

**Décimo Quarto Aditivo ao Termo de Contratualização nº 33.029/2023 que entre si celebram o Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Bataguassu, com a participação do Município de Bataguassu, pela Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com o Programa Estadual de Contratualização dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Público de Saúde em Mato Grosso do Sul - CONTRATMS. (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, portador do RG nº 1\*\*\*454 SEJUSP/MS e inscrito no CPF/MF nº \*\*\*.214.867-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Campo Grande/MS, doravante denominada **SECRETARIA**, e a **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Bataguassu**, entidade sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ/MF nº 03.923.737/0001-74, com sede na Avenida Dias Barroso, nº 200, neste ato representado pelo **Presidente Sr. Ulisses Numman Galvan**, brasileiro, portador do RG nº 9\*\*\*526 SSP/PR e CPF/MF nº \*\*\*.834.378-\*\*, residente na cidade de Bataguassu/MS, doravante denominado **HOSPITAL**, e o **Município de Bataguassu**, inscrito no CNPJ nº 03.576.220/0001-56, com sede na Rua Dourados, nº 163, Bataguassu/MS, neste ato representado pela **Prefeita Srª. Wanderleia Duarte Caravina**, brasileira, portadora do RG nº 6\*\*\*94 SSP/MT e CPF/MF nº \*\*\*.731.491-\*\*, residente e domiciliado na cidade de Bataguassu/MS, a **Secretaria Municipal de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde**, devidamente inscrito no CNPJ/MF nº 10.836.939/0001-44, neste ato representado pelo seu **Secretária Municipal de Saúde Sra. Aline da Silva Cauneto**, brasileira, portadora do RG nº 2\*\*\*2256 SSP/SP e do CPF nº \*\*\*.868.558-\*\*, residente e domiciliada na cidade de Bataguassu/MS, doravante denominado **MUNICÍPIO**, resolvem de comum acordo, celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, autuado no Processo Administrativo nº 27/005560/2023.

**DO FUNDAMENTO LEGAL:** O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes; na Lei Complementar Federal nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal; nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e suas alterações posteriores (Leis Orgânica da Saúde); Decreto Federal nº 6.170/2007; Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais); na Portaria GM/MS nº 2.314/2005; Anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017; nas Resoluções nº 774/2007/SES-MS; 790/2007/SES-MS; 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), 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 27/005560/2023.

## 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 orienta os incisos III, IV e V, do art. 68 da Lei nº 14.133/2021, 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 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\$ 1.948.374,40** (um milhão novecentos e quarenta e oito mil trezentos e setenta e quatro reais e quarenta centavos), sendo:

**-R\$ 89.174,40 (oitenta e nove mil cento e setenta e quatro reais e quarenta centavos) do Fundo Nacional de Saúde-FNS;**

**- R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) do Fundo Especial de Saúde-FESA – componente pré fixado;**  
**- R\$ 752.000,00 (setecentos e cinquenta e dois mil reais) – do Fundo Especial de Saúde – FESA – componente pós-fixado;**

**- R\$ 707.200,00 (setecentos e sete mil e duzentos reais) do Fundo Municipal de Saúde-FMS,** a ser repassado ao HOSPITAL em parcelas mensais.

