b> | 50.000,00             | 300.000,00           |
| • <b>Parto e Nascimento</b>                                                                                               | 50.000,00             | 300.000,00           |
| <b>Subtotal (2)</b>                                                                                                       | <b>100.000,00</b>     | <b>600.000,00</b>    |
| <b>Recursos Municipais</b>                                                                                                |                       |                      |
| Incentivo Municipal à Contratualização                                                                                    | 567.758,96            | 3.406.553,76         |
| <b>Subtotal (3)</b>                                                                                                       | <b>567.758,96</b>     | <b>3.406.553,76</b>  |
| <b>Total (1+2+3)</b>                                                                                                      | <b>752.036,02</b>     | <b>4.512.216,12</b>  |

**I – Componente Pré-fixado:**

- Os recursos financeiros referentes ao Componente prefixado são compostos pela produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de Média Complexidade, pelos Incentivos Federais, Estadual, Municipal e outros que venham a ser instituídos.
- Os recursos financeiros do Componente prefixado que estão vinculados ao cumprimento de metas quantificativas e aos critérios de adesão, referem-se aos recursos federais e incentivo estadual, conforme descrito no Documento Descritivo. O pagamento será proporcional ao percentual de cumprimento das metas quantitativas previstas no Documento Descritivo, limitado a 100% do valor contratado.

- c. Como forma de fomento inicial, o Incentivo Estadual à Contratualização será pago integralmente nos primeiros 04 (quatro) meses após a contratualização independentemente do percentual de cumprimento das metas, visando apoiar a estruturação dos serviços e encerra-se automaticamente ao término do primeiro quadrimestre subsequente à contratualização.
- d. O Incentivo Municipal à Contratualização será repassado integralmente, sem vinculação ao cumprimento de metas.

## II – Componente Pós-fixado

- a. O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC já cadastrados, será repassado ao HOSPITAL, pós-produção (aprovação e processamento), condicionada à respectiva transferência financeira do FNS, respeitado, similarmente, o limite para as modalidades de FAEC no TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO e conforme programação disposta no Documento Descritivo.

III - Os valores para pagamentos devidos não poderão ultrapassar o limite financeiro estimado no TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO.

O repasse poderá ser total ou parcialmente suspenso nas seguintes hipóteses:

- a. Realização de internações sem autorização da regulação estadual (exceto urgências justificadas);
- b. Descumprimento recorrente das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas;
- c. Não inserção de dados nos sistemas oficiais (SIH, SIA, SCNES, CORE);
- d. Ausência de justificativa formal para metas não cumpridas, após prazo definido;
- e. Irregularidades detectadas pela Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização.
- f. Encaminhamento das informações de produção fora dos prazos previstos.

Da Suspensão Parcial (50%) do Incentivo por Serviços (Pré-Fixado):

A gestão estadual poderá, mediante decisão fundamentada, suspender parcialmente em 50% (cinquenta por cento) o repasse mensal do Incentivo por Serviços (Componente Pré-Fixado) quando verificado, após ciência do prestador e esgotados os prazos fixados pela Comissão de Acompanhamento, qualquer das seguintes hipóteses:

descumprimento das obrigações assistenciais mínimas vinculadas às clínicas/módulos e da disponibilidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura compatíveis com a tipologia contratualizada e a regulação vigente;

§ 1º A suspensão parcial produzirá efeitos no mês de competência subsequente à decisão e perdurará enquanto persistirem as causas que a motivaram, sem prejuízo de outras medidas administrativas cabíveis.

§ 2º Durante a suspensão parcial, o repasse mensal do Componente Pré-Fixado ficará limitado a 50% do valor contratual aplicável às linhas de serviços contratualizadas.

§ 3º A retomada integral ocorrerá no mês subsequente à regularização, após análise técnica e manifestação da gestão estadual. Valores suspensos não geram direito adquirido nem retroatividade, salvo se reconhecida a improcedência da suspensão.

§ 4º A suspensão prevista nesta cláusula não afasta glosas, compensações e ajustes próprios do Componente Pós-Fixado (variável) e dos sistemas oficiais, que poderão ser aplicados cumulativamente.

§ 5º Serão assegurados o contraditório e a ampla defesa.

