

Décimo Sétimo Termo Aditivo ao Termo de Contratualização nº 31.058/2021 que entre si celebram o Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, e a Associação Beneficente Ruralista de Assistência Médica Hospitalar, com a participação do Município de Anastácio por meio da Secretaria Municipal de Saúde, 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 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 nº ***.214.867-**, residente e domiciliado na cidade de Campo Grande/MS, doravante denominado **SECRETARIO**, a **Associação Beneficente Ruralista de Assistência Médica Hospitalar de Anastácio**, CNPJ nº 05.246.563/0001-88, na cidade de Anastácio/MS, representado neste ato por seu **Presidente Sr. Aguinaldo Gonçalves Estadulho**, brasileiro, aposentado, portador do RG nº 07***1 SEJUSP/MS e do CPF nº ***.135.061-**, residente e domiciliado na cidade de Anastácio/MS, doravante denominado **HOSPITAL**, e o **Município de Anastácio**, inscrito no CNPJ nº 03.452.307/0001-11, na cidade de Anastácio/MS, neste ato representado pelo **Prefeito Sr. Manoel Aparecido da Silva**, brasileiro, portador do RG nº 61***3 SSPMS e CPF nº ***.297.741-**, residente e domiciliado na cidade de Anastácio/MS, a **Secretaria Municipal de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde**, devidamente inscrito no CNPJ nº 11.332.999/0001-92, neste ato representado pelo seu **Secretário Municipal de Saúde Sr. João Fernando Guessy Braga**, brasileiro, portador do RG nº 12***32 - SSP/MS e do CPF ***683.107** residente e domiciliado na cidade de Anastácio/MS, doravante denominado **MUNICÍPIO**, que celebram o presente **TERMO ADITIVO**, autuado no Processo Administrativo nº 27/008537/2021.

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); 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 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 6 (seis) meses, com início no dia 01 de novembro de 2025 e término no dia 30 de abril de 2026, prorrogação de vigência do 15º Termo Aditivo ao Termo de Contratualização nº 31.058/21 até dezembro de 2025, Novo Documento Descritivo e inclusão dos itens nas Cláusulas como segue:

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS ENCARGOS COMUNS

VI. 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;

VII - 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.

5.3- 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.

Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

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 27/008537/2021.

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 orienta os incisos III, IV e V, do art. 29 da Lei nº 8.666/1993, 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\$ 3.710.640,18** (três milhões setecentos e dez mil seiscentos e quarenta reais e dezoito centavos), sendo **R\$ 230.640,18** (duzentos e trinta mil seiscentos e quarenta reais e dezoito centavos) do Fundo Nacional de Saúde-FNS, **R\$ 600.000,00** (seiscentos mil reais) do Fundo Especial de Saúde-FESA, e **R\$ 2.880.000,00** (dois milhões oitocentos e oitenta mil reais) 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

Quadro 01: Programação Orçamentária

Descrição	Valor Mensal (R\$)	Valor Total (R\$)
Componente Pré-Fixado		
Recurso Federal		
Média Complexidade Ambulatorial (SIA)	1.365,92	8.195,52
Média Complexidade Hospitalar (SIH)	37.074,11	222.444,66
Subtotal (1)	38.440,03	230.640,18
Recurso Estadual		
Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: • Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica	50.000,00	300.000,00
Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: • Parto e Nascimento	50.000,00	300.000,00
Subtotal (2)	100.000,00	600.000,00
Recurso Municipal		
Incentivo Municipal à Contratualização	480.000,00	2.880.000,00
Subtotal (3)	480.000,00	2.880.000,00
TOTAL Pré-Fixado (1 + 2 + 3)	618.440,03	3.710.640,18

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.
- 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.