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

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

<b>Descrição</b>	<b>Valor Mensal (R\$)</b>	<b>Valor Total 02 Meses (R\$)</b>
<b>Componente Pré-Fixado</b>		
<b>Recursos Federais</b>		
Média Complexidade Ambulatorial (SAI)	44.587,20	89.174,40
<b>Subtotal (1)</b>	<b>44.587,20</b>	<b>89.174,40</b>
<b>Recurso Estadual</b>		
Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: • <b>Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica</b>	50.000,00	100.000,00
Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: • <b>Parto e Nascimento</b>	50.000,00	100.000,00
Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: • <b>Cirurgia Geral</b>	50.000,00	100.000,00
Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: • <b>Traumato-Ortopedia</b>	50.000,00	100.000,00
<b>Subtotal (2)</b>	<b>200.000,00</b>	<b>400.000,00</b>
<b>Recurso Municipal</b>		
Incentivo Municipal à Contratualização	353.600,00	707.200,00
<b>Subtotal (3)</b>	<b>353.600,00</b>	<b>707.200,00</b>
<b>TOTAL (1 + 2 + 3)</b>	<b>598.187,20</b>	<b>1.196.374,40</b>
<b>Componente Pós-Fixado</b>		
Incentivo Estadual à <b>Produção - Cirurgia Geral (Subgrupo 04.07) e Tramauto-Ortopedia (Subgrupo 04.08)</b>	<b>VALOR LIMITE</b>	
<b>TOTAL Pós-Fixado (4)</b>		<b>752.000,00</b>
<b>TOTAL (1+2+3+4)</b>		<b>1.948.374,40</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 pré-fixado 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.
- 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 a política de incentivo Estadual (Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's e Cirurgias Eletivas), será repassado ao HOSPITAL, pós-produção, (aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SES/MS, respeitado o limite do TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO para esses serviços;
- b. Corresponde aos valores variáveis baseados na produção efetivamente aprovada e processada no SIH/SUS, exclusivamente considerando os procedimentos principais, excluindo valores de procedimentos especiais ou complementares, relacionados ao Incentivo Estadual, conforme previsto no Documento Descritivo. O valor total devido nunca ultrapassará o teto financeiro estabelecido no Termo de Contratualização, conforme detalhado no quadro 01: Programação Orçamentária. Não há, entretanto, limite mensal para os repasses, desde que respeitado o valor global do teto anual estabelecido no contrato.
- c. O estabelecimento deverá monitorar o valor do componente pós-produção, de modo a assegurar que os valores apresentados e processados não ultrapassem o limite do teto financeiro estabelecido no Termo de Contratualização.
- d. 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:

**Funcional Programática:** 20.27901.10.302.2200.6010.0113

**Localizador:** Hospitais Contratualizados Macro Costa Leste

**Natureza da Despesa** – 33504102

**Nota de Empenho Inicial da Fonte 0150010021:** 2026NE004602

**Data:** 13/05/2026

**Valor:** R\$ 752.000,00

**Nota de Empenho Inicial da Fonte 0150010021:** 2026NE004603

**Data:** 13/05/2026

**Valor:** R\$ 400.000,00

**Nota de Empenho Inicial da Fonte 0160080091:** 2026NE002507

**Data:** 01/04/2026

**Valor:** R\$ 44.587,20

### 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 tem sua vigência a contar da assinatura até o término do Termo de Contratualização vigente.

### 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 o disposto na Lei 14.133/2021.

## CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

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

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

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

**ALINE DA  
SILVA  
CAUNETO:2  
2186855828**

Assinado digitalmente por ALINE DA  
SILVA CAUNETO:22186855828  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
- RFB, OU=RFB e CPF A1, OU=(EM  
BRANCO), OU=60125836000144, OU=  
videoconferencia, CN=ALINE DA SILVA  
CAUNETO:22186855828  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2026.05.15 16:01:03-03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.1

**Aline da Silva Cauneto**  
Secretária Municipal de Saúde

**ULISSES NUMMAN  
GALVAN:9708343  
7815**

Assinado de forma digital  
por ULISSES NUMMAN  
GALVAN:97083437815  
Dados: 2026.05.15 16:14:36  
-03'00'

**Ulisses Numman Galvan**  
Presidente da Irmandade da Santa Casa de  
Misericórdia de Bataguassu/MS

**WANDERLEIA  
DUARTE  
CARAVINA:432731  
49191**

Assinado digitalmente por WANDERLEIA DUARTE  
CARAVINA:43273149191  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Ce.licitacao Digital PF  
A1, OU=Interno de acesso, OU=603648449000158,  
OU=ICP-Signatário Municipal, CN=WANDERLEIA  
DUARTE CARAVINA:43273149191  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2026.05.15 17:23:32-03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 2025.1.0

**Wanderleia Duarte Caravina**  
Prefeita

*MAURICIO SIMOES CORREA*

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

  
powered by Casas Tecnologia S.A

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

Documento assinado digitalmente



**DANIELE FERREIRA DE SOUZA**

Data: 15/05/2026 16:20:55-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Testemunhas:

Nome:  
CPF:

Nome:  
CPF:



# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 5UBMW-UYC5P-5D25V-9D5H3

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF **\*\*\*.214.867-\*\***) em 25/05/2026 17:04 - Assinado eletronicamente

Endereço IP 172.20.15.222	Geolocalização Lat: -20,447771      Long: -54,564609 Precisão: 75 (metros)
Autenticação Aplicação externa	ECM-PROC-ADM
HvZ2OZ4G0xNEkk+jlsQ0VcQ1bnTYCQgJfh/V8V3kvvk=	
SHA-256	

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/5UBMW-UYC5P-5D25V-9D5H3>

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**

**(2026)**

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

**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Bataguassu/MS**

**CNES: 2371618**

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>	
Média Complexidade Ambulatorial (SAI) Média Complexidade Hospitalar (SIH)	<b>44.587,20</b>
<b>Recurso Estadual – Incentivo Estadual à Contratualização</b>	
Pronto Atendimento 24h e Clínica Médica Adulto e Pediátrica	<b>200.000,00</b>
Parto e Nascimento	
Cirurgia Geral	
Traumato-Ortopedia	
<b>Recurso Municipal</b>	
Incentivo Municipal à Contratualização	<b>353.600,00</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 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.