IV. Antes da adoção de qualquer medida de suspensão do repasse financeiro prevista neste Termo de Contratualização, a Secretaria de Estado de Saúde deverá emitir advertência formal à CONTRATADA, sempre que forem constatadas inconformidades, descumprimentos contratuais ou irregularidades operacionais.

**PARÁGRAFO ÚNICO.** A advertência será acompanhada da descrição das inconformidades identificadas e da definição de prazo razoável para adequações, conforme a natureza da pendência. Somente após o decurso do prazo sem a devida regularização, poderá ser deliberada a suspensão total ou parcial dos repasses, nos termos das cláusulas previstas neste instrumento.

VI. A retomada do repasse ocorrerá somente após a regularização da pendência e análise técnica da gestão estadual, conforme previsto nesta cláusula.

VII. O acompanhamento e a validação do cumprimento das metas serão realizados pela Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização (CEAC), com base nos dados oficiais processados nos sistemas de informação do SUS e nos relatórios de acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas contratualizadas, conforme pactuação estabelecida no Termo de Contratualização.

VIII. Caso seja constatado pela AudSUS, a qualquer tempo após o processamento e efetivação do pagamento, que houve pagamento de valores referentes a procedimentos não realizados, e após parecer da Comissão Estadual de Acompanhamento da Contratualização (CEAC) fica a CONTRATANTE autorizada a proceder à correção dos valores pagos, mediante dedução nos saldos remanescentes do contrato, nas parcelas subsequentes a serem pagas, até a integral compensação do montante indevidamente quitado, sem prejuízo da aplicação das demais sanções contratuais e legais cabíveis.

### 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:

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:** Hospitais de Pequeno Porte Macro Cone Sul

**Natureza da Despesa:** 33504102

**Nota de Empenho Inicial da fonte 0160080091:** 2025NE004572 (e seus aditivos)

**Data:** 02/06/2025

**Valor:** R\$ 505.662,36

**Nota de Empenho Inicial da fonte 0150010021:** 2025NE004573 (e seus aditivos)

**Data:** 02/06/2025

**Valor:** R\$ 305.816,28

#### III - DO MUNICÍPIO

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

### CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo terá sua vigência pelo período de 6 (seis) meses, com início no dia 03 de novembro de 2025 e término no dia 30 de abril de 2026.

### CLÁUSULA SÉTIMA – DA RATIFICAÇÃO

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

### CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

A SECRETARIA providenciará a publicação do extrato do presente Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado, em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21.

### CLÁUSULA NONA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, para dirimir questões sobre a execução do Termo Aditivo 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.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** BEATRIZ DA SILVA ROMEIRO BIAGI  
Data: 31/10/2025 15:01:10-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Beatriz da Silva Romeiro Biagi**

Secretária Municipal de Saúde

MARIA LURDES  
PORTUGAL:366501  
02172  
Assinado de forma digital por  
MARIA LURDES  
PORTUGAL:36650102172  
Dados: 2025.10.31 13:55:08  
-04'00'

**Maria Lurdes Portugal**

Prefeita

Campo Grande/MS, *data da última assinatura digital.*

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** DAVID PAULINO RATTI  
Data: 31/10/2025 15:48:10-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**David Paulino Ratti**

Presidente do Hospital Beneficente São  
Mateus

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:

CPF:  
Nome: **gov.br** ELIANE MARIA NAIVERTH CALLEGARI  
Data: 31/10/2025 15:09:51-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

CPF:  
Nome:



## MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: CGY8Q-PQ69A-TKUNR-AYBX4

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF \*\*\*.214.867-\*\*) em 31/10/2025 17:04 -  
Assinado eletronicamente

|                                              |                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| Endereço IP                                  | Geolocalização                        |
| 172.20.15.222                                | Lat: -20,452180      Long: -54,556418 |
|                                              | Precisão: 13 (metros)                 |
| Autenticação                                 | ECM-PROC-ADM                          |
| Aplicação externa                            |                                       |
| L0nFFteajCgs9KxU1IVQWkYDqyXEyDk32tDEEMiAGxU= |                                       |
| SHA-256                                      |                                       |

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/CGY8Q-PQ69A-TKUNR-AYBX4>

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>

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: 20.27901.10.302.2200.6010.0115, Localizador: Hospitais Filantrópicos Macro Cone Sul, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0160080091: 2025NE004555 (e seus aditivos), Data: 02/06/2025, Valor: R\$ 233.933,28; Funcional Programática: 20.27901.10.302.2200.6010.0115, Localizador: Hospitais Filantrópicos Macro Cone Sul, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0150010021: 2025NE004556 (e seus aditivos), Data: 02/06/2025, Valor: R\$ 240.000,00