- 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, similamente, 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

§ 1º 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: 20.27901.10.302.2200.6010.0118

Localizador: Hospitais de Pequeno Porte Macro Centro

Natureza da Despesa – 33504102

Nota de Empenho Inicial da fonte 0150010021: 2025NE001752 (e seus aditivos)

Data: 14/03/2025

Valor: R\$ 780.000,00

Funcional Programática: 20.27901.10.302.2200.6010.0118

Localizador: Hospitais de Pequeno Porte Macro Centro

Natureza da Despesa – 33504102

Nota de Empenho Inicial da fonte 0160080091: 2025NE001753 (e seus aditivos)

Data: 14/03/2025

Valor: R\$ 384.400,30

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 01 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, as quais permanecem como boas e valiosas tais como se encontram redigidas.

CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

A SECRETARIA providenciará a publicação do extrato do presente Termo Aditivo no Diário Oficial do Estado, em conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93.

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 presente Termo de Contratualização e seus aditivos 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/MS, *data da última assinatura digital.*

JOAO FERNANDO
GUESSY
BRAGA:00666683107

Assinado de forma digital por
JOAO FERNANDO GUESSY
BRAGA:00666683107
Dados: 2025.10.29 15:50:53 -03'00'

João Fernando Guessy Braga
Secretária Municipal de Saúde

MANOEL
APARECIDO DA
SILVA:52829774
191

Assinado de forma
digital por MANOEL
APARECIDO DA
SILVA:52829774191
Dados: 2025.10.30
07:21:48 -04'00'

Manoel Aparecido da Silva
Prefeito do Município



Documento assinado digitalmente
AGUINALDO GONCALVES ESTADULHO
Data: 29/10/2025 17:37:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aguinaldo Gonçalves Estadulho
Presidente da Associação Beneficente
Ruralista de Assistência Médica Hospitalar

MAURICIO SIMOES CORREA

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



Maurício Simões Corrêa
Secretário de Estado de Saúde

Testemunhas:



Nome:
CPF:

Documento assinado digitalmente
JUSELMA ANDRADE BENITES
Data: 29/10/2025 17:25:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Documento assinado digitalmente
LUCIANA DA SILVA PEREIRA
Data: 29/10/2025 18:09:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nome:
CPF:



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: C2E8C-ZUQ86-DJK3X-2Y9DN

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF ***.214.867-**) em 30/10/2025 18:45 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
172.20.15.222	Lat: -20,452212 Long: -54,556446
	Precisão: 12 (metros)
Autenticação	ECM-PROC-ADM
Aplicação externa	
ZrcS3xDHp82OH2TD8UJWJkXWEz6QMoRZkeYSjDr+SMc=	
SHA-256	

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/C2E8C-ZUQ86-DJK3X-2Y9DN>

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>

20.27901.10.302.2200.6010.0115, Localizador: Hospitais Filantrópicos Macro Cone Sul, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0150010021: 2025NE004567 (e seus aditivos), Data: 02/06/2025, Valor: R\$ 182.221,02

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

Zilda Cordeiro dos Santos - CPF nº ***.257.741-** - Hospital

Rosaria de Fatima Ivantes Lucca Andrade - CPF n. ***.050.021-**- Município

Fabio Roberto Dias Dona - CPF n. ***.268.711-**- SMS/FMS

Extrato do Décimo Sétimo Termo Aditivo ao Termo de Contratualização n. 31.058/2021

Processo n. 27/008537/2021

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; Associação Beneficente Ruralista de Assistência Médica Hospitalar de Anastácio, CNPJ/MF nº 05.246.563/0001-88, Município de Anastácio, CNPJ n. 03.452.307/0001-11, Secretaria Municipal de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde CNPJ n. 11.332.999/0001-92.

