

**Nono Termo Aditivo ao Termo de Contratualização  
nº 33.033/2023 que entre si celebram o Estado de  
Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de  
Estado de Saúde, e a Fundação Educacional e de  
Saúde de Sonora, com a participação do Município  
de Sonora 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 n. 15.412.257/0001-28, por meio da **Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o n. 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, a Fundação Educacional e de Saúde de Sonora**, CNPJ/MF n. 02.251.214/0001-66, com sede na Rua Três de Junho, n. 78, Centro, Sonora/MS, representado neste ato por seu **Presidente Sr. Fátima de Araújo Evangelista Maggioni**, brasileira, portador do RG n. 10\*\*\*72 SEJUSP/MS e do CPF/MF n. \*\*\*.670.761-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Sonora/MS, doravante denominado **HOSPITAL**, e o **Município de Sonora**, inscrito no CNPJ/MF n. 24.651.234/0001-67, com sede na Avenida Marcelo Miranda Soares, n. 750, Centro, Sonora/MS, neste ato representado pela **Prefeita Sra. Maria Clarice Ewerling**, brasileira, portador do RG n. 6\*\*\*57 SSP/MS e CPF/MF n. \*\*\*.319.271-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Sonora/MS, a **Secretaria Municipal de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde**, devidamente inscrito no CNPJ/MF n. 10.381.732/0001-22, neste ato representado pela sua **Secretária Municipal de Saúde Sra. Ivana Maria Paiao**, brasileira, portadora do RG n. 16\*\*\*334 SSP/SP e do CPF nº \*\*\*.785.838-\*\*, residente e domiciliada na cidade Sonora/MS, doravante denominado **MUNICÍPIO**, que celebram o presente **TERMO ADITIVO**, autuado no Processo Administrativo nº 27/005575/2023.

**DO FUNDAMENTO LEGAL:** O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes; na Lei Complementar Federal nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal; nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e suas

Esse documento foi assinado por MAURÍCIO SIMÕES CORRÉA. Para validar o documento e suas assinaturas acesse  
<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/D98XR-GMDE2-MZ3AD-ZLCXE>

alterações posteriores (Leis Orgânicas da Saúde), Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018); Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais); na Portaria GM/MS nº 2.314/2005; Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017; o Decreto Estadual nº 11.261/2003; 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 suas alterações, nas demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e alterações posteriores, mediante as seguintes Cláusulas e condições:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Termo Aditivo tem por objeto 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 11 (onze) meses, com início no dia 28 de novembro de 2025 e término no dia 31 de outubro de 2026 e Novo Documento Descritivo e inclusão dos itens nas Cláusulas como seguem:

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

### **I – DO HOSPITAL:**

#### **a) Do Eixo de Assistência**

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 NONA – 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 nos autos.

## **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 Convenentes, correspondente ao Cadastro de Convenentes 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\$ 8.051.806,84** (oito milhões e cinquenta e um mil e oitocentos e seis reais e oitenta e quatro centavos), sendo:

- **R\$ 351.806,84** (trezentos e cinquenta e um mil e oitocentos e seis reais e oitenta e quatro centavos) do Fundo Nacional de Saúde-FNS;
- **R\$ 1.100.000,00** (um milhão e cem reais) do Fundo Especial de Saúde-FESA;
- **R\$ 6.600.000,00** (seis milhões e seiscentos 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**

| <b>Descrição</b>  | <b>Valor Mensal<br/>(R\$)</b> | <b>Valor Anual<br/>(R\$)</b> |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| <b>Componente Pré-Fixado</b>  |                               |                              |
| <b>Recurso Federal</b>  |                               |                              |
| Média Complexidade Ambulatorial (SIA)   | 11.380,84                     | 125.189,24                   |
| Média Complexidade Hospitalar (SIH)   | 20.601,60                     | 226.617,60                   |
| <b>Subtotal (1)</b>   | <b>31.982,44</b>              | <b>351.806,84</b>            |
| <b>Recurso Estadual</b>   |                               |                              |
| Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço:<br>• <b>Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica</b> | 50.000,00                     | 550.000,00                   |
| Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço:<br>• <b>Parto e Nascimento</b>  | 50.000,00                     | 550.000,00                   |
| <b>Subtotal (2)</b>   | <b>100.000,00</b>             | <b>1.100.000,00</b>          |
| <b>Recurso Municipal</b>  |                               |                              |
| Incentivo Municipal à Contratualização  | 600.000,00                    | 6.600.000,00                 |
| <b>Subtotal (3)</b>   | <b>600.000,00</b>             | <b>6.600.000,00</b>          |
| <b>TOTAL (1 + 2 + 3)</b>  | <b>731.982,44</b>             | <b>8.051.806,84</b>          |

#### I – Componente Pré-fixado:

- a. 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.
- b. Os recursos financeiros do Componente prefixado que estão vinculados ao cumprimento de metas quantitativas e aos critérios de adesão, referem-se aos

Esse documento foi assinado por MAURICIO SIMOES CORREA. Para validar o documento e suas assinaturas acesse  
<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/D98XR-GMDE2-MZ3AD-ZLCXE>

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 pontuação 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 0160080091:** 2025NE009880

**Data:** 03/11/2025

**Valor:** R\$ 63.964,88

**Nota de Empenho inicial da fonte 0150010021:** 2025NE009992

**Data:** 04/11/2025

**Valor:** R\$ 120.000,00

### 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 RATIFICAÇÃO

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

### CLÁUSULA SÉTIMA- DA PUBLICAÇÃO

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

### CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo terá sua vigência pelo período de 11 (onze) meses, com início no dia 28 de novembro de 2025 e término no dia 31 de outubro de 2026.