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

Data da assinatura: 31/10/2025

Ass: Mauricio Simões Corrêa- CPF n. \*\*\*.214.867-\*\*- SES/FESA  
Kleber Gonçalves Destro - CPF n. \*\*\*.037.141-\*\*-Hospital  
Rafael Gusmão Hamamoto - CPF/MF nº \*\*\*.575.661-\*\*- Município  
Guilherme Gomes Zandonadi - CPF nº \*\*\*.143.401-\*\*- SMS/FMS

### **Extrato do Nono Termo Aditivo ao Termo de Contratualização n. 33.005/2023**

Processo n. 27/004109/2023

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; Hospital Beneficente São Mateus, CNPJ/MF nº 03.153.806/0001-08, Município de Caarapó, CNPJ n. 03.155.900/0001-04, Secretaria Municipal de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde CNPJ n. 97.536.097/0001-93

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto à adesão da Resolução nº 413/SES de 03 de setembro de 2025, que institui a Política Estadual de Incentivo Financeiro Hospitalar (PEHOSP), prorrogação de vigência pelo período de 06 (seis) meses, com início no dia 03 de novembro de 2025 e término no dia 30 de abril de 2026 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; nas Leis Federais n. 8.080/1990 e 8.142/1990 e suas alterações posteriores; Lei n. 13.709/2018; Portaria Interministerial n. 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais); na Portaria GM/MS n. 2.314/2005; Anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação n. 02/2017; o Decreto Estadual n. 11.261/2003; Resolução SES/MS 413/2025 que Institui a Política Estadual de Incentivo Financeiro Hospitalar (PEHOSP) para Hospitais Locais, de Apoio à Região e Regionais de Saúde de Mato Grosso do Sul para o ano de 2025 e 2026, Resolução CIB/SES n 545/2024 Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, Resolução CIB/SES n 598/2025, que aprova a atualização dos critérios de categorização e define o enquadramento das unidades hospitalares do Estado do Mato Grosso do Sul no âmbito do SUS, e nas demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e alterações posteriores.

Recursos: O valor total estimado para a execução do presente Termo Aditivo é de R\$ 4.512.216,12, sendo: R\$ 505.662,36 do Fundo Nacional de Saúde-FNS; R\$ 600.000,00 do Fundo Especial de Saúde-FESA; e R\$ 3.406.553,76 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: Hospitais de Pequeno Porte Macro Cone Sul, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0160080091: 2025NE004572 (e seus aditivos), Data: 02/06/2025, Valor: R\$ 505.662,36; Funcional Programática: 20.27901.10.302.2200.6010.0119, Localizador: Hospitais de Pequeno Porte Macro Cone Sul, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0150010021: 2025NE004573 (e seus aditivos), Data: 02/06/2025, Valor: R\$ 305.816,28

Vigência: O presente Termo Aditivo tem sua vigência a contar da assinatura até o término do Termo de Contratualização vigente.

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

Data da assinatura: 31/10/2025

Ass: Mauricio Simões Corrêa- CPF n. \*\*\*.214.867-\*\*- SES/FESA  
Maria Lurdes Portugal CPF n. nº \*\*\*.501.021-\*\*- Município  
Beatriz da Silva Romeiro – CPF n. \*\*\*.961.971-\*\*- SMS/FMS  
David Paulino Ratti- CPF n. \*\*\*.355.289-\*\*- Hospital

### **Extrato do Quinto Termo Aditivo ao Termo de Contratualização n. 32.999/2023**

Processo n. 27/004114/2023

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 Coronel Sapucaia - CNPJ n. 01.988.914/0001-75, Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde - CNPJ n. 13.022.375/0001-02

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto à adesão da Resolução nº 413/SES de 03 de setembro de 2025, que institui a Política Estadual de Incentivo Financeiro Hospitalar (PEHOSP), prorrogação de vigência pelo período de 06 (seis) meses, com início no dia 02 de novembro de 2025 e término no dia 30 de abril de 2026 e Novo Documento Descritivo.