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 01 de novembro de 2025 e término no dia 30 de abril de 2026, prorrogação de vigência do 15º Termo Aditivo ao Termo de Contratualização nº 31.058/21 até dezembro de 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; 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\$ 3.710.640,18, sendo: R\$ 230.640,18 do Fundo Nacional de Saúde-FNS; R\$ 600.000,00 do Fundo Especial de Saúde-FESA; e R\$ 2.880.000,00 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: 20.27901.10.302.2200.6010.0118, Localizador: Hospitais de Pequeno Porte Macro Centro, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0150010021: 2025NE001752 (e seus aditivos), Data: 14/03/2025, Valor: R\$ 780.000,00; Funcional Programática: 20.27901.10.302.2200.6010.0118, Localizador: Hospitais de Pequeno Porte Macro Centro, Natureza da Despesa – 33504102, Nota de Empenho da fonte 0160080091: 2025NE001753 (e seus aditivos), Data: 14/03/2025, Valor: R\$ 384.400,30

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: 30/10/2025

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

Manoel Aparecido da Silva - CPF n. nº ***.297.741-** - Município

João Fernando Guessy Braga - CPF n. ***.638.107-** - SMS/FMS

Aguinaldo Gonçalves Estadulho- CPF n. ***.135.061-** - Hospital

Extrato do Oitavo Termo Aditivo ao Termo de Contratualização n. 31.062/2021

Processo n. 27/008538/2021

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 Aral Moreira - CNPJ n. 03.759.271/0001-13, Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde - CNPJ n. 13.865.216/0001-61

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 31 de outubro 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

Anexo Único**Documento Descritivo****(Ano 2025/2026)****CRITÉRIOS PARA REPASSE DE VALORES
PREFIXADOS DA CONTRATUALIZAÇÃO****Hospital:** Associação Beneficente Ruralista de Assistência Médica Hospitalar de Anastácio – Anastácio/MS**CNES:** 2558610

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.

Fonte	Valor Mensal
Recurso Federal	R\$ 38.440,03
Recurso Estadual – Incentivo Estadual à Contratualização	
Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica	R\$ 50.000,00
Parto e Nascimento	R\$ 50.000,00
Recurso Municipal	R\$ 480.000,00

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	333	666
Clínica gineco-obstétrica		
Clínica pediátrica		

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\$ 38.440,03 (trinta e oito mil quatrocentos e quarenta reais e três 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
Eixo Assistência à Saúde			
1	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. Fonte: SIA/SUS.	Produção aprovada mensalmente 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. 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. Fonte: SIA/SUS.	Produção aprovada mensalmente no sistema de informação oficial do SUS.

4	Taxa de internações clínicas de média complexidade realizadas/aprovadas no Hospital Local.	Fórmula de Cálculo: 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; 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; Fonte: SIH/SUS.	Taxa de internação $\geq 50\%$ (L/M) Taxa de internação $\geq 60\%$ (A/R)
5	Taxa de internações pediátricas de média complexidade realizadas/aprovadas no Hospital Local.	Fórmula de Cálculo: 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; 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; Fonte: SIH/SUS.	Taxa de internação $\geq 50\%$ (L/M) Taxa de internação $\geq 60\%$ (A/R)

6	Taxa de internações para residentes de outros municípios.	Fórmula de Cálculo: Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de residentes de outros municípios no Hospital. Denominador = Quantidade total de AIH aprovadas no Hospital, multiplicado por 100; Fonte: SIH/SUS.	Taxa de internação >10% (A/R)
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.	Fórmula de Cálculo: Numerador = profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem com capacitação em urgência e emergência Denominador = Quantidade total de profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem que atuam no Hospital; Fonte: Certificados dos cursos/capacitações com validade máxima de 36 meses.	≥70% da equipe atuante no pronto atendimento
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 https://ilas.org.br/wp-content/uploads/2022/05/roteiro-de-implementacao-isbn-1.pdf	Verificar protocolo de SEPSE	Apresentar protocolo SEPSE