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	321	642
Clínica gineco-obstétrica		
Clínica pediátrica		
Cirurgia Geral	112	374
Traumato-Ortopedia		
-----		

4. O cálculo do cumprimento da meta de internações de Clínica médica, Obstetria 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;

b) Também serão desconsiderados, para fins de cálculo das metas previstas no caput, os procedimentos cirúrgicos pertencentes aos subgrupos abaixo, quando o estabelecimento estiver formalmente aderido a linhas específicas de incentivo estadual:

- Subgrupo 04.07 – Cirurgia Geral;
- Subgrupo 04.08 – Traumato-ortopedia;
- Subgrupo 04.09 – Cirurgia do Aparelho Geniturinário.

c) Para fins de apuração da meta de Clínica Gineco-Obstétrica, consideram-se incluídos todos os procedimentos obstétricos, abrangendo inclusive aqueles classificados no Subgrupo 04.11 – Cirurgia obstétrica

4. Em relação ao Recurso Federal - Média e Alta Complexidade (MAC), cujo valor mensal previsto é de **R\$ 44.587,20**, seu pagamento será realizado mensalmente, sendo que o valor

Superintendência de Governança Hospitalar  
Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

mensal a ser repassado será calculado conforme cumprimento das metas assistenciais (quadro 02) apuradas no semestre imediatamente anterior referente às internações aprovadas.

5. O pagamento do incentivo estadual para Cirurgia Geral será realizado mensalmente, porém o valor mensal a ser repassado será calculado com base no percentual de cumprimento das metas cirúrgicas apurada no semestre (quadro 02) imediatamente anterior referente às internações aprovadas.

6. 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).

7. 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 05

7.1 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.

7.2 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 04) pelo estabelecimento será verificado, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

**Quadro 04: 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

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.

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

4	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;          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;</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>
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>

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

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>	≥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 <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>			
10	<p>Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de ocupação;</li> <li>- Média de permanência;</li> <li>- Taxa de reinternações.</li> </ul>	Conferência dos Relatórios de indicadores elaborados pelo hospital, mensalmente.	Apresentar relatório mensal
<b>Eixo Avaliação</b>			

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

11	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 $\geq 80\%$
12	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 05) de adesão pelo estabelecimento será verificado, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

**Quadro 05: 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: Numerador = Quantidade de AIH aprovadas de mulheres residentes no município do Hospital, com 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.	Taxa $\geq 80\%$

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

2	<p>Adotar lista de verificação para parto seguro (LVPS), conforme resolução Estadual obrigatória</p> <p>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></p>	<p>Verificar a existência e o correto preenchimento da LVPS em uma amostra de 20% de prontuários.</p>	<p>100% de conformidade.</p>
3	<p>a) Possuir leito pré-parto, parto e pós-parto (PPP), de acordo com a Portaria de Consolidação nº03, Título II, Capítulo I</p> <p>b) Possuir Bloco cirúrgico obstétrico com no mínimo 1 sala devidamente equipada.</p>	<p>Verificação da conformidade da Portaria</p>	<p>Atender os critérios definidos nas normas mencionadas</p>
4	<p>Realização de, no mínimo, 100 partos por ano.</p>	<p>Verificar a frequência dos procedimentos:</p> <p>0310010047 Parto Normal em Gestaçao De Alto Risco          0310010055 Parto Normal em Centro De Parto Normal          0411010026 Parto Cesariano em Gestaçao De Alto Risco          0411010034 Parto Cesariano           0411010042 Parto Cesariano C/ Laqueadura Tubaria</p> <p>Fonte: SIH</p>	<p>Realizar <math>\geq 100</math> partos por ano</p>
5	<p>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</p>	<p>Conferência da Escala de médicos e folha de frequência.          Fonte: Escala de Plantão e folha de frequência.</p>	<p>Cobertura integral de 24 (vinte e quatro) horas por dia, em todos os dias da semana (A/R)</p>
<b>Eixo Gestão</b>			

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

6	Apresentação do Relatório de Monitoramento Mensal do Índice de Mortalidade Materna.	Conferência dos Relatórios de indicadores elaborados pelo hospital, mensalmente.	Apresentar relatório mensal
<b>Eixo Avaliação</b>			
7	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela equipe da AudSUS. Periodicidade da avaliação: semestral.	<b>Incluir, nos hospitais que realizam partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.</b> 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 $\geq 80\%$

**Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: - Cirurgia Geral**  
**Valor do Incentivo: 50.000,00**

O valor do incentivo será proporcional ao cumprimento de metas semestrais previstas no quadro 03 e o pagamento será realizado mensalmente. Semestralmente, o cumprimento dos critérios de adesão (quadro 06) pelo estabelecimento será verificado, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

**Quadro 06:** Critérios e Metas. Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: - Cirurgia Geral

Nº	Critério / Indicador	Método de verificação/aferição.	Meta
<b>EIXO ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>			
1	Frequência de procedimentos superior a 100 (cem) cirurgias do subgrupo 04.07, no ano	Verificar a frequência dos procedimentos do subgrupo 04.07 registrados no SIH/SUS, ao ano. Fonte: SIH.	Realizar $\geq 100$ cirurgias do subgrupo 04.07
2	Disponibilidade de médico plantonista para intercorrências com atendimento de urgência e cirurgias eletivas.	Conferência da Escala de médicos 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	Possuir bloco cirúrgico com no mínimo 01 sala equipada adequadamente (mesa cirúrgica e acessórios, equipamento de	Atender aos critérios definidos	Possuir bloco cirúrgico, conforme descrição.

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

	anestesia, mesas auxiliares, bisturi elétrico, aspirador de secreções, foco de teto e auxiliar, carrinho completo de emergência e gases medicinais disponíveis);		
4	Possuir Sala de Recuperação Pós-anestésica com monitores e carrinho de emergência.	Atender aos critérios definidos	Possuir Sala de Recuperação, conforme descrição
5	Possuir serviço próprio ou terceirizado para a garantia da limpeza e esterilização dos materiais de acordo com as normas sanitárias; a) Registro diário do teste biológico no primeiro ciclo do dia da autoclave b) Registro do teste de monitoramento com integrador químico em cada carga da autoclave	Atender aos critérios definidos No caso de serviço terceirizado apresentar Licença Sanitária vigente	100% de conformidade.
6	Adotar lista de verificação cirúrgica, conforme documento referência da OMS: <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/lista_verificacao_seguranca_cirurgica.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/lista_verificacao_seguranca_cirurgica.pdf</a>	Verificar a existência e o correto preenchimento da lista em uma amostra de 20% de prontuários.	100% de conformidade.

**Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: - Traumatologia**  
**Valor do Incentivo: R\$ 50.000,00 mensal**

O valor do incentivo será proporcional ao cumprimento de metas semestrais previstas no quadro 02 e o pagamento será realizado mensalmente. Semestralmente, o cumprimento dos critérios de adesão (quadro 06) pelo estabelecimento será verificado, para que o mesmo permaneça recebendo o incentivo.

Quadro 06: Critérios e Metas. Incentivo Estadual à Contratualização de Serviço: - Traumatologia

Nº	Critério / Indicador	Método de verificação/afecção.	Meta
<b>EIXO ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>			
1	Frequência de procedimentos superior a 100 (cem) cirurgias de Traumatologia-Ortopedia do	Verificar a frequência dos procedimentos do subgrupo 04.08 registrados no SIH/SUS, ao ano.	Realizar ≥100 cirurgias do subgrupo 04.08

Superintendência de Governança Hospitalar  
 Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

	subgrupo 04.08, no ano	Fonte: SIH.	
2	Médico Traumatologista, comprovado com RQE, como responsável técnico da equipe de ortopedia.	Conferência do Termo de Contratualização e comprovante de especialidade. Fonte: Termo de Contratualização e comprovante de especialidade reconhecida (RQE)	Atender os critérios.
3	Possuir bloco cirúrgico com arco cirúrgico e intensificador de imagens, e laudos de controle de imagem, anualmente.	Verificar registros de laudos de controle de qualidade de imagem e atender aos critérios definidos, anualmente.	Atender os critérios (A/R).
4	Possuir Sala de Gesso	Visita in loco	Possuir Sala de Gesso
5	Atender aos pré-requisitos da cirurgia geral, conforme resolução PEHOSP.	Conferir critérios do incentivo de Cirurgia Geral	Conformidade dos requisitos da Adesão do incentivo de Cirurgia Geral.
6	Adotar lista de verificação cirúrgica, conforme documento referência da OMS: <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/cartazes/lista_verificacao_seguranca_cirurgica.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/cartazes/lista_verificacao_seguranca_cirurgica.pdf</a>	Verificar a existência e o correto preenchimento da lista em uma amostra de 20% de prontuários.	100% de conformidade.

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

**Incentivo Estadual à Produção - Cirurgia Geral (Subgrupo 04.07)**

O pagamento do Incentivo Estadual à Produção - Cirurgia Geral (Subgrupo 04.07) será realizado mensalmente. O valor pago será calculado com base exclusivamente no procedimento principal aprovado e processado no SIH/SUS e SIA/SUS, excluindo valores referentes a procedimentos especiais, secundários ou complementares.

Nos casos de cirurgias múltiplas registradas na mesma AIH (ex: 04.15.01.001-2) e outros procedimentos sequenciais (04.15.02), adota-se o seguinte critério:

- O primeiro procedimento principal é custeado integralmente (100% do valor);
- O segundo procedimento principal, quando for principal e compatível, é custeado em 75% do valor SIGTAP.

Superintendência de Governança Hospitalar  
Coordenadoria de Contratualização de Serviços Hospitalares

O Valor de produção desses procedimentos será de 3X “tabelas SUS” (Valor do procedimento no SIGTAP), limitado ao teto de 100% do valor contratado.

Incentivo Estadual à **Produção - Traumatologia (Subgrupo 04.08)**

O pagamento do Incentivo Estadual à Produção - Traumatologia (Subgrupo 04.08) será realizado mensalmente. O valor pago será calculado com base exclusivamente no procedimento principal aprovado e processado no SIH/SUS e SIA/SUS, excluindo valores referentes a procedimentos especiais, secundários ou complementares.


Nos casos de cirurgias múltiplas registradas na mesma AIH (ex: 04.15.01.001-2) e outros procedimentos sequenciais (04.15.02), adota-se o seguinte critério:

- O primeiro procedimento principal é custeado integralmente (100% do valor);
- O segundo procedimento principal, quando for principal e compatível, é custeado em 75% do valor SIGTAP.

O Valor de produção desses procedimentos será de 4X “tabelas SUS” (Valor do procedimento no SIGTAP), limitado ao teto de 100% do valor contratado.

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

Documento assinado digitalmente


 **ALINE DA SILVA CAUNETO**  
Data: 19/05/2026 14:53:31-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**ULISSES NUMMAN GALVAN**  
Assinado de forma digital por ULISSES NUMMAN GALVAN:97083437815  
Dados: 2026.05.20 11:32:36 -03'00'

**Aline da Silva Cauneto**  
Secretária Municipal de Saúde

**Ulisses Numman Galvan**  
Presidente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Bataguassu/MS

**WANDERLEIA DUARTE CARAVINA**  
Assinado digitalmente por WANDERLEIA DUARTE CARAVINA:43273149191  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Certificado Digital PF-A3, OU=Videoconferencia, OU=39342649000126, OU=AC\_SingularID Multiss, CN=WANDERLEIA DUARTE CARAVINA:43273149191  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2026.05.19 14:44:29 -03'00'  
Fax: PDF Reader Versão: 2025.1.0

*MAURICIO SIMOES CORREA*  
Assinado eletronicamente por:  
**MAURICIO SIMOES CORREA**  
CPF: \*\*\*.214.867-\*\*  
  
powered by Osas Tecnologia SA

**Wanderleia Duarte Caravina**  
Prefeita

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



## MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 6GC5Y-AHSEG-JC6VT-GX8CG

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

- ✓ MAURICIO SIMOES CORREA (CPF **\*\*\*.214.867-\*\***) em 25/05/2026 17:45 - Assinado eletronicamente

Endereço IP 172.20.15.222	Geolocalização Lat: -20,447541      Long: -54,564938 Precisão: 90 (metros)
Autenticação Aplicação externa	ECM-PROC-ADM
/Uin1JOn2mQld7iX67PDYfkgvW9/tFbMT11lMssWi0=	
SHA-256	

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

<https://api.sign.e-ms.ms.gov.br/validate/6GC5Y-AHSEG-JC6VT-GX8CG>

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>