

**TERMO DE COLABORAÇÃO nº 10/2021**

**TERMO DE COLABORAÇÃO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR  
SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E O  
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO  
AMORIM – CEJAM**

Aos quinze dias do mês de setembro de 2021, de um lado o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, CNPJ nº 042.498.733/0001-48, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na Rua Afonso Cavalcanti nº. 455 Bloco I, sala 701, Cidade Nova - Rio de Janeiro, neste ato representada pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde, Sr. **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo DETRAN, CPF nº 290.210.958-07 e de outro lado, o **CENTRO DE ESTUDO E PESQUISA DR. JOÃO AMORIM - CEJAM**, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, com sede na Estrada do Galeão, 2750 – Bairro Portuguesa, Ilha do Governador, Rio de Janeiro/RJ, inscrito no CNPJ sob o nº 66.518.267/0011-55, neste ato representado por seus representantes legais, **TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**, brasileiro casado, portador da carteira de identidade nº 11.607.342-0, expedida pelo IFP, e inscrito no CPF sob o nº 016.474.207-76 e **VIVIVAN MARTINS FOLLY**, brasileira, solteira, portador da carteira de identidade nº 25.657.464-1, expedida pelo 20/03/2007, e inscrito no CPF sob o nº 096.102.507.77, após regular Chamamento Público nº 016/2021, com fundamento na Lei Federal nº 13.019/2014 e no Decreto Municipal nº 42.696/2016 e suas alterações, e consoante autorização do Sr. Secretário Municipal de Saúde, devidamente publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, em 14/09/2021, às fls.55/56v, assinam o presente TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO, mediante as seguintes CLÁUSULAS e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

O presente TERMO reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31.07.2014 e suas alterações; do Decreto nº 42.696 de 2016; do Decreto nº 21.083, de 20.02.2002; do Decreto nº 32.318, de 7.06.2010; pelas normas do Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº 01, de 13.09.1990; pelas normas do Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.1981 e suas alterações; bem como pelas demais normas citadas no Edital de Chamamento Público n.º 016/2021, as quais a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO**

O presente TERMO tem por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde pela **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, no **HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE E CER ILHA DO GOVERNADOR** bem como a promoção de todas as atividades constantes

   1

do Plano de Trabalho (Anexo I) e da Planilha de Custos (Valores Base\_) (Anexo II).

2.1. A execução do presente termo dar-se-á pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, observadas todas as condições propostas pela instituição na Proposta Técnica e Econômica e no Edital.

a) Passarão a ser geridas de imediato pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

Unidade	Endereço	Bairro	Início de operação previsto	Abreviação a ser utilizada
Hospital Municipal Evandro Freire	Estrada do Galeão, 2920. CEP: 21060-010	Ilha do Governador	27/09/2021	HMEF
CER Ilha do Governador	Estrada do Galeão, 2920. CEP: 21060-010	Ilha do Governador	27/09/2021	CER Ilha

#### **PARÁGRAFO ÚNICO**

Este **TERMO DE COLABORAÇÃO** segue os preceitos da Lei Federal nº 13.019, de 31.07.2014 e suas alterações; do Decreto nº 42696 de 2016 e deve ser executado em observância à:

I - especificação do programa de trabalho, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL no exercício de suas funções;

III – disponibilidade permanente de documentação para auditoria do Poder Público;

IV - vedação à cessão total ou parcial do objeto fim do termo de cooperação e fomento pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL;

V - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS;

VI - o orçamento, o Cronograma Mensal de Desembolso e Metas Físicas e as fontes de receita para a sua execução (Anexo F);

VII - vinculação dos repasses financeiros que forem realizados pelo Poder Público ao cumprimento das metas pactuadas no termo de cooperação e à aprovação das prestações de contas até o penúltimo mês anterior;

VIII - discriminação dos bens públicos cujo uso será permitido à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL;

IX – em caso de rescisão do termo de cooperação e fomento, do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção da entidade, ao patrimônio de outra ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, deverão ser detinados ao Patrimônio Público do Município do Rio de Janeiro, na proporção dos recursos e bens por este alocados. Para o patrimoniamto de bens, deve constar o número do CNES/Ministério da Saúde da referida unidade de saúde na placa do patrimônio ao qual está alocado o referido bem.





### CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃODA SOCIEDADE CIVIL

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL possui as seguintes obrigações:

- (i) Desenvolver, em conjunto com o MUNICÍPIO, o objeto da parceria conforme o Plano de Trabalho (Anexo I) e a Planilha de Custos (Anexo II);
- (ii) Arcar com todos os demais custos que superem a estimativa prevista na Planilha de Custos (Anexo II);
- (iii) Prestar, sempre que solicitadas, quaisquer outras informações sobre a execução financeira desta parceria;
- (iv) Permitir a supervisão, fiscalização, monitoramento e avaliação do MUNICÍPIO sobre o objeto da presente parceria;
- (v) Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação do atendimento prestado;
- (vi) Manter atualizadas as informações cadastrais junto ao MUNICÍPIO comunicando-lhe imediatamente quaisquer alterações em seus atos constitutivos;
- (vii) Selecionar e contratar os profissionais necessários à consecução da presente parceria, nos termos dos documentos referidos no item i desta CLÁUSULA, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso, observando a legislação vigente e, em particular, a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT;
- (viii) Recolher, na condição de empregador, todos os encargos sociais, previdenciários e fiscais, oriundos das referidas contratações;
- (ix) Responsabilizar-se pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;
- (x) Manter o valor da parcela mensal referente a verbas rescisórias, quando for o caso, bem como os saldos das parcelas não utilizadas, em aplicação financeira, na forma da regulamentação específica da Secretaria Municipal de Fazenda;
- (xi) Abrir conta corrente bancária específica isenta de tarifa bancária na *(instituição financeira indicada pelo Município)*, apresentando o extrato zerado da referida conta à Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais (CTGOS);
- (xii) Permitir o livre acesso dos agentes da administração pública aos processos, aos documentos, às informações relacionadas a termos de colaboração/fomento, bem como aos locais de execução do respectivo objeto;
- (xiii) Os bens permanentes porventura adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos deverão ser obrigatoriamente entregues ao Município em até 30 (trinta) dias do término da parceria, observada a CLÁUSULA SEXTA.
- (xiv) Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL tenha dado causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização, dentre outros;
- (xv) Prestar contas da aplicação dos recursos repassados na forma da CLÁUSULA DÉCIMA do presente instrumento, mantendo em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos;
- (xvi) Apresentar relatórios de Execução do Objeto e de Execução Financeira, conforme previsto

na CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA, parágrafo primeiro;

(xvii) Divulgar a presente parceria na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações a presente parceria, na forma do Artigo 47 do Decreto Municipal nº 42696/2016;

(xviii) Observar as normas contidas na Lei Federal n.º 8.080/90.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

O MUNICÍPIO possui as seguintes obrigações:

- (i) Através da Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência, Coordenadoria de Emergência Regional da AP 3.1 e da Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais (CTGOS), supervisionar, fiscalizar, monitorar e avaliar a execução do Plano de Trabalho objeto do presente TERMO;
- (ii) Repassar à ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL os recursos necessários à execução deste TERMO;
- (iii) Receber, analisar e emitir parecer técnico conclusivo sobre a prestação de contas das verbas recebidas pela ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL;
- (iv) Elaborar Relatório de Visita Técnica in loco e Relatório Técnico e de Monitoramento e Avaliação.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DAS VEDAÇÕES**

É vedado, no âmbito desta parceria:

- (i) utilizar recursos para finalidade alheia ao objeto da parceria;
- (ii) remunerar, com recursos da parceria, cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, de agente público que exerça, no órgão ou entidade da Administração Municipal, cargo de natureza especial, cargo de provimento em comissão ou função de direção, chefia ou assessoramento;
- (iii) pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- (iv) realizar despesa em data anterior à vigência da parceria;
- (v) efetuar pagamento em data posterior à vigência da parceria, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente da Administração Municipal e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência da parceria;
- (vi) transferir recursos para clubes, associações de servidores, partidos políticos ou quaisquer entidades congêneres;
- (vii) realizar despesas com:
  - (a) multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou a recolhimentos fora dos prazos, salvo se decorrentes de atrasos da Administração Municipal na liberação de recursos financeiros;
  - (b) publicidade, salvo as previstas no plano de trabalho e diretamente vinculadas ao objeto da parceria, de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;
  - (c) pagamento de pessoal contratado pela organização da sociedade civil que não atendam às



exigências do art. 29 do Decreto Municipal nº 42696/2016;

(d) obras que não sejam de mera adaptação e de pequeno porte.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA DOAÇÃO DOS BENS MÓVEIS**

Os bens móveis remanescentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos do Município, mediante autorização da autoridade competente, e desde que se tenham tornado obsoletos, imprestáveis, de recuperação antieconômica ou inservíveis ao serviço público, poderão ser doados, com ou sem encargos, à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, cujo fim principal consista em atividade de relevante valor social.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO**

O prazo do presente TERMO é de 12 (doze) meses, de 27/09/2021 a 26/09/2022.

**Parágrafo Primeiro:** O prazo descrito no *caput* poderá ser prorrogado em períodos iguais e sucessivos, limitados à duração máxima de 60 (sessenta) meses, desde que demonstrada a vantajosidade para o MUNICÍPIO e cumpridas as metas e indicadores estabelecidos.

**Parágrafo Segundo:** A vigência da parceria poderá ser alterada, mediante solicitação da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada junto ao MUNICÍPIO em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término de sua vigência, ou por solicitação do MUNICÍPIO dentro do período de sua vigência.