Amparo Legal: O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial

**Anexo Único****Documento Descritivo****(Ano 2025/2026)****CRITÉRIOS PARA REPASSE DE VALORES  
PREFIXADOS DA CONTRATUALIZAÇÃO****Hospital Beneficente São Mateus de Caarapó/MS - LOCAL****CNES: 2376091**

1. Os valores prefixados referem-se aos recursos federais, estaduais e municipais destinados à manutenção dos serviços estratégicos contratualizados.

**Quadro 01:** Fonte de Recurso e Valor Mensal do repasse.

| <b>Fonte</b>                                                    | <b>Valor Mensal</b>   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Recurso Federal</b>                                          | <b>R\$ 84.277,06</b>  |
| <b>Recurso Estadual – Incentivo Estadual à Contratualização</b> |                       |
| Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica     | <b>R\$ 50.000,00</b>  |
| Parto e Nascimento                                              | <b>R\$ 50.000,00</b>  |
| <b>Recurso Municipal</b>                                        | <b>R\$ 567.758,96</b> |

2. O pagamento será realizado mensalmente e corresponderá ao percentual de cumprimento das metas assistenciais pactuadas, apurado no semestre imediatamente anterior, limitado ao teto de 100% do valor mensal contratado.

a) Exemplo: Se a meta mensal de internações é de 10, a meta semestral será de 60 internações (10 x 6 meses).

Se o hospital realizou 45 internações no semestre, o percentual de cumprimento foi de:  $45 \div 60 = 0,75$  (75%).

Assim, no semestre seguinte, o valor mensal a ser pago corresponderá a 75% do valor mensal máximo contratado.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O Incentivo Municipal à Contratualização será repassado integralmente, sem vinculação ao cumprimento de metas.

3. O cumprimento das metas de internação será acompanhado pela equipe da Auditoria, Controle e Avaliação (AudSUS) com periodicidade definida no Termo de Contratualização, conforme discriminado no Quadro a seguir:

**Quadro 02:** Especialidades clínicas e metas de internações.

| Especialidade             | Internações    |            |
|---------------------------|----------------|------------|
|                           | Meta semestral | Meta anual |
| Clínica médica            | 517            | 1.034      |
| Clínica gineco-obstétrica |                |            |
| Clínica pediátrica        |                |            |
| Parto e Nascimento        |                |            |

4. O cálculo do cumprimento da meta de internações de Clínica médica, Obstetrícia e Pediatria será baseado no percentual de internações hospitalares aprovadas e processadas, em comparação ao total pactuado como meta no semestre.

a) Para este cálculo, serão desconsiderados os seguintes procedimentos:

- 03.01.06.001-0 - Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica;
- 03.01.06.007-0 - Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Cirúrgica;
- 03.01.06.008-8 - Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica;

4. Em relação ao Recurso Federal - Média e Alta Complexidade (MAC), cujo valor mensal previsto é de R\$ **84.277,06** (oitenta e quatro mil duzentos e setenta e sete reais e seis centavos) seu pagamento será realizado mensalmente, sendo que o valor mensal a ser repassado será calculado conforme cumprimento das metas assistenciais (quadro 02) apuradas no semestre imediatamente anterior referente às internações aprovadas.

5. Em relação à periodicidade do acompanhamento, será semestral, por meio da elaboração de relatório de dados extraídos dos Sistemas de Informações (CNES, SIA/SUS, SIH/SUS e CIHA), pela equipe da Coordenadoria de Controle de Serviços em Saúde da Auditoria, Controle e Avaliação no SUS (AudSUS).

6. Em relação ao **Recurso Estadual - Incentivo Estadual à Contratualização de Serviços**: a periodicidade da avaliação será **semestral**, por meio de Visita Técnica para acompanhamento e avaliação do cumprimento dos critérios e metas, pela equipe da AudSUS, conforme os quadros 02 a 04

6.1 O cumprimento de todos os critérios e metas é obrigatório para a manutenção do incentivo. O valor do incentivo será fixo e o pagamento será realizado mensalmente. Será verificado

semestralmente o cumprimento dos critérios de adesão pelo estabelecimento, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

6.2 Antes da adoção de qualquer medida de suspensão do repasse financeiro prevista neste Termo de Contratualização, a Secretaria de Estado de Saúde deverá emitir advertência formal à CONTRATADA, sempre que forem constatadas inconformidades, descumprimentos contratuais ou irregularidades operacionais. A advertência será acompanhada da descrição das inconformidades identificadas e da definição de prazo razoável para adequações, conforme a natureza da pendência. Somente após o decurso do prazo sem a devida regularização, poderá ser deliberada a suspensão total ou parcial dos repasses, nos termos das cláusulas previstas no Termo de Contratualização.