Eixo Gestão			
9	Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores a seguir: - Taxa de ocupação; - Média de permanência; - Taxa de reinternações.	Conferência dos Relatórios de indicadores elaborados pelo hospital, mensalmente.	Apresentar relatório mensal
Eixo Avaliação			
10	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela equipe da AudSUS. 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. Periodicidade da avaliação: Semestral	Aplicar formulário padronizado à no mínimo 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica. 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
Eixo Assistência à Saúde			
1	Taxa de procedimentos obstétricos de média complexidade	Fórmula de Cálculo: Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de mulheres residentes no município do Hospital, com	Taxa $\geq 80\%$

	realizados/aprovados no Hospital.	procedimento principal obstétrico; 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; Fonte: SIH/SUS.	
2	Adotar lista de verificação para parto seguro (LVPS), conforme resolução Estadual obrigatória, N. 473, de 23 de outubro de 2025. Documento referência da OMS: https://iris.who.int/serve/r/api/core/bitstreams/1206f01c-9f7e-41a8-9457-79df48307883/content	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 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: 0310010047 Parto Normal em Gestação De Alto Risco 0310010055 Parto Normal em Centro De Parto Normal 0411010026 Parto Cesariano em Gestação De Alto Risco 0411010034 Parto Cesariano 0411010042 Parto Cesariano C/ Laqueadura Tubaria Fonte: SIH	Realizar ≥ 100 partos por ano
5	Manter médico Obstetra e pediatra (ambos com RQE) com disponibilidade para	Conferência da Escala de médicos e folha de frequência.	Cobertura integral de 24 (vinte e quatro) horas por dia,

	atendimento 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	Fonte: Escala de Plantão e folha de frequência.	em todos os dias da semana (A/R)
Eixo Gestão			
6	Apresentação do Relatório de Monitoramento Mensal do Índice de Mortalidade Materna.	Conferência dos Relatórios de indicadores elaborados pelo hospital, mensalmente.	Apresentar relatório mensal
Eixo Avaliação			
7	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela equipe da AudSUS. Periodicidade da avaliação: semestral.	Incluir, nos hospitais que realizam partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados. Aplicar formulário padronizado e utilizar os 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 $\geq 80\%$

Campo Grande/MS, data da última assinatura digital.

JOAO FERNANDO
GUESSY
BRAGA:00666683107

Assinado de forma digital por JOAO FERNANDO GUESSY BRAGA:00666683107
Dados: 2025.10.29 15:52:02 -03'00'

João Fernando Guessy Braga
Secretária Municipal de Saúde

MANOEL
APARECIDO DA
SILVA:528297741
91

Assinado de forma digital por MANOEL APARECIDO DA SILVA:52829774191
Dados: 2025.10.30 07:20:59 -04'00'

Manoel Aparecido da Silva
Prefeito do Município

gov.br

Documento assinado digitalmente
AGUINALDO GONCALVES ESTADULHO
Data: 29/10/2025 17:42:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aguinaldo Gonçalves Estadulho
Presidente da Associação Beneficente
Ruralista de Assistência Médica Hospitalar

MAURICIO SIMOES CORREA

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

DELLOS Sign
powered by Osos Tecnologia S.A

Maurício Simões Corrêa
Secretário de Estado de Saúde

Testemunhas:

Nome
CPF:

gov.br

Documento assinado digitalmente

JUSELMA ANDRADE BENITES
Data: 29/10/2025 17:26:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Esse documento foi
<https://api.sign.e-ms>

Nome:
CPF:

Para validar o documento e suas assinaturas acesse
TKZ

gov.br

Documento assinado digitalmente
LUCIANA DA SILVA PEREIRA
Data: 29/10/2025 18:11:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: CYYTD-HTC2E-L6VJ9-W9TKZ

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF ***.214.867-**) em 31/10/2025 09:05 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
172.20.15.222	Lat: -20,452210 Long: -54,556440
	Precisão: 12 (metros)
Autenticação	ECM-PROC-ADM
Aplicação externa	
HK0Xpkw1xne6zQNfEwToo8N2O63jvszVfFkeO1IbFQI=	
SHA-256	

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/CYYTD-HTC2E-L6VJ9-W9TKZ>

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>