**Parágrafo Terceiro:** O prazo descrito no *caput* poderá ser prorrogado de ofício pelo MUNICÍPIO, antes do seu término, quando este der causa a atraso na liberação dos recursos, limitada ao exato período do atraso verificado, e informado no Sistema de Contabilidade e Execução Orçamentária – FINCON.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DAS ALTERAÇÕES**

A Administração Pública Municipal poderá autorizar ou propor a alteração do termo de fomento ou de colaboração ou do plano de trabalho, após, respectivamente, solicitação fundamentada da organização da sociedade civil ou sua anuência, desde que não haja alteração de seu objeto, da seguinte forma:

(i) por termo aditivo à parceria para:

(a) ampliação do valor global, no limite máximo de até trinta por cento;

(b) redução do valor global, sem limitação de montante;

(c) prorrogação da vigência, em períodos iguais e sucessivos, limitados à duração máxima de 60 (sessenta) meses;

(d) alteração da destinação dos bens remanescentes; ou

(ii) por certidão de apostilamento, nas demais hipóteses de alteração, tais como:

(a) utilização de rendimentos de aplicações financeiras antes do término da execução da parceria; ou

(b) remanejamento de recursos sem a alteração do valor global.

**Parágrafo Único:** Sem prejuízo das alterações acima previstas, a parceria deverá ser alterada por certidão de apostilamento, independentemente de anuência da organização da sociedade civil, para:

- (i) prorrogação da vigência, antes de seu término, quando o órgão ou a entidade da administração pública municipal tiver dado causa ao atraso na liberação de recursos financeiros, ficando a prorrogação limitada ao exato período do atraso verificado e
- (ii) indicação dos créditos orçamentários de exercícios futuros.

#### CLÁUSULA NONA - DO REAJUSTE

Nos termos do Decreto Municipal nº 42.696/2016, o reajuste de preços, se cabível, somente será devido, por ocasião da prorrogação da vigência do termo de colaboração, desde que mantida a vantajosidade para a Administração e observados os seguintes fatores:

- (i) no caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto da parceria, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;
- (ii) em relação aos demais custos e despesas previstos no Termo, será observado o reajuste medido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado-Especial (IPCA-E) do IBGE, a cada período de 12 (doze) meses, a contar da data da publicação do extrato do Termo.

**Parágrafo Primeiro:** Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos na proposta inicial da parceria, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de instrumento legal, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

**Parágrafo Segundo:** O pleito de reajuste deverá ser apresentado através de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Terceiro:** Os eventuais reajustes serão objeto de preclusão com a assinatura da prorrogação do Termo de Parceria/Fomento ou com o encerramento da vigência da parceria.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DO VALOR E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

O valor do presente TERMO é de R\$ 80.488.093,31 (oitenta milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil, noventa e três reais e trinta e um centavos), sendo R\$ 59.646.323,22 (cinquenta e nove milhões, seiscentos e quarenta e seis mil, trezentos e vinte e três reais e vinte e dois centavos) correspondentes ao Hospital Municipal Evandro Freire e R\$ 20.841.770,09 (vinte milhões, oitocentos e quarenta e um mil, setecentos e setenta reais e nove centavos) referente ao CER Ilha, e correrá a conta do Programa de Trabalho 18.69.10.302.0306.2009; FR 119 e 181; ND 33.50.39.10 e será pago em 04 (quatro) parcelas trimestrais, nos valores discriminados abaixo, tendo sido emitida a Nota de Empenho Nº 2021/300, em 13/09/2021, no valor de R\$ 12.639.797,54 (doze milhões, seiscentos e trinta e nove mil, setecentos e noventa e sete reais e cinquenta e quatro centavos)

<b>1ª Parcela</b>	<b>2ª Parcela</b>
<b>R\$ 19.631.242,26</b>	<b>R\$ 19.631.242,26</b>
<b>3ª Parcela</b>	<b>4ª Parcela</b>
<b>R\$ 20.612.804,40</b>	<b>R\$ 20.612.804,40</b>



**Parágrafo Primeiro:** O cronograma de desembolso representa previsão inicial de repasses, sendo certo que estes ocorrerão conforme a apresentação da prestação de contas. Quando os recursos forem repassados em três ou mais parcelas, a terceira ficará condicionada à apresentação da prestação de contas da primeira parcela, e assim sucessivamente, de modo que se permita à instituição possuir em sua conta o montante correspondente a um repasse inicial previsto no cronograma. Após a aplicação da última parcela será apresentada a prestação de contas final dos recursos recebidos.

**Parágrafo Segundo:** Os recursos previstos no *caput* serão repassados, mediante transferência eletrônica, através de crédito em conta bancária específica, vinculada à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, onde serão movimentados, vedada a utilização da conta para outra finalidade, conforme descrito no subitem 16.01 do Edital.

**Parágrafo Terceiro:** A primeira parcela será liberada após a celebração do TERMO e as demais, trimestralmente, na forma estipulada no cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho.

**Parágrafo Quarto:** É vedado o repasse de recursos caso não seja aprovada a prestação de contas do penúltimo repasse efetuado.

**Parágrafo Quinto:** Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica, isenta de tarifa bancária e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, conforme regulamento específico.

**Parágrafo Sexto:** Os rendimentos de ativos financeiros e eventuais saldos remanescentes poderão ser aplicados pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL na ampliação de metas do objeto da parceria, desde que no curso de sua vigência e mediante aprovação da alteração no plano de trabalho pela autoridade pública competente.

**Parágrafo Sétimo:** Na eventual celebração de termos aditivos, indicar-se-ão os créditos e empenhos para sua cobertura, e de cada parcela da despesa a ser transferida em exercício futuro.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

As prestações de contas parciais devem ser apresentadas até o 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente, sendo a última entregue até 90 (noventa) dias após o término da presente parceria, acompanhada do comprovante de devolução do saldo.

**Parágrafo Primeiro:** A prestação de contas a que se refere a presente cláusula será realizada por meio da alimentação ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <http://osinfo.prefeitura.rio/> instruída com os documentos indicados na Resolução CGM nº 1285 de 23 de fevereiro de 2017.


**Parágrafo Segundo:** A prestação de contas somente será recebida pelo MUNICÍPIO se estiver instruída com todos os documentos referidos no PARÁGRAFO PRIMEIRO.

**Parágrafo Terceiro:** No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

**Parágrafo Quarto:** Os mapas, demonstrativos e relatórios físico-financeiros deverão conter assinatura do representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, bem como de contabilista registrado no Conselho Regional de Contabilidade.

**Parágrafo Quinto:** Os documentos fiscais originais deverão conter carimbo ou dizeres com os seguintes termos: "Prestação de Contas nº XXX/XXXX – TERMO DE COLABORAÇÃO Nº XXX/XXXX, entre a (Instituição) e a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

**Parágrafo Sexto:** A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter em boa ordem e guarda todos

 7



os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FORMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O Município deverá realizar procedimentos de fiscalização das parcerias celebradas antes do término da sua vigência, inclusive por meio de visitas in loco, para fins de monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto, na forma do regulamento.

**Parágrafo primeiro**- Para a implementação do disposto no caput, o órgão poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

**Parágrafo Segundo** - Nas parcerias com vigência superior a 1 (um) ano, o Município realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

**Parágrafo Terceiro** - Para a implementação do disposto no § 2º, o Município poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

**Parágrafo Quarto** – O Município emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação de parceria celebrada mediante termo de colaboração e o submeterá à comissão de monitoramento e avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela Organização Da Sociedade Civil.

**Parágrafo Quinto** - O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

- I - descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- II - análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;
- III - valores efetivamente transferidos pela administração pública;
- IV - análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração ou de fomento;
- V - análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

**Parágrafo sexto** - Sem prejuízo da fiscalização pela administração pública e pelos órgãos de controle, a execução da parceria poderá ser acompanhada e fiscalizada pelos conselhos de políticas públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, em cada esfera de governo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS PENALIDADES**

Pela inexecução total ou parcial do objeto deste TERMO, do Plano de Trabalho, bem como por execução da parceria em desacordo com a Lei Federal nº 13.019/2015 e com o Decreto Municipal nº 42696/2016, o MUNICÍPIO poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE



CIVIL as seguintes sanções:

- (i) Advertência;
- (ii) Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;
- (iii) Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso (ii).

**Parágrafo Único:** As sanções estabelecidas nos incisos ii e iii são de competência exclusiva do Secretário Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da contratação de pessoal necessária à boa e perfeita execução do presente TERMO, e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e, ainda, quaisquer prejuízos que sejam causados ao MUNICÍPIO ou a terceiros.

**Parágrafo Primeiro:** Os danos e prejuízos deverão ser ressarcidos ao MUNICÍPIO no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da notificação à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL do ato administrativo que lhes fixar o valor, sob pena de aplicação de penalidades na forma da CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA.

**Parágrafo Segundo:** O MUNICÍPIO não é responsável pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

**Parágrafo Terceiro:** O MUNICÍPIO não será responsável por quaisquer compromissos assumidos pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente TERMO, bem como por seus empregados, prepostos ou subordinados.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DA DENÚNCIA

O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

**Parágrafo Único:** Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESCISÃO**

No caso de detecção de quaisquer irregularidades cometidas pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, o MUNICÍPIO poderá rescindir o presente TERMO, sem necessidade de antecedência de comunicação.

**Parágrafo Único:** Na ocorrência de rescisão, o MUNICÍPIO suspenderá imediatamente todo e qualquer repasse à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando esta obrigada a prestar contas das importâncias recebidas e a devolver os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA RETOMADA DOS BENS E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

No caso de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, somente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, o MUNICÍPIO poderá, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

- (i) retomar os bens públicos em poder da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;
- (ii) assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL até o momento em que o MUNICÍPIO assumir essas responsabilidades.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA MANUTENÇÃO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter as condições de habilitação previstas no Edital durante o curso do presente TERMO.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PUBLICAÇÃO**

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, à conta do Município.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO**

O MUNICÍPIO providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias, contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato, respectivamente.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO**

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, renunciando, desde já, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL a qualquer outro que porventura venha a ter, por mais privilegiado que seja.

  10 



E, por estarem justos e acertados, firmam o presente TERMO em 03 (três) vias de igual teor e validade, juntamente com as testemunhas abaixo assinadas.