### **Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica**

**Valor do Incentivo: 50.000,00**

O valor do incentivo será fixo e o pagamento será realizado mensalmente. Semestralmente, o cumprimento dos critérios de adesão (quadro 03) pelo estabelecimento será verificado, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

#### **Quadro 03: Critérios e Metas Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica.**

| Nº                              | Critério / Indicador                                                                                                                                                                                                                           | Método de verificação/aferição.                                                                                                                                                                                                                                              | Meta                                                                     |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Eixo Assistência à Saúde</b> |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |
| <b>1</b>                        | Ofertar serviços ambulatoriais de Consulta/Atendimento às Urgências, (forma de organização 03.01.06), e à realização de procedimentos de Pequenas Cirurgias, (forma de organização 04.01.01), assegurando suporte adequado às demandas locais. | Consulta aos dados de produção ambulatorial dos procedimentos de Urgências, (forma de organização 03.01.06), e de procedimentos de Pequenas Cirurgias, (forma de organização 04.01.01) disponíveis no Banco Nacional de Dados do Ministério da Saúde.<br><br>Fonte: SIA/SUS. | Produção aprovada mensalmente e no sistema de informação oficial do SUS. |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Manter médico plantonista presencial nas dependências da unidade hospitalar, com disponibilidade para atendimento imediato em casos de intercorrências clínicas e demandas de urgência, a qualquer tempo com cobertura integral de 24 (vinte e quatro) horas por dia, em todos os dias da semana, inclusive feriados                                                                                                    | Conferência da Escala de médicos plantonistas e folha de frequência.<br><br>Fonte: Escala de Plantão e folha de frequência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cobertura integral de 24 (vinte e quatro) horas por dia, em todos os dias da semana, |
| 3 | Ofertar Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), compatíveis com a tipologia assistencial do hospital, incluindo, obrigatoriamente, os serviços de Diagnóstico Laboratorial (Subgrupo 02.02), Diagnóstico por Radiologia (Subgrupo 02.04), Eletrocardiograma (Subgrupo 02.11), Ultrassom (Subgrupo 02.05), assegurando suporte às demandas assistenciais pactuadas, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. | Consulta aos dados de produção ambulatorial (SADT) dos procedimentos de Diagnóstico Laboratorial (Subgrupo 02.02), Diagnóstico por Radiologia (Subgrupo 02.04), Eletrocardiograma (Subgrupo 02.11), Ultrassom (Subgrupo 02.05) disponíveis no Banco Nacional de Dados do Ministério da Saúde.<br><br>Fonte: SIA/SUS.                                                                                                                                          | Produção aprovada mensalmente e no sistema de informação oficial do SUS.             |
| 4 | Taxa de internações clínicas de média complexidade realizadas/aprovadas no Hospital Local.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fórmula de Cálculo:<br><br>Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de residentes no município do Hospital Local, com procedimento principal do Grupo 03 (Clínicos) e faixa etária maior que 18 anos;<br>Denominador = Quantidade total de AIH aprovadas no Estado de MS de residentes no município do hospital em avaliação, com procedimento principal do Grupo 03 (Clínicos) e faixa etária maior que 18 anos, multiplicado por 100;<br><br>Fonte: SIH/SUS. | Taxa de internação $\geq 50\%$ (L/M)<br><br>Taxa de internação $\geq 60\%$ (A/R)     |