### 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 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 instrumento para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

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

Documento assinado digitalmente  
**gov.br**  
IVANA MARIA PAIAO  
Data: 13/11/2025 18:10:33-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Ivana Maria Paiao**  
Secretária Municipal de Saúde

MARIA CLARICE Assinado de forma digital por  
EWERLING:52931927104  
27104 MARIA CLARICE  
EWERLING:52931927104  
Dados: 2025.11.14 07:22:31  
-04'00'

**Maria Clarice Ewerling**  
Prefeito

Documento assinado digitalmente  
**gov.br**  
FATIMA DE ARAUJO EVANGELISTA MAGGIONI  
Data: 13/11/2025 18:36:26-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Fátima de Araújo Evangelista Maggioni**  
Presidente da Fund.Educ. de Saúde de Sonora

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


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

Testemunhas:

Documento assinado digitalmente  
**gov.br**  
PETRYSON PAIVA COSTA  
Data: 14/11/2025 11:26:05-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
**gov.br**  
CAROLINE MAGALHAES DE ASSIS LIRA  
Data: 14/11/2025 11:37:14-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Esse documento foi assinado por MAURICIO SIMOES CORREA. Para validar o documento e suas assinaturas acesse  
<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/D98XR-GMDE2-MZ3AD-ZLCXE>



# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: D98XR-GMDE2-MZ3AD-ZLCXE

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF \*\*\*.214.867-\*\*) em 25/11/2025 16:18 -  
Assinado eletronicamente

|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| Endereço IP       | Geolocalização  |  |
| 172.20.15.222     | Lat: -20,452207 Long: -54,556446  |  |
|                   | Precisão: 11 (metros)   |  |
| Autenticação      | ECM-PROC-ADM  |  |
| Aplicação externa | <p><b>gS2/tF xvR+er1lprFEojr0bwymIXqvuV6LfTLMIPgOY=</b><br/>SHA-256</p> |  |

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/D98XR-GMDE2-MZ3AD-ZLCXE>

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>

Superintendência de Governança Hospitalar  
Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

**Anexo Único**

**Documento Descritivo**

**(Ano 2025-2026)**

**CRITÉRIOS PARA REPASSE DE VALORES PRÉ-FIXADOS DA CONTRATUALIZAÇÃO**

**Hospital Rachid Saldanha Derzi – Sonora MS (LOCAL)**

**CNES:** 2361027

1. Os valores pré-fixados 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 (MAC)</b>                                    | <b>R\$ 31.982,44</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\$ 600.000,00</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 ( $10 \times 6$  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.

## Superintendência de Governança Hospitalar

### Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

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            |                |            |
| Clínica gineco-obstétrica | 287            | 574        |
| 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 - Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica;
- 03.01.06.007-0 - Diagnóstico 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\$ **31.982,44 (trinta e um mil novecentos e oitenta e dois reais e quarenta e quatro 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

## Superintendência de Governança Hospitalar

Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares 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> |                      |                                 |      |

## Superintendência de Governança Hospitalar

### Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>1</b><br>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 no sistema de informação oficial do SUS.               |
| <b>2</b><br>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, |
| <b>3</b><br>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 Radiología (Subgrupo 02.04), Eletrocardiograma (Subgrupo 02.11), Ultrassom (Subgrupo 02.05) disponíveis no Banco | Consulta aos dados de produção ambulatorial (SADT) dos procedimentos de Diagnóstico Laboratorial (Subgrupo 02.02), Diagnóstico por Radiología (Subgrupo 02.04), Eletrocardiograma (Subgrupo 02.11), Ultrassom (Subgrupo 02.05) disponíveis no Banco                          | Produção aprovada mensalmente no sistema de informação oficial do SUS.               |

## Superintendência de Governança Hospitalar

### Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

|          |   |   |  |
|----------|---|---|--|
|          | 02.11), Ultrassom (Subgrupo 02.05), assegurando suporte às demandas assistenciais pactuadas, tanto ambulatoriais quanto hospitalares; | Nacional de Dados do Ministério da Saúde.<br><br>Fonte: SIA/SUS.  |  |
| <b>4</b> | Taxa de internações clínicas 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 maior 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 maior que 18 anos, multiplicado por 100; Fonte: SIH/SUS.</p> | Taxa de internação $\geq 50\%$ (L/M)<br><br>Taxa de internação $\geq 60\%$ (A/R) |
| <b>5</b> | 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</p>  | Taxa de internação $\geq 50\%$ (L/M)<br><br>Taxa de internação $\geq 60\%$ (A/R) |

## Superintendência de Governança Hospitalar

### Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

|          |  |   |  |
|----------|--|---|--|
|          |  | procedimento principal do Grupo 03 (Clínicos) e faixa etária igual ou menor que 18 anos, multiplicado por 100;<br><br>Fonte: SIH/SUS.   |  |
| <b>6</b> | Taxa de internações para residentes de outros municípios.  | Fórmula de Cálculo:<br><br>Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de residentes de outros municípios no Hospital.<br><br>Denominador = Quantidade total de AIH aprovadas no Hospital, multiplicado por 100;<br><br>Fonte: SIH/SUS.   | Taxa de internação >10% (A/R)                |
| <b>7</b> | 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:<br><br>Numerador = profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem com capacitação em urgência e emergência<br><br>Denominador = Quantidade total de profissionais plantonistas da equipe médica e de Enfermagem que atuam no Hospital;<br><br>Fonte: Certificados dos cursos/capacitações com validade máxima de 36 meses. | ≥70% da equipe atuante no pronto atendimento |

Superintendência de Governança Hospitalar

Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

|                    |  |  |   |
|--------------------|--|--|---|
| <b>8</b>           | 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 |
| <b>9</b>           | Possuir protocolo com fluxograma para atendimento de SEPSE.<br><br>Para referência utilizar:<br><b>ROTEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL GERENCIADO DE SEPSE</b><br><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> |  |  |   |
| <b>10</b>          | 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                           |

## Superintendência de Governança Hospitalar

### Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

| <b>Eixo Avaliação</b> |  |   |                                |
|-----------------------|--|---|--------------------------------|
| <b>11</b>             | Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela equipe da AudSUS.<br><br>Periodicidade da avaliação:<br>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 $\geq 80\%$ |
| <b>12</b>             | Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela equipe da AudSUS.<br><br>Periodicidade da avaliação:<br>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.**

Superintendência de Governança Hospitalar

Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

| 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 nº 473/2025 de 23/10/25, obrigatória.<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. |

### Superintendência de Governança Hospitalar

#### Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>3</b><br>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                                     |
| <b>4</b><br>Realização de, no mínimo, 100 partos por ano.   | Verificar a frequência dos procedimentos:<br>0310010047 Parto Normal em Gestação De Alto Risco<br>0310010055 Parto Normal em Centro De Parto Normal<br>0411010026 Parto Cesariano em Gestação De Alto Risco<br>0411010034 Parto Cesariano <br>0411010042 Parto Cesariano C/ Laqueadura Tubária<br>Fonte: SIH | Realizar $\geq$ 100 partos por ano  |
| <b>5</b><br>Manter médico Obstetra e pediatra (ambos com RQE) com disponibilidade para 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. | Conferência da Escala de médicos e folha de frequência.<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 (A/R) |

Superintendência de Governança Hospitalar

Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

**Eixo Gestão**

|          |   |  |                             |
|----------|---|--|-----------------------------|
| <b>6</b> | 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**

|          |   |  |                                |
|----------|---|--|--------------------------------|
| <b>7</b> | Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela equipe da AudSUS.<br><br>Periodicidade da avaliação: semestral.<br><br>. . | <b>Incluir, nos hospitais que realizam partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.</b><br><br>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 $\geq 80\%$ |
|----------|---|--|--------------------------------|

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



Documento assinado digitalmente

IVANA MARIA PAIAO  
Data: 19/11/2025 14:55:42-0300  
Verifique em <https://validar.it.br>

**Ivana Maria Paiao**  
Secretaria Municipal de Saúde



Documento assinado digitalmente  
MARIA CLARICE EWERLING  
Data: 19/11/2025 15:14:16-0300  
Verifique em <https://validar.it.br>

**Maria Clarice Ewerling**  
Prefeito

FATIMA DE ARAUJO  
EVANGELISTA  
MAGGIONI:83467076149  
Assinado de forma digital por  
FATIMA DE ARAUJO EVANGELISTA  
MAGGIONI:83467076149  
Dados: 2025.11.19 14:05:22-04'00'

**Fátima de Araújo Evangelista Maggioni**

Presidente da Fund.Educ. de Saúde de Sonora

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: AZFXP-V58DW-EETP8-CW4CY

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF \*\*\*.214.867-\*\*) em 25/11/2025 16:17 -  
Assinado eletronicamente

|   |   |
|---|---|
| Endereço IP   | Geolocalização  |
| 172.20.15.222                                       | Lat: -20,452207 Long: -54,556446<br>Precisão: 11 (metros) |
| Autenticação  | ECM-PROC-ADM  |
| Aplicação externa                                   |   |
| <b>I2VSssv10jNO928eyEPaXLGbh4DKS6PYMRZHxIxAZ3g=</b> |   |
| SHA-256   |   |

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/AZFXP-V58DW-EETP8-CW4CY>

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>