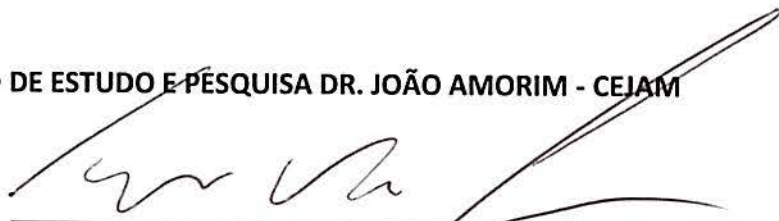
Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2021

**MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**



**DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**  
Secretário Municipal de Saúde

**CENTRO DE ESTUDO E PESQUISA DR. JOÃO AMORIM - CEJAM**

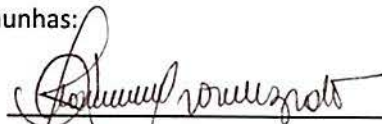


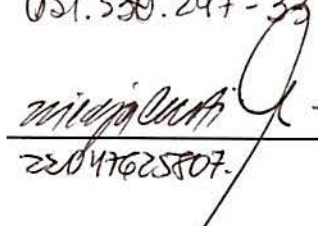
**TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**



**VIVIAN MARTINS FOLLY**

Testemunhas:

1-   
CPF: 051.530.247-33

2-   
CPF: 22047625807

## ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

### PROJETO BÁSICO E ANEXOS

PROJETO BÁSICO VISANDO o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**, por meio de TERMO DE COLABORAÇÃO com ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL , que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do **Hospital Municipal Evandro Freire e CER Ilha do Governador**, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE).

ANEXO TÉCNICO A – Plano de Trabalho

ANEXO TÉCNICO B – Informações sobre o Território

ANEXO TÉCNICO C – Gestão das Unidades

ANEXO TÉCNICO D – Acompanhamento do Contrato de Gestão, Avaliação e Metas

ANEXO TÉCNICO E – Destinação de Recursos Orçamentários no Cronograma de Desembolso

ANEXO TÉCNICO F – Cronograma de Desembolso

---

### ANEXO TÉCNICO A DO PROJETO BÁSICO

## HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE & CER ILHA DO GOVERNADOR



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**PROJETO BÁSICO VISANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de TERMO DE COLABORAÇÃO com Organização da Sociedade Civil, que assegure assistência universal e gratuita à população, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do Hospital Municipal Evandro Freire e CER Ilha do Governador, ambas as unidades da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS/RJ, localizados na AP 3.1, no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.**

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

Área Responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE.

**1. CONTEXTO**

A Área de Planejamento 3.1 e notadamente a Ilha do Governador até a construção do Hospital Municipal Evandro Freire, contava somente como porta de entrada hospitalar da rede de urgência e emergência - RUE com o Hospital Municipal Paulino Werneck, inaugurado como dispensário (local dedicado ao tratamento de pacientes tuberculosos) em 1935, e só passando a se chamar Hospital Municipal Paulino Werneck em 1951, o que demonstra que sua concepção inicial há muito não contempla nem dá conta da crescente demanda da Rede de Urgência e Emergência.

Este crescimento de demanda fica cada vez mais claro quando observamos o perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença, que envolve: a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade e o crescimento das causas externas, decorrentes do aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Tudo isso junto traz a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo não só das condições crônicas agudizadas, como também das condições agudas impostas pelo aumento da violência urbana.

Desta forma o Hospital Municipal Evandro Freire e a CER Ilha do Governador vieram somar-se a Rede de Urgência e Emergência, trazendo junto à ampliação da rede, o conceito de coordenação de emergência regional, que proporciona por meio de regulação maior integração entre os diversos entes assistenciais, tais como a atenção básica, as UPA, o PADI, os hospitais de urgência e emergência e os hospitais de retaguarda, permitindo assim o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde, sob a forma de rede, estratégia essencial para consolidar os princípios do SUS de Universalidade, Integralidade e Equidade.

**2. JUSTIFICATIVA**

O Hospital Municipal Evandro Freire e a CER Ilha do Governador são unidades que formam um sistema assistencial relevante, que tem como atividade fim o atendimento aos usuários do SUS que necessitam de cuidados de saúde em seus diversos níveis de complexidade.

A Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE, elaborou o presente Projeto Básico, com vistas à contratação de prestação de serviços unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, que contemplem todas as necessidades de gerenciamento e de execução de ações assistenciais, por intermédio de Termo de Colaboração com indicadores e metas definidas a serem cumpridas pelo Hospital Municipal Evandro Freire e pela CER Ilha do Governador, integrando através da regulação a atenção básica, as UPAs, o PADI, os hospitais de urgência e emergência e os hospitais de retaguarda que compõem a rede assistencial da AP 3.1 e da Cidade do Rio de Janeiro.

A CER ILHA tendo como base as portarias do Ministério da Saúde – MS 2.048 de 5 de novembro de 2002 – Política nacional de Atenção às Urgências, MS 1.600 de 07 de julho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

com o conceito de Redes de Atenção à Saúde – RAS vai ser capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não graves.

Para tanto deverá trabalhar:

- ampliando o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção inicial adequada e necessária, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no primeiro atendimento às urgências;
- regionalizando o atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção, com acesso regulado aos serviços de saúde;
- humanizando a atenção em sintonia com os princípios da integralidade e humanização, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde e qualificando a assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências
- implantando modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- articulando e integrando os diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- atuando no território, definindo e organizando as regiões de saúde e as redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- atuando de forma profissional e gestora, visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde;





- monitorando e avaliando a qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- articulando de forma federativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidaria, responsável e compartilhada;
- estimulando a participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- apoiando e executando projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, bem como aqueles ligados aos eventos de massa.

Em atuação transversal, através da regulação regional e do trânsito e intercâmbio físico sempre que necessário, no ambiente de urgência e emergência, de materiais, insumos, equipamentos, procedimentos e recursos humanos entre as unidades da rede, contemplando em pontualmente algumas diretrizes preconizadas na portaria MS 1.600 de 07 de julho de 2011, que textualmente “VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.

Concomitantemente, participará da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção as Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; participando ativamente da qualificação da assistência por meio da educação permanente de suas equipes de saúde, em consonância com os princípios da integralidade e da Humanização.

### 3. OBJETO

O estudo da demanda da região e a manutenção da oferta dos relevantes serviços assistenciais do Hospital Municipal Evandro Freire e na CER Ilha do Governador, demonstra, dando continuidade às ações assistenciais já em andamento nas unidades, a necessidade de busca por novas formas de gestão para prestá-los, uma vez que não será possível acrescê-los a estrutura assistencial de saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

As bases para o planejamento estão relacionadas às necessidades da população da área, adequando-as às necessidades de recursos humanos, materiais e de serviços, para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais desenvolvidas pelo Hospital Municipal Evandro Freire e pela CER Ilha do Governador.

O presente Projeto Básico visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da AP 3.1. O desenvolvimento de todas as ações assistenciais e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS na região será executado por meio de contratação com Organização da Sociedade Civil, via Termo de Colaboração, visando o gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde no Hospital Municipal Evandro Freire e na CER Ilha do Governador, procurando dessa forma garantir a assistência adequada aos pacientes, com pratica regulada e organizada e de referência para os diversos níveis de atenção.

### 4. ABRANGÊNCIA





O Hospital Municipal Evandro Freire e a CER Ilha do Governador estão localizados na AP 3.1, integrante da AP 3.0, a Estrada do Galeão, 2920 – Ilha do Governador.

A Área de Planejamento 3.0 – AP 3.0 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas – RA, que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km<sup>2</sup> - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km<sup>2</sup>. Para a área da saúde está subdividida em AP 3.1, 3.2 e 3.3:

AP 3.1 - teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RAs - Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré.

AP 3.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a Estrada de Ferro Central do Brasil. Fazem parte desta região as seguintes RAs - Méier, Inhaúma e Jacarezinho.

AP 3.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso duas linhas férreas a da Central do Brasil e a Auxiliar. Fazem parte desta região as seguintes RAs - Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna.