|   |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Taxa de internações pediátricas de média complexidade realizadas/aprovadas no Hospital Local.                                                                                         | <p>Fórmula de Cálculo:</p> <p>Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de residentes no município do Hospital Local, com procedimento principal do Grupo 03 (Clínicos) e faixa etária igual ou menor que 18 anos;</p> <p>Denominador = Quantidade total de AIH aprovadas no Estado de MS de residentes no município do hospital em avaliação, com procedimento principal do Grupo 03 (Clínicos) e faixa etária igual ou menor que 18 anos, multiplicado por 100;</p> <p>Fonte: SIH/SUS.</p> | <p>Taxa de internação <math>\geq 50\%</math> (L/M)</p> <p>Taxa de internação <math>\geq 60\%</math> (A/R)</p> |
| 6 | Taxa de internações para residentes de outros municípios.                                                                                                                             | <p>Fórmula de Cálculo:</p> <p>Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de residentes de outros municípios no Hospital.</p> <p>Denominador = Quantidade total de AIH aprovadas no Hospital, multiplicado por 100;</p> <p>Fonte: SIH/SUS.</p>                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Taxa de internação <math>&gt; 10\%</math> (A/R)</p>                                                        |
| 7 | Percentual de profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem com capacitação em urgência e emergência de no mínimo 16 horas presenciais, com documentação comprobatória. | <p>Fórmula de Cálculo:</p> <p>Numerador = profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem com capacitação em urgência e emergência</p> <p>Denominador = Quantidade total de profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem que atuam no Hospital;</p> <p>Fonte: Certificados dos cursos/capacitações com validade máxima de 36 meses.</p>                                                                                                                         | <p><math>\geq 70\%</math> da equipe atuante no pronto atendimento</p>                                         |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 8                     | Possuir sala de estabilização devidamente equipada, em conformidade com os itens mínimos exigidos na Portaria nº 2048/2002 e na Portaria de Consolidação nº 3/2017                                                                                                                                                                               | Verificação da conformidade da Portaria                                                                                                                                                                                         | Atender os critérios definidos nas normas mencionadas |
| 9                     | Possuir protocolo com fluxograma para atendimento de SEPSE. Para referência utilizar: ROTEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL GERENCIADO DE SEPSE <a href="https://ilas.org.br/wp-content/uploads/2022/05/roteiro-de-implementacao-isbn-1.pdf">https://ilas.org.br/wp-content/uploads/2022/05/roteiro-de-implementacao-isbn-1.pdf</a> | Verificar protocolo de SEPSE                                                                                                                                                                                                    | Apresentar protocolo SEPSE                            |
| <b>Eixo Gestão</b>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |
| 9                     | Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores a seguir:<br><br>- Taxa de ocupação;<br><br>- Média de permanência;<br><br>- Taxa de reinternações.                                                                                                                                                                                  | Conferência dos Relatórios de indicadores elaborados pelo hospital, mensalmente.                                                                                                                                                | Apresentar relatório mensal                           |
| <b>Eixo Avaliação</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |
| 10                    | Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela equipe da AudSUS.<br><br>Periodicidade da avaliação: Semestral                                                                                                                                                                                                                      | Aplicar formulário padronizado e utilizar os espelhos das AIHs aprovadas no período como amostra para seleção dos pacientes a serem entrevistados, por meio de contato telefônico ou durante visita domiciliar.                 | Avaliação positiva $\geq 80\%$                        |
| 11                    | Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela equipe da AudSUS.<br><br>Periodicidade da avaliação: Semestral                                                                                                                                                                                                                        | Aplicar formulário padronizado à no mínimo 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica.<br><br>OBS: os Instrumentos serão entregues aos colaboradores e recolhidos diretamente pela equipe da AudSUS. | Avaliação positiva $\geq 80\%$                        |

**Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: Parto e Nascimento**  
**Valor do Incentivo: 50.000,00**

O valor do incentivo será fixo e o pagamento será realizado mensalmente. Semestralmente, o cumprimento dos critérios (quadro 04) de adesão pelo estabelecimento será verificado, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