#### INDICADORES DE SAÚDE DA AP 3.1

10

16  
me



Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro  
2000-2012

Indicadores Demográficos		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
População Total	nº	859.210	861.689	864.223	866.814	869.461	872.165	874.926	877.745	880.622	883.557	886.551	886.551	886.551
Razão de Sexos	%	90,12	89,92	89,73	89,53	89,33	89,13	88,93	88,73	88,73	88,73	90,95	90,95	90,95
Maior ou igual a 40 anos	nº	293.440	299.566	305.935	312.548	319.432	326.551	334.025	341.747	341.747	341.747	333.508	333.508	333.508
Maior ou igual a 60 anos	nº	99.301	102.090	105.014	108.071	111.284	114.606	118.178	121.862	121.862	121.862	116.323	116.323	116.323
Idosos	%	11,56	11,85	12,15	12,47	12,80	13,14	13,51	13,88	13,84	13,79	13,12	13,12	13,12
<b>Mortalidade</b>		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Geral</b>	nº	6.261	6.509	6.513	6.656	6.736	6.384	6.458	6.495	6.687	6.760	6.761	6.822	6.608
Taxa †		7,29	7,55	7,54	7,68	7,75	7,32	7,38	7,40	7,59	7,65	7,63	7,69	7,45
<b>Infantil</b>	nº	222	192	185	209	177	158	134	150	165	158	133	142	154
Taxa †		16,81	14,95	15,44	16,96	14,84	13,38	11,70	13,26	14,43	13,72	12,20	12,51	13,95
<b>Neonatal</b>	nº	139	129	128	138	107	97	82	90	106	108	85	78	75
Taxa †		10,53	10,05	10,68	11,20	8,97	8,21	7,16	7,95	9,27	9,38	7,80	6,87	6,79
<b>Neonatal Precoce</b>	nº	94	99	96	100	75	64	62	70	75	81	61	59	55
Taxa †		7,12	7,71	8,01	8,11	6,29	5,42	5,41	6,19	6,56	7,04	5,60	5,20	4,98
<b>Neonatal Tardia</b>	nº	45	30	32	38	32	33	20	20	31	27	24	19	20
Taxa †		3,41	2,34	2,67	3,08	2,68	2,79	1,75	1,77	2,71	2,35	2,20	1,67	1,81
<b>Pós-Neonatal</b>	nº	83	63	57	71	70	61	52	60	59	50	48	64	79
Taxa †		6,29	4,91	4,76	5,76	5,87	5,16	4,54	5,30	5,16	4,34	4,40	5,64	7,16
<b>Perinatal</b>	nº	240	230	249	245	222	174	160	165	183	145	161	150	169
Taxa †		17,98	17,73	20,52	19,65	18,38	14,60	13,86	14,46	15,85	12,53	14,63	13,11	15,15
<b>Óbitos Perinatais Investigados</b>	%	-	-	-	-	-	-	8,75	26,67	58,47	65,52	68,32	83,33	86,39
<b>Fetal</b>	nº	146	131	153	145	147	110	98	95	108	64	100	91	114
Taxa †		11,56	11,85	12,15	12,47	12,80	13,14	13,51	13,88	13,84	13,79	13,12	13,12	13,12
<b>Óbitos Fetais Investigados</b>	%	-	-	-	-	-	-	7,14	31,58	59,26	64,06	74,00	86,81	85,96
<b>Materna</b>	nº	6	7	11	9	7	6	4	3	8	12	7	6	0
Taxa**		45,44	54,52	91,80	73,03	58,68	50,80	34,93	26,51	69,95	104,24	64,21	52,86	0,00
<b>Mulher em Idade Fértil</b>	nº	401	404	378	376	395	369	375	325	385	373	405	344	333
<b>Óbitos de Mulher em Idade Fértil Investigados</b>	%	-	-	-	-	-	-	32,00	41,23	61,56	74,80	74,81	81,69	78,38
<b>Doenças Cardiovasculares</b>	nº	1.795	1.820	1.822	1.735	1.788	1.792	1.833	1.750	1.996	2.015	1.918	1.957	1.815
Taxa ††		208,91	211,21	210,83	200,16	205,64	205,47	209,50	199,37	226,66	228,06	216,34	220,74	204,73
<b>Doenças Isquêmicas do Coração #</b>	nº	579	558	566	540	615	587	570	542	575	584	557	577	551
Taxa ††		197,31	186,27	185,01	172,77	192,53	179,76	170,65	158,60	168,25	170,89	167,01	173,01	165,21
<b>Doença Cerebrovascular #</b>	nº	580	631	614	582	584	550	574	499	600	632	530	547	490
Taxa ††		197,66	210,64	200,70	186,21	182,82	168,43	171,84	146,01	175,57	184,93	158,92	164,01	146,92
<b>Neoplasias</b>	nº	955	979	959	1.014	1.033	984	1.029	1.038	1.101	1.117	1.092	1.079	1.107
Taxa ††		111,15	113,61	110,97	116,98	118,81	112,82	117,61	118,26	125,03	126,42	123,17	121,71	124,87
<b>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</b>	nº	127	132	130	125	155	139	146	168	145	149	167	139	145
Taxa ††		14,78	15,32	15,04	14,42	17,83	15,94	16,69	19,14	16,47	16,75	18,84	15,68	16,36
<b>Neoplasia de mama feminina</b>	nº	76	102	82	99	102	111	87	119	109	120	111	98	116
Taxa ††		16,82	22,38	17,83	21,33	21,77	23,45	18,19	24,62	22,55	24,67	23,91	21,11	24,99
<b>Causas Externas</b>	nº	686	714	781	841	839	769	708	782	746	680	675	592	554
Taxa ††		79,84	82,86	90,37	97,02	96,50	88,17	80,92	89,09	84,71	76,96	76,14	66,78	62,49
<b>Homicídios, incluindo as intervenções legais</b>	nº	354	351	437	483	487	374	344	360	274	265	254	169	133
Taxa ††		41,20	40,73	50,57	55,72	56,01	42,88	39,32	41,01	31,11	29,39	28,65	19,06	15,00
<b>Acidentes de Transporte</b>	nº	109	106	107	119	94	130	127	126	132	117	143	95	96
Taxa ††		12,69	12,30	12,38	13,73	10,81	14,91	14,52	14,35	14,99	13,24	16,13	10,72	10,83
<b>Causas Mal Definidas</b>	nº	671	680	665	694	690	561	596	580	425	428	446	468	385
Taxa ††		10,72	10,45	10,21	10,43	10,24	8,79	9,23	8,93	6,36	6,33	6,60	6,86	5,83
<b>Doenças Respiratórias</b>	nº	800	661	639	658	692	668	637	658	629	714	709	779	778
Taxa ††		69,83	76,71	73,94	75,91	79,59	76,59	72,81	74,96	71,43	80,81	79,97	87,87	87,76
<b>Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	nº	304	354	317	370	389	333	335	336	375	331	371	405	401
Taxa ††		35,38	41,08	36,68	42,69	44,74	38,18	38,29	38,28	42,58	37,46	41,85	45,68	45,23
<b>AIDS</b>	nº	110	111	111	115	117	99	90	90	109	109	113	109	120
Taxa ††		12,80	12,88	12,84	13,27	13,46	11,35	10,29	10,25	12,38	12,34	12,75	12,29	13,54
<b>Tuberculose</b>	nº	54	67	56	45	63	45	51	47	49	54	54	61	60
Taxa ††		6,28	7,78	6,48	5,19	7,25	5,16	5,83	5,35	5,56	6,11	6,09	6,88	6,77
<b>Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas</b>	nº	355	424	421	389	364	346	405	437	434	411	472	433	429
Taxa ††		41,32	49,21	48,71	44,88	41,87	39,67	46,29	49,79	49,28	46,52	53,24	48,84	48,39
<b>Diabetes Mellitus</b>	nº	294	353	346	299	301	286	338	334	358	352	385	345	355
Taxa ††		34,22	40,97	40,04	34,49	34,62	32,79	38,63	38,05	40,65	39,84	43,43	38,91	40,04
<b>Nascidos Vivos</b>		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número	nº	13.205	12.839	11.982	12.323	11.930	11.811	11.450	11.316	11.437	11.512	10.902	11.951	11.041
Taxa de Natalidade	taxa	15,37	14,90	13,86	14,22	13,72	13,54	13,09	12,89	12,99	13,03	12,30	12,80	12,45
Taxa de Fecundidade Total	taxa	1,77	1,71	1,60	1,64	1,59	1,57	1,50	1,50	1,52	1,53	1,46	1,47	1,48
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	taxa	0,0045	0,0046	0,0040	0,0045	0,0030	0,0037	0,0036	0,0039	0,0035	0,0035	0,0030	0,0035	0,0033
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	taxa	0,0681	0,0694	0,0608	0,0643	0,0618	0,0620	0,0576	0,0573	0,0556	0,0595	0,0556	0,0590	0,0584
<b>Mães Adolescentes</b>	%	20,97	20,55	20,14	20,58	19,85	20,05	19,07	18,96	18,13	18,88	18,44	19,12	19,18
<b>Baixo Peso</b>	%	9,07	9,56	10,45	10,14	9,75	9,81	9,70	9,70	9,69	10,15	10,04	9,64	10,25
<b>Prematuridade</b>	%	7,17	7,63	7,68	8,98	8,26	8,29	8,70	8,93	9,02	9,36	9,05	11,11	13,42
<b>Cesareanas</b>	%	45,21	45,95	42,81	43,99	46,40	48,49	49,53	50,51	51,22	52,51	54,54	51,99	53,35
<b>7 e mais consultas de Pré-natal</b>	%	49,62	53,24	53,75	58,83	62,16	66,40	65,84	64,94	61,87	59,81	59,00	59,59	63,39
<b>Cobertura do SUS</b>	%	78,00	77,01	73,95	77,63	78,86	73,90	73,20	74,01	72,06	69,74	68,63	69,72	68,73

FONTE: CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC - RJ  
ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010  
FUNDAÇÃO AÇO SINASC\_S3M\_C10 e RPSA - Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008).

NOTAS:  
\* Taxa por 1000 nascidos vivos. † Taxa por 1000 habitantes. # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos.  
\*\* Taxa por 100 mil nascidos vivos. †† Taxa por 100 mil habitantes.

OBSERVAÇÕES:  
1- A população total foi atualizada pelo IPP considerando os CENSOS de 2000 e 2010 e suas estimativas intercensitárias.  
2- Para o cálculo dos indicadores segundo faixa etária e sexo, foram utilizadas estimativas fornecidas pelo IPP considerando os CENSOS de 1991 e 2000.  
3- Somente a partir de 2006 as informações contidas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitiram obter a proporção dos óbitos investigados.



## 5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos, a programação visual das unidades, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência de âmbito hospitalar e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS no Hospital Municipal Evandro Freire e na CER Ilha do Governador, 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população da região, acolhimento e assistência eficiente e segura, agilizando o atendimento dos casos graves e redirecionando de forma ordenada os casos sem gravidade, não sobrecarregando a rede assistencial da área de forma desordenada. A SUBHUE, responsável pelo acompanhamento e execução do presente Projeto Básico, fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais à população a ser atendida no Hospital Municipal Evandro Freire e na CER Ilha do Governador.

Caberá à contratada a responsabilidade de aquisição de todos os itens necessários ao funcionamento assistencial do **Hospital Municipal Evandro Freire e na CER Ilha do Governador**, bem como a contratação de todos os serviços e pessoal que permitam a operacionalização assistencial das unidades.

A aquisição de equipamentos e mobiliários por parte da contratada, necessariamente passará a integrar o patrimônio das Unidades de Saúde, sendo de propriedade do município do Rio de Janeiro.

## 6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais do Hospital Municipal Evandro Freire e CER Ilha do Governador, serão executadas, nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

### 1. Coordenação de Emergência Regional Ilha do Governador

A coordenação de Emergência Regional Ilha do Governador - CER Ilha é a porta de entrada de emergência, ordenando através da regulação junto com as UPAs e demais unidades da rede, a rede de urgência e emergência da região, funcionando como local de primeiro atendimento (acolhimento e atendimento médico) e estabilização (sala vermelha) dos pacientes oriundos da demanda espontânea ou regulados e referenciados dos pré-hospitalares fixo e móvel que, ou ficam em observação (sala amarela) ou são internados pela regulação em vaga zero ou não,

para resolução ou seguimento de seu agravo, clínico, psiquiátrico ou traumático.