**Quadro 04: Critérios e Metas. Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: Parto e Nascimento.**

| Nº                              | Critério / Indicador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Método de verificação/aferição.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Meta                                                  |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Eixo Assistência à Saúde</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |
| 1                               | Taxa de procedimentos obstétricos de média complexidade realizados/aprovados no Hospital.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fórmula de Cálculo:<br>Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de mulheres residentes no município do Hospital, com procedimento principal obstétrico;<br>Denominador = Quantidade total de AIH aprovadas no Estado de MS de mulheres residentes no município do hospital em avaliação, com procedimento principal obstétrico, multiplicado por 100;<br>Fonte: SIH/SUS. | Taxa $\geq 80\%$                                      |
| 2                               | Adotar lista de verificação para parto seguro (LVPS), conforme resolução Estadual obrigatória, N. 473, de 23 de outubro de 2025.<br><br>Documento referência da OMS: <a href="https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1206f01c-9f7e-41a8-9457-79df48307883/content">https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1206f01c-9f7e-41a8-9457-79df48307883/content</a> | Verificar a existência e o correto preenchimento da LVPS em uma amostra de 20% de prontuários.                                                                                                                                                                                                                                                                          | 100% de conformidade.                                 |
| 3                               | a) Possuir leito pré-parto, parto e pós-parto (PPP), de acordo com a Portaria de Consolidação nº03, Título II, Capítulo I<br>b) Possuir Bloco cirúrgico obstétrico com no mínimo 1 sala devidamente equipada.                                                                                                                                                                | Verificação da conformidade da Portaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Atender os critérios definidos nas normas mencionadas |
| 4                               | Realização de, no mínimo, 100 partos por ano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Verificar a frequência dos procedimentos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Realizar $\geq 100$                                   |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0310010047 Parto Normal em<br>Gestação De Alto Risco<br>0310010055 Parto Normal em<br>Centro De Parto Normal<br>0411010026 Parto Cesariano em<br>Gestação De Alto Risco<br>0411010034 Parto Cesariano <br>0411010042 Parto Cesariano<br>C/ Laqueadura Tubaria<br>Fonte: SIH                                                                                    | partos por<br>ano                                                                                                    |
| 5                     | Manter médico Obstetra e<br>pediatra (ambos com RQE)<br>com disponibilidade para<br>atendimento em casos de<br>intercorrências clínicas e<br>demandas de urgência, a<br>qualquer tempo com cobertura<br>integral de 24 (vinte e quatro)<br>horas por dia, em todos os dias<br>da semana, inclusive feriados | Conferência da Escala de<br>médicos e folha de<br>frequência.<br>Fonte: Escala de Plantão e<br>folha de frequência.                                                                                                                                                                                                                                            | Cobertura<br>integral de<br>24 (vinte e<br>quatro)<br>horas por<br>dia, em<br>todos os<br>dias da<br>semana<br>(A/R) |
| <b>Eixo Gestão</b>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| 6                     | Apresentação do Relatório de<br>Monitoramento Mensal do Índice de<br>Mortalidade Materna.                                                                                                                                                                                                                   | Conferência dos Relatórios de<br>indicadores elaborados pelo<br>hospital, mensalmente.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Apresentar<br>relatório mensal                                                                                       |
| <b>Eixo Avaliação</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| 7                     | Avaliação da satisfação dos usuários<br>do SUS - realizada pela equipe da<br>AudSUS.<br>Periodicidade da avaliação:<br>semestral.                                                                                                                                                                           | <b>Incluir, nos hospitais que<br/>realizam partos, cerca de 20% de<br/>parturientes dentre os<br/>entrevistados.</b><br>Aplicar formulário<br>padronizado e utilizar os os<br>espelhos das AIHs aprovadas<br>no período como amostra para<br>seleção dos pacientes a serem<br>entrevistados, por meio de<br>contato telefônico ou durante<br>visita domiciliar | Avaliação<br>positiva<br>≥80%                                                                                        |

Documento assinado digitalmente



BEATRIZ DA SILVA ROMEIRO BIAGI  
Data: 31/10/2025 15:01:10-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Campo Grande/MS



DAVID PAULINO RATTI  
Data: 31/10/2025 15:53:18-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Beatriz da Silva Romeiro Biagi**

Secretária Municipal de Saúde  
MARIA LURDES  
PORTUGAL:3665010  
2172

Assinado de forma digital por  
MARIA LURDES  
PORTUGAL:36650102172  
Dados: 2025.10.31 13:55:41 -04'00'

**Maria Lurdes Portugal**  
Prefeita

**DAVID PAULINO RATTI**  
Presidente do Hospital Beneficente São  
Mateus

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: X84DE-AZR8T-CTGNG-DLZBP

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF \*\*\*.214.867-\*\*) em 31/10/2025 17:05 -  
Assinado eletronicamente

|                                              |                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| Endereço IP                                  | Geolocalização                        |
| 172.20.15.222                                | Lat: -20,452180      Long: -54,556418 |
|                                              | Precisão: 13 (metros)                 |
| Autenticação                                 | ECM-PROC-ADM                          |
| Aplicação externa                            |                                       |
| TsBgE7yBcUwjMnygPI239b12huFgkN9g7oe48Bc+kL0= |                                       |
| SHA-256                                      |                                       |

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/X84DE-AZR8T-CTGNG-DLZBP>

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>