Na transversalidade das ações assistenciais de urgência e emergência para a rede, a CER Ilha poderá, a critério técnico assistencial, em conjunto da SUBHUE e com a regulação, disponibilizar especialistas para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários, sempre no sentido de levar ao paciente com agravo clínico, psiquiátrico ou traumático o melhor atendimento possível, dentro do menor tempo possível e da maneira mais otimizada possível, na rede de urgência e emergência.

O CER terá um médico regulador que estará diretamente ligado a Central de Regulação e seus leitos de retaguarda, tanto os de estabilização (sala vermelha) quanto os de observação 24 horas adulto e



pediátrico (salas amarelas), terão atendimento capaz, dado o potencial técnico e assistencial, de estabilizar e manter estáveis, os pacientes graves que tenham apresentado instabilidade orgânica clínica ou traumática, por período de tempo que permita a regulação dos pacientes para leitos de internação ou para tratamento definitivo em vaga zero, que poderá se dar tanto com internações para continuidade da observação, reguladas para o Hospital Municipal Evandro Freire ou para outro hospital ficando a critério da regulação ser a escolha da unidade da rede.

1. Para a organização das ações assistenciais de emergência foram definidas as seguintes estratégias e atividades básicas:

- Atendimento de emergência;
- Atendimento, acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto quanto pediátrica;
- Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos de média e baixa complexidade;
- Atividades atinentes à regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central Municipal de Regulação;
- Seguimento das ações assistenciais;
- Referência garantida para unidade da região para os atendimentos da atenção básica;
- Transporte inter-hospitalar dos pacientes que necessitem de continuidade dos cuidados de emergência e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção às urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
- Regulação regional, com a instituição na CER Ilha de estrutura de regulação interligada e

subordinada administrativa e operacionalmente a Central de Regulação Municipal;

Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência às demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade.

2. Com base nesta organização a contratada deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de serviços para prestação da assistência prevista nesta convocação pública, no que tange às ações assistenciais de urgência e emergência da Coordenação de Emergência Regional Ilha do Governador, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, objeto do presente contrato.

Serviços a serem contratados:

- Contratação de Recursos Humanos administrativos e assistenciais - profissionais de saúde e de apoio às atividades de urgência e emergência e de regulação regional;
- Aquisição de Material Permanente que se fizerem necessários a continuidade da assistência (mobiliário hospitalar e equipamentos);
- Aquisição de Insumos (material médico-cirúrgico, rouparia, outros);

- Aquisição de Medicamentos e materiais de consumo;

-Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

-Contratação de serviços de apoio (vigilância, alimentação, limpeza, recolhimento de lixo especial, lavanderia, rouparia e manutenção e etc).

-Contratação de serviço de transporte inter-hospitalar, ambulância tipo D, de acordo com o preconizado na Portaria MS/GM 2.048 de 2002. Sendo que o serviço de ambulância a ser contratado pode ser somente ambulância tipo D com motorista e a tripulação da viatura pode ser feita pelos profissionais da CER Ilha.

A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos e materiais para garantir uma demanda mínima de 250 atendimentos/dia entre acolhimento, consultas e procedimentos médicos e de enfermagem para atender as emergências traumáticas, clínicas e psiquiatrias; além da operacionalização assistencial de:

- a. 02 leitos de observação pediátrica – sala amarela pediátrica.
- b. 12 leitos de observação adulto – sala amarela adulto,
- c. 03 leitos de estabilização – sala vermelha.
- d. 01 leito de observação individual.

O desenho operacional assistencial deverá se fundamentar na Política de Atenção às Urgências, Portaria GM n 2.048 de 2002, e em todas as demais Portarias do Ministério da Saúde bem como nas demais legislações em vigor.

3. A CER Ilha deverá contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador médico, coordenador administrativo, coordenador de enfermagem, médico generalista/emergencista, médico pediatra, médico regulador, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de radiologia (se o serviço de raio x não for terceirizado), auxiliar de serviços gerais, maqueiro, auxiliar administrativo, assistente social. Outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com o porte e a necessidade local da CER.

4. O Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT - será realizado pelo Hospital Municipal Evandro Freire e pelo CER ILHA e deverá contemplar minimamente o listado em tabela do item 6.2.5.1

5. Todos os profissionais que atuam na emergência devem ter formação em suporte básico e avançado de vida no trauma e no suporte clínico e cardiológico, com um perfil de generalista com suporte a pacientes críticos, dado o perfil de atendimento da unidade.

2. Hospital Municipal Evandro Freire

1. É um Hospital Geral composto de:

- 30 leitos de Unidade de terapia intensiva de adulto, sendo 03 leitos de observação individual.
- 15 leitos de enfermaria de saúde mental.



20  




- 58 leitos de enfermarias de especialidades clínicas e cirúrgicas.

**OBSERVAÇÃO:** Os leitos de especialidades clínicas e cirúrgicas são dedicados a rede de urgência e emergência e de retaguarda à CER ILHA e a demanda regulada da rede, e para tanto o hospital deverá ter obrigatoriamente de plantão s disponível 24 horas, 07 dias na semana, equipe de médicos compatível com o porte das enfermarias de especialidade clínica e cirurgião geral e ortopedista além de suporte cirúrgico assistencial de cirurgia vascular, torácica e urológica, compatível com a complexidade assistencial das atividades cirúrgicas de emergência e das enfermarias de especialidades cirúrgicas.

2. O Hospital deve funcionar nas 24 horas do dia, sábados, domingos e feriados, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capaz de manter e contemplar durante todo o período de funcionamento toda a demanda assistencial e administrativa da unidade, tanto para

as atividades de rotina no hospital, quanto para apoio assistencial e de retaguarda de emergência a CER Ilha, nas diversas especialidades assistenciais de suporte a urgência e emergência clínica, traumática e psiquiátrica de qualquer complexidade, de tal forma que o quantitativo de profissionais seja capaz de cumprir todas as metas assistenciais, administrativas e gerenciais que fazem parte do presente projeto.

1. Deverá, ainda, o corpo clínico, assistencial e de apoio ser adequado ao nível de complexidade assistencial da instituição e dos serviços descritos na presente convocação pública, tendo também a organização de trabalho em equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe.
2. Os atendimentos psiquiátricos de emergência bem como o acolhimento psiquiátrico, serão feitos pelos psiquiatras e enfermagem de plantão no hospital

Evandro Freire, utilizando o espaço destinado a este fim, localizado no pavimento da CER. A unidade deve possuir todas as comissões técnicas que a legislação em vigor impõe, como por exemplo, comissão de óbito, de revisão de prontuário de investigação de infecção hospitalar.

3. O desenho operacional deverá se fundamentar na Política de Atenção às Urgências, Portaria GM n 2.048 de 2002, como diretriz para a formulação de seus quadros. Para tanto, poderá valer-se do conceito de mobilidade, disponibilizando profissionais alcançáveis como na referida portaria, bem como utilizar a segunda opinião à distância, conforme previsto pela resolução do CFM nº 1.643/2002.

4. A contratada atenderá aos diversos serviços de saúde prestados no hospital, exclusivamente aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, utilizando seus recursos humanos e técnicos oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional a produção da seguinte (tabela abaixo) quantidade mínima de procedimentos nos seus diversos serviços assistenciais, além de cumprir as metas estabelecidas neste termo de referência.

5. A produção mínima de exames de urgência e emergência das unidades seguirá as tabelas abaixo:

**6.2.5.1 SADT para o Hospital Municipal Evandro Freire e CER ILHA**

Especialidade	Ex/mês	Ex/Ano
Patologia Clínica	24.000	288.000
Radiodiagnóstico	4.000	48.000



21




Ultrassonografia	400	4.800
Tomografia	1.000	12.000
Endoscopia	150	1.800
Ecocardiografia	200	2400
Broncoscopia	70	840
Eletrocardiografia	400	4800
Endoscopia urinária(1*)	50	600
Exames de Anatomia Patológica e Citopatológica	220	2.640
Hemodiálise	200	2.400

1. Transversalidade da assistência

Dentro da transversalidade da assistência de urgência e emergência da rede, os exames componentes do SADT do Hospital Municipal Evandro Freire que tenham portabilidade, como endoscopia, ecocardiografia, broncoscopia, endoscopia urinária entre outros, bem como especialistas do Hospital Municipal Evandro Freire podem ser deslocados para prestar assistência em outras unidades da rede, sempre a critério técnico da SUBHUE em conjunto com a Central de Regulação.

2. Os exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos para os pacientes internados e em observação no Hospital Municipal Evandro Freire, estão considerados dentro da internação e deverá ser garantida a realização de todos os exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos, realizando todos aqueles previstos na tabela SUS.

6.2.5.3 A produção do Hospital Municipal Evandro Freire deve estar de acordo com a tabela abaixo:

Especialidade	Leitos	Taxa Ocupação(%)	Tempo Méd. Permanência	Saídas/mês	Saídas/ano
<b>Especialidades Clínicas e cirurgicas</b>					
<b>Clínica medica e cirurgia</b>	58	95	08	218	2626
<b>Especialidades Cirúrgicas</b>					
<b>Saúde Mental</b>	15	95	18	24	289
<b>Leitos Complementares</b>					
<b>CTI Adulto</b>	30	95	10	87	1.040
<b>Total Geral</b>	103	95		329	3.955

(\*1) Aqui estão incluídas as cirurgias de urgência e emergência de retaguarda a CER Ilha do Governador e da rede de emergência e urgência, a critério da regulação: Cirurgia geral, cirurgia urológica, cirurgia vascular, cirurgia torácica e ortopédica.

6. Caso o número mensal de exames não seja atingido, o saldo poderá ser usado em outros procedimentos a critério da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

22



7. Em conformidade com a classificação e normas do SUS o hospital deverá atentar para não ter o montante total de intervenções de baixa complexidade excedendo a 20%, em relação ao total de intervenções cirúrgicas a serem realizadas.

8. Garantir em exercício na Unidade Hospitalar quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis ao porte da Unidade e aos Serviços previstos, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes e vigentes, tendo também definida sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas dia para fazer frente as demandas assistenciais e operacionais Hospital Municipal Evandro Freire, respeitando seu perfil assistencial, conforme descrito na tabela abaixo:

Perfil Assistencial HMEF
Medicina Interna
Terapia Intensiva adulto
Cirurgia Geral
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia Urológico-emergência
Cirurgia de Tórax-emergência
Anestesiologia
Centro Cirúrgico
Sala de recuperação anestésica
Central de Esterilização
Saúde Mental
Serviço de diagnóstico por imagem
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica
Patologia Clínica
Unidade Transfusional
Serviço de Endoscopia alta e baixa
Serviço de Nefrologia/Tratamento dialítico
Farmácia
Nutrição e Dietética SND
Serviço Social

Ambulância de transporte
Necrotério
Serviço de Prontuário de Pacientes

## 7. FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO

1. Visando o acompanhamento e avaliação do TERMO DE REFERÊNCIA e o cumprimento das atividades estabelecidas para a contrato, a contratada deverá alimentar as informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras no sistema de monitoramento dos contratos – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>),



23



instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais.

De forma a exercer o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13 a OS deverá impreterivelmente, até o 10º dia útil do mês subsequente, conforme manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, encaminhar as informações solicitadas. A contratada deverá, ainda, manter em dias todas as informações referentes aos registros de AIH - Autorização de Internação Hospitalar e do SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e outros registros oficiais que a Secretaria Municipal de Saúde assim determinar.


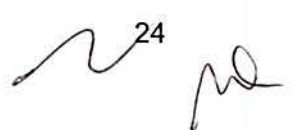
1. A Secretaria Municipal de Saúde poderá, para permitir um melhor acompanhamento da produção e efetiva fiscalização, solicitar acesso ao sistema informatizado utilizado pela contratada no âmbito do Hospital e da CER. Este acesso poderá ser através de senha para acesso direto ao sistema ou por meio de um software integrador.
2. A Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise mensal dos dados enviados pela Gerência das Unidades para que sejam atestados os serviços vinculados aos repasses de recursos.
3. Trimestralmente a Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no Termo de Referência. Desta análise, poderá resultar uma repactuação das quantidades assistenciais estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao contrato.

Esta análise periódica não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, caso a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, a seu critério, entender que condições e/ou ocorrências excepcionais incidem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

4. No primeiro relatório de atividade deverão vir especificados os bens permanentes adquiridos e aqueles recebidos em doação ou por outras formas, com as respectivas notas fiscais e o local de uso dos mesmos dentro da unidade. Consideram-se materiais permanentes aqueles que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou apresentam durabilidade superior a dois anos.
5. Todos os contratos de serviços firmados pela OS com prestadores, devem ser enviados assim que os serviços forem iniciados, devidamente datados e assinados por ambas as partes, com a descrição de todos os serviços a serem prestados bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país.
6. A unidade deverá ser dotada de controle de ponto eletrônico, cujo relatório deve ser apresentado à Secretaria Municipal Saúde/RJ sempre que solicitado e deve ser o espelho fiel do que se informa no relatório da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO e no painel de gestão.
7. A unidade deve funcionar com prontuário eletrônico e ter a documentação arquivada e organizada em local apropriado a guarda de documentação médica.

## 2. Indicadores e Metas para o Hospital Municipal Evandro Freire e para a CER Ilha

Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a falta de qualidade e a ineficiência quase sempre aumenta os custos e o prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.

  
 24



Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OS, a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, separadamente para a CER ILHA e para o HOSPITAL EVANDRO FREIRE, assim divididas:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão.
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Parte variável 03 - incentivo à equipe.

No primeiro ano de gestão, para fins de pagamento da variável, os indicadores e metas somente serão avaliados a partir do terceiro trimestre.

#### PARTE VARIÁVEL 01 – Incentivo institucional à gestão.

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Termo de Colaboração.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 1,5% do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSS deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme assinalado no quadro de indicadores.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.



25



PARTE VARIÁVEL 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a VARIÁVEL 02, conforme quadros abaixo, tanto para a CER ILHA como para o HOSPITAL EVANDRO FREIRE.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a **UNIDADE DE SAÚDE** deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme o atingimento das metas e os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

PARTE VARIÁVEL 03 – Incentivo à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário, no caso da CER CENTRO e “indicadores de produção” para o HOSPITAL EVANDRO FREIRE. O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade conforme plano de aplicação elaborado pela SMS.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários

– os modelos dos questionários deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

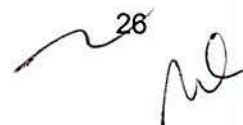
A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão de Monitoramento e Avaliação – COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

A Coordenação de Emergência Regional Ilha do Governador não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SISREG - deve ser sempre informado, ou seja, o paciente deve sempre ser colocado no SISREG. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo. **Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.**

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.



28  




Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na CER e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para a análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada à unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde que sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos

profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas abaixo, tanto para a CER Ilha quanto para o Hospital Municipal Evandro Freire, tem a periodicidade mensal apesar da apresentação trimestral para fins de COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

#### INDICADORES PARA A CER ILHA

#### VARIÁVEL 01 – INCENTIVO À GESTÃO – CER ILHA

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO DA GESTÃO</b>		
1 Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{x100 Total de BAE analisados}}$	>90%
2 Índice de absenteísmo.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{líquidas disponível}} \times 100$	<3%
3 Taxa de Turn-over.	$\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{\text{x100 Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)}}$	≤ 3,5
4 Treinamento hora homem.	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período.}}$	1,5h homem treinado/mês

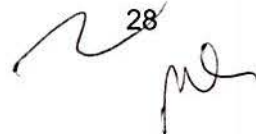
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	Até o 5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 01

Indicadores para Variável 01		% a incidir sobre a variável 01	% a incidir sobre o total do contrato.
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	16%	0,24%
2	Índice de absenteísmo.	16%	0,24%
3	Taxa de Turn-over.	16%	0,24%
4	Treinamento hora homem.	16%	0,24%
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	16%	0,24%
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	20%	0,30%
<b>Totais</b>		<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE – CER ILHA

INDICADOR	FÓRMULA	META	
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>			
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{100 \text{ Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	≥70%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados com risco}} \times 100$	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 minutos Amarelo: ≤ 30 minutos Verde: até 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária
3	Tempo de permanência na emergência.	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia na observação}}{\text{Número de saídas}}$	< 24 horas
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação} \leq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 4%




5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela +vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas.	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE que receberam antibióticoterapia}} \times 100$	100%
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	100%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST}}$	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 02

Indicadores para Variável 02	% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1 Percentagem de pacientes atendidos por médico.	12%	0,24%
2 Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	12%	0,24%
3 Tempo de permanência na emergência.	12%	0,24%
4 Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	14%	0,28%
5 Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	14%	0,28%
6 Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas.	12%	0,24%
7 Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	12%	0,24%
8 Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	12%	0,24%
<b>TOTAIS</b>	<b>100%</b>	<b>2,0%</b>

VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE – CER ILHA

INDICADOR	FÓRMULA	META
-----------	---------	------

 29

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$	>15%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$	>85%

Repases referentes à Variável 03

Indicadores para Variável 03	% a incidir sobre a variável 03	% a incidir sobre o total do contrato
1 Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	50%	0,75%
2 Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	50%	0,75%
<b>TOTAIS</b>	<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

INDICADORES PARA O HOSPITAL EVANDRO FREIRE

VARIÁVEL 01 – INCENTIVO À GESTÃO – HOSPITAL EVANDRO FREIRE

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO DA GESTÃO</b>		
1 Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de AIH apresentadas no mês}}{\text{N}^\circ \text{ total de internações mês}} \times 100$	$\geq 1$
2 Taxa de rejeição de AIH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AIH rejeitadas}}{\text{N}^\circ \text{ de AIH apresentadas}} \times 100$	$\leq 7\%$
3 Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar}}{\text{total de prontuários analisados}} \times 100$	100%
4 Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ óbitos ocorridos no mês}}{\text{N}^\circ \text{ óbitos analisados}}$	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 01

Indicadores para Variável 01	% a incidir sobre a variável 01	% a incidir sobre o total do contrato.
1 Índice de apresentação de AIH	25%	0,375%
2 Taxa de rejeição de AIH	25%	0,375%
3 Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária.	25%	0,375%

30




4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos.	25%	0,375%
Totais		100%	1,5%

**VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE – HOSPITAL EVANDRO FREIRE**

	INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>			
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica / total de saídas na Clínica Médica	8 dias
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na Ortopedia / total de saídas na Ortopedia	8 dias
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica / total de saídas na Clínica Cirúrgica	5 dias
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na UTI Adulto / total de saídas na UTI	10 dias
5	Taxa de mortalidade institucional	número de óbitos >24hs de internação / número de saídas hospitalares x100	≤ 8%
6	Taxa de mortalidade pós-operatória	número de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório / número de pacientes que realizaram cirurgias x100	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	SMR ≤ 1
8	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.	Número de pacientes que apresentaram infecção em Corrente Sanguínea associadas a CVP x 1000 Total cateter venoso central - dia	≤10/1000
9	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	Número de pneumonias associadas a VAP (precoce) x 1000 Total de dias de ventilação mecânica	≤ 8/1000
10	Índice de infecção em cirurgias limpas	total de pacientes com alta no período que tiveram Infecção no sítio cirúrgico de cirurgia limpa / total de pacientes com alta no período que foram submetidos a cirurgia limpa x100	≤ 1%

**Repassse referente aos indicadores da variável 02**

Indicadores para Variável 02		% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	10%	0,2%
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	10%	0,2%


3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	10%	0,2%
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	10%	0,2%
5	Taxa de mortalidade institucional	10%	0,2%
6	Taxa de mortalidade pós-operatória	10%	0,2%

7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	10%	0,2%
8	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.	10%	0,2%
9	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	10%	0,2%
10	Índice de infecção em cirurgias limpas	10%	0,2%
<b>TOTAIS</b>		<b>100%</b>	<b>2,0%</b>

### VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE – HOSPITAL EVANDRO FREIRE

Para o cálculo da Variável 03 e aferição do repasse financeiro destinado ao incentivo da equipe, no Hospital Evandro Freire serão utilizados indicadores de produção, especificamente relacionados às altas previstas para a capacidade instalada das unidades de internação elencadas. Para cada indicador, a pontuação completa será atingida quando o número de saídas for maior que 95% do esperado, recebendo metade da pontuação esperada quando o número de saídas estiver compreendido entre 70 e 95% do previsto. Nenhuma pontuação será devida para números de saídas inferiores a 70% do esperado.

INDICADORES DE PRODUÇÃO								
			Faixa I	Pontuação		Faixa II	Pontuação	
Tipo de Internação	Leitos e TMP com TX de ocupação de 95%	Saídas mensais previstas	Faixa de saídas mensais $\geq 70$ e $\leq 95\%$	% a aplicar no cálculo da variável	% sobre todo o contrato	Faixa de saídas mensais $>95\%$	% a aplicar no cálculo da variável	% sobre todo o contrato
Clínica	40/8	144	101 a 137	10%	0,15%	>137	20%	0,3%
Cirúrgica	18/7	74	52 a 71	10%	0,15%	>71	20%	0,3%
Saúde Mental	15/18	24	17 a 23	10%	0,15%	>23	20%	0,3%
Terapia Intensiva	20/10	58	40 a 55	10%	0,15%	>55	20%	0,3%
Unidade Intermediária	10/10	29	20 a 27	10%	0,15%	>27	20%	0,3%
<b>TOTAIS</b>				<b>50%</b>	<b>0,75%</b>		<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

*Handwritten signatures and initials*



#### 8. PRAZO

1. O início pleno de todas as atividades constantes do objeto do presente projeto será dia 27/09/2021.
2. Todos os itens constantes da avaliação de indicadores e metas devem estar implantados logo na primeira semana de funcionamento do acolhimento, para não interferir na mensuração mensal e avaliação trimestral dos indicadores e metas.
3. O CER ILHA e o Hospital Municipal Evandro Freire vão funcionar como já descrito neste termo de referência, 24h por dia, 07 dias por semana, inclusive domingos e feriados.
4. Os relatórios constantes do item 7, devem ser apresentados até o 10º dia útil do mês subsequente a prestação do serviço.

#### 9. QUALIFICAÇÃO

1. Comprovação de experiências anteriores, pertinentes e compatíveis com o objeto do Termo de Colaboração, através de atestado(s) fornecido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, indicando local, natureza, volume, qualidade, tempo de atuação e cumprimento de prazos que permitam avaliar o desempenho da Organização da Sociedade Civil.
2. Apresentar protocolos e procedimentos que já tenham sido desenvolvidos em Unidades Hospitalares com o perfil descrito acima, devidamente comprovados pelos responsáveis técnicos e administrativos das respectivas áreas, dos tópicos a seguir:

1. Regimento Interno do Hospital.
2. Rotinas dos procedimentos por serviços.
3. Padronização de Medicamentos
4. Padronização de Material

5. Procedimentos operacionais padrão referentes aos seguintes processos: Internação; SADT, Suprimentos, Manutenção predial e Logística, incluindo o protocolo para compras, contratação de pessoal e contratação de serviços.

Comprovação de atendimento ao princípio da "integralização de assistência, atendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema", conforme Lei do SUS 8080/90, artigo 7º.

7. Comprovação, através da documentação legal (contrato ou pela CLT), de que a Organização da Sociedade Civil possui no seu quadro, Responsável Técnico (médico), detentor de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado registrado(s) no Conselho Regional de Medicina, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção;



8. Comprovação através da documentação legal (contrato ou pela CLT) que a Organização da Sociedade Civil possui em seu quadro, profissional de nível superior com graduação ou especialização, em gestão em saúde, com experiência comprovada através de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado e registrado(s) no conselho profissional competente, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de unidade de saúde equivalente ou semelhante ao objeto da presente seleção.

1. Os profissionais descritos nos itens 10.2.8 e 10.2.9 deverão ser manter atuantes e no quadro funcional profissional da contratada durante todo o período de vigência do contrato e caso sejam excluídos por qualquer motivo a OS se obriga a informar a Secretaria Municipal Saúde/RJ e a substituí-los e no máximo 30 (trinta) dias.

9. Comprovação de possuir em seu quadro no mínimo 02 (dois) profissionais, através de contrato ou pela CLT, de nível superior com graduação ou especialização em Administração Hospitalar, com experiência comprovada através de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado que comprovem ter realizado ou participado da Administração de Unidade Hospitalar ou Unidade de Saúde equivalente ou semelhante ao objeto do presente termo de referência. Os referidos profissionais devem manter-se atuantes no quadro funcional profissional da contratada durante todo o período de vigência do contrato.

10. Todos os recursos humanos destinados às ações assistenciais e de apoio do presente termo de referência, devem estar de acordo com a legislação vigente e com as normas regentes de cada profissão ou atividade.

11. A primeira etapa para a contratação de Recursos Humanos inicia com o processo de recrutamento e seleção de pessoal, que deve ser norteado pelos eixos da formação técnica, profissionais devidamente registrados em seus respectivos Conselhos Profissionais e todos sem exceção com experiência comprovada para exercer a atividade ou função a que se propõem.

12. Com relação ao CER Ilha e dado o perfil assistencial da unidade Hospitalar Municipal Evandro Freire, pelo menos um dos enfermeiros do acolhimento deve ter formação ou experiência em assistência a pacientes psiquiátricos, mesmo que o seguimento médico do atendimento e o acolhimento sejam conduzidos pelo médico psiquiatra e pela enfermagem da psiquiatria do Hospital.

13. Os médicos devem ter formação e ou experiência em emergência, suporte básico e avançado de vida e em atenção ao paciente crítico, inclusive o médico dedicado à regulação, sendo capazes de acolhidas as necessidades, referenciar e dar suporte de vida, quando indicado, a adultos, idosos, crianças e gestantes, com agravos clínicos, traumáticos ou psiquiátricos.

14. Quanto aos auxiliares de serviços de saúde, como maqueiros, administrativos e profissionais de apoio, os mesmos deverão ter segundo grau completo, treinamento em suporte

básico de vida. O pessoal administrativo e de apoio, além do exigido deverá ter conhecimento básico de informática.

## 10. SUPERVISÃO

1. A coordenação e supervisão da prestação de serviço do Hospital Municipal Evandro Freire e CER Ilha são de competência da SUBHUE/SMS.
2. A Fiscalização da execução dos serviços do Hospital Municipal Evandro Freire e da CER Ilha caberá à Secretaria Municipal de Saúde - RJ, visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios encontrados. A secretaria Municipal de Saúde também articulará e efetivará o processo de acompanhamento e avaliação com base no cumprimento de metas, dos prazos e da

  34  




análise de indicadores de produção, de cobertura da população e de qualidade e eficiência dos serviços contratados.

3. A contratada se submeterá a todas as medidas, processos e procedimentos da fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS, não eximem a contratada de suas obrigações no que se refere ao cumprimento das normas e especificações, nem de qualquer de suas responsabilidades legais e contratuais.

#### 11. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

1. Portarias vigentes do Ministério da Saúde e legislação em vigor.
2. Material de Controle de Qualidade Hospital e SIPAGEH.

#### 12. FONTE DE RECURSOS

O processo será executado utilizando R\$ XXXXXXXXXX proveniente do Fundo Nacional de Saúde conforme previsto em Portaria Nº 3.436 de 11 de novembro de 2010 que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta complexidade do Estado do Rio de Janeiro.

---

### ANEXO TÉCNICO B DO PROJETO BÁSICO

---

## INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO – AP 3.1

### CER ILHA DO GOVERNADOR E HOSPITAL EVANDRO FREIRE

#### ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1

A Área de Planejamento 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas, que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km<sup>2</sup> - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.353.590 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km<sup>2</sup>.

Para a área da saúde está subdividida em três:

AP 3.1 - teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RA (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré).

AP 3.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a Estrada de Ferro Central do Brasil. Fazem parte desta região as seguintes RA: Méier, Inhaúma e Jacarezinho.



AP 3.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso duas linhas férreas a da Central do Brasil e a Auxiliar. Fazem parte desta região as seguintes RA: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna.

De cada cinco cariocas, dois moram na AP 3 - o maior contingente populacional do município (40,2%). E, de cada dois moradores de favela, um está na AP 3 (49,9% da cidade).

A população cresceu no período de 1991/2000 à taxa de 1,4%. A maioria das RA teve incremento populacional. Destaque para Maré (19,5%), Pavuna (9,3%), Anchieta (9,2%) e Ilha do Governador (7,3%). Enquanto isso, quatro regiões registraram perdas: Méier (-5%), Inhaúma (-5,8%), Irajá (-3,8%) e Jacarezinho (-11,2%).

Durante muito tempo, as amplas possibilidades de expansão horizontal comandaram a ocupação da AP 3, gerando um espaço com pouca identidade. Nos últimos anos, a estrutura urbana da AP 3 apresenta-se em processo de mudanças. A inauguração da Linha Amarela, em 1997, tornou possível a abertura de novas articulações e acessos no conjunto de bairros diretamente afetados, bem como a conexão, com maior rapidez, entre as AP 3 e 4.0. Por outro lado, aconteceu a segmentação de bairros, cortados pela via expressa.

Das 13 regiões administrativas que compõem a AP 3, apenas 12 são consideradas na pesquisa do IDH (RA de Vigário Geral integrava a RA da Penha à época da pesquisa). Dessas, oito estão entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Méier (0,865), Ilha do Governador (0,862), Irajá (0,851), Madureira (0,834), Inhaúma (0,833), Ramos (0,828), Penha (0,805) e

Anchieta (0,805). As melhores colocações, Méier e Ilha, correspondem respectivamente à 9ª e à 10ª posição no ranking de 32 regiões administrativas. Em contrapartida, os três piores índices do município estão na AP 3: Jacarezinho (0,731), Complexo da Maré (0,719) e Complexo do Alemão (0,709).

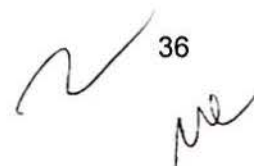
Quanto ao desenvolvimento do IDH na área, todas as regiões tiveram taxas de crescimento positivas entre 1991 e 2000: de 5,7% na Pavuna até 8,1% na região de Madureira. Esta última saltou da 17ª posição no ranking em 1991 (IDH de 0,772) para a 14ª posição (0,834). Jacarezinho, Complexo da Maré e Complexo do Alemão permaneceram nas 30ª, 31ª e 32ª colocações, respectivamente, ficando, nas três últimas posições no ranking municipal (variações em torno de 8%). A menor variação no período ficou por conta da Pavuna, que manteve a 25ª colocação.

A longevidade é considerada média/alta (censo 2000/IBGE): 70,82 anos, ligeiramente acima da média do município (70,26 anos). As RA onde as expectativas de vida são mais elevadas são: Irajá (73,93 anos), Ilha do Governador (72,66 anos), Madureira (72,59 anos), Inhaúma (71,82 anos), Ramos (71,68 anos) e Méier (71,58 anos). Em contrapartida, as regiões com os níveis mais baixos são: Complexo do Alemão (64,38 anos), Complexo da Maré (66,03 anos), Jacarezinho (66,30 anos) e Pavuna (67,41 anos).

As maiores variações na longevidade no período considerado, 1991 a 2000, pertencem às RA de Irajá (de 68,25 para 73,93 anos) e Madureira (de 67,24 para 72,59 anos), respectivamente com

+8,3% e +7,9%. O menor avanço nesse sentido ficou por conta da RA do Complexo do Alemão (+2%), de 62,37 para 64,38 anos.



36  




A AP 3 recebeu um fluxo migratório de 72.568 pessoas entre 1991 e 2000 - quase um terço (32%) do total de migrações do município. As regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Méier (16,3%), Ilha do Governador (15,4%), seguido por Madureira e Penha (ambas com 11%). Desses imigrantes da AP 3, 70,5% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro. No Complexo da Maré, esse percentual foi ainda maior: 88,1%.

Na AP 3, estima-se que, em 2000, aproximadamente 544.737 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 23,1% do total da população da área. Levando em conta que a população de favela, em 1991, correspondia a 480.524 habitantes (ou 20,7%), houve um acréscimo dessa população na ordem de 13,4% no período 1991/2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu crescer sua população total em 1,5%.

Em 2000, a renda média da AP 3 era de R\$ 417,02 (cerca de 2,76 salários mínimos), inferior à média da cidade (cerca de 4 salários mínimos ou aproximadamente R\$ 600,00). Duas regiões

apresentaram renda acima da média municipal: Méier (R\$ 619,89) e Ilha do Governador (R\$ 616,28). Acima da média da própria AP estavam as seguintes regiões: Irajá (R\$ 450,26) e Ramos (R\$ 427,62). Todas as demais regiões possuíam médias abaixo de R\$ 400,00, sendo que os índices mais baixos pertenciam às regiões do Complexo da Maré (R\$ 187,25), Jacarezinho (R\$ 177,98) e Complexo do Alemão (R\$ 177,31).

A taxa de alfabetização dos moradores, em 2000, era superior à média da Cidade (96%), variando de 97% (RA Méier) até 89% (RA Complexo da Maré). Quanto à evolução da taxa, as maiores variações registradas estavam no Complexo da Maré (7,4%), Complexo do Alemão (6,5%) e Jacarezinho (6,1%).

Na AP 3, a maior média de anos de estudo pode ser encontrada na RA do Méier (7,7 anos). Pouco atrás, estão a da Ilha do Governador (7,2 anos) e a de Irajá (7,1 anos), todas três acima da média municipal (6,8 anos de estudo). Madureira e Inhaúma ficam ligeiramente abaixo desta média (6,7 anos). As piores médias também nesse quesito ficam com o Complexo do Alemão (4,2 anos), Complexo da Maré (4,3 anos) e Jacarezinho (4,7 anos), acompanhadas de perto pela RA da Pavuna (5,5 anos).

Mapa A – Distribuição dos bairros que compõem as áreas de planejamento Cidade do Rio de Janeiro

#### INDICADORES DE SAÚDE

O acompanhamento das condições de saúde da população carioca se dá a partir de um conjunto de informações produzidas, em grande parte, por dois sistemas de informações - os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM).

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde

Coordenação de Análise da Situação de Saúde

Estatísticas Vitais das Áreas de Planejamento da Cidade do Rio de Janeiro 2011

Indicadores	MRJ	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
<b>Demográficos</b>											
População Total n°	6.320.446	297.976	638.050	371.120	886.551	569.970	942.638	909.368	671.041	665.198	368.534
Razão de Sexos	88,07	90,24	80,02	78,84	90,95	84,48	86,48	90,74	92,68	91,71	92,62
Maior ou igual a 40 anos	2.577.142	118.338	321.324	185.061	333.508	252.121	388.474	353.099	257.353	244.114	123.750
Maior ou igual a 60 anos	940.851	42.565	147.246	82.013	116.323	97.852	141.004	115.953	84.889	75.166	37.840
Idosos	14,89	14,28	23,08	22,10	13,12	17,17	14,96	12,8	12,65	11,30	10,27
<b>Mortalidade</b>											
Geral n°	53.140	2.903	5.847	3.656	6.822	5.482	8.642	6.116	5.652	4.986	2.782
taxa †	8,41	9,74	9,16	9,85	7,69	9,62	9,17	6,73	8,42	7,50	7,55
Infantil n°	1.075	58	58	35	142	88	160	143	150	138	95
taxa *	12,93	12,84	9,03	10,17	12,94	12,69	14,61	10,47	17,18	14,40	17,90
Neonatal n°	654	34	43	20	78	54	97	80	94	91	58
taxa *	7,86	7,53	6,70	5,81	7,11	7,79	8,86	5,85	10,77	9,49	10,93
Neonatal Precoce n°	487	25	27	17	59	43	77	59	72	62	44
taxa *	5,86	5,53	4,20	4,94	5,38	6,20	7,03	4,32	8,25	6,47	8,29
Neonatal Tardia n°	167	9	16	3	19	11	20	21	22	29	14
taxa *	2,01	1,99	2,49	0,87	1,73	1,59	1,83	1,54	2,52	3,03	2,64
Pós-Neonatal n°	421	24	15	15	64	34	63	63	56	47	37
taxa *	5,06	5,31	2,34	4,36	5,83	4,90	5,75	4,61	6,41	4,90	6,97
Óbitos de < 1 ano investigados %	81,30	75,86	81,03	88,57	74,65	89,77	84,38	86,01	86,00	75,36	75,79
Perinatal n°	1.342	82	78	46	181	110	236	193	156	147	102
taxa *	15,97	17,92	12,05	13,26	16,31	15,71	21,24	13,99	17,70	15,20	19,01
Óbitos Perinatais investigados %	84,13	80,49	80,77	97,83	83,98	90,00	84,75	87,05	85,90	81,63	72,55
Fetal n°	855	57	51	29	122	67	159	134	84	85	58

Óbitos Fetais investigados %	84,68	85,96	80,39	96,55	86,89	91,04	83,65	85,82	84,52	84,71	70,69
Materna n°	60	8	1	3	6	4	12	6	9	2	9
taxa**	72,14	177,07	15,57	87,21	54,67	57,67	109,57	43,91	103,08	20,87	169,56
Mulher em Idade Fértil n°	2506	153	183	95	344	254	404	276	318	266	201

38



Óbitos de Mulher em Idade Fértil Investigados %	84,96	79,08	79,23	88,42	81,69	91,34	82,57	83,33	84,91	80,83	84,08
Doenças Cardiovasculares nº	15.081	794	1.488	952	1.957	1.663	2.554	1.663	1.706	1.449	798
taxa ††	238,61	266,46	233,21	256,52	220,74	291,77	270,94	182,87	254,23	217,83	216,53
Doenças Isquêmicas do Coração #	4.775	252	524	359	577	501	825	534	496	447	246
taxa ††	185,28	212,95	163,08	193,99	173,01	198,71	212,37	151,23	192,73	183,11	198,79
Doença Cerebrovascular nº	4033	191	371	228	547	463	686	423	467	427	221
taxa ††	156,49	161,40	115,46	123,20	164,01	183,64	176,59	119,80	181,46	174,92	178,59
Neoplasias nº	8.962	440	1.315	787	1.079	953	1.336	1.087	830	752	357
taxa ††	141,79	147,66	206,10	212,06	121,71	167,20	141,73	119,53	123,69	113,05	96,87
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão nº	1.196	56	189	133	139	117	175	157	89	87	49
taxa ††	18,92	18,79	29,62	35,84	15,68	20,53	18,56	17,26	13,26	13,08	13,30
Neoplasia de mama feminina nº	852	39	128	69	98	88	121	109	89	79	30
taxa ††	25,35	24,90	36,11	33,25	21,11	28,48	23,95	22,85	25,56	22,77	15,68
Causas Externas nº	4.516	260	383	193	592	419	779	501	544	469	323
taxa ††	71,45	87,26	60,03	52,00	66,78	73,51	82,64	55,09	81,07	70,51	87,64
Homicídios, incluindo as intervenções legais nº	1400	78	32	27	168	126	313	113	227	181	127
taxa ††	22,15	26,18	5,02	7,28	18,95	22,11	33,20	12,43	33,83	27,21	34,46
Acidentes de Transporte nº	742	56	58	32	95	62	95	105	87	90	48
taxa ††	11,74	18,79	9,09	8,62	10,72	10,88	10,08	11,55	12,96	13,53	13,02
Causas Mal Definidas nº	2.792	161	183	156	468	188	475	359	333	327	127
%	5,25	5,55	3,13	4,27	6,86	3,43	5,50	5,87	5,89	6,56	4,57
Doenças Respiratórias	6.432	344	836	534	779	690	1008	689	647	566	304
taxa ††	101,76	115,45	131,02	143,89	87,87	121,06	106,93	75,77	96,42	85,09	82,49
Doenças Infecciosas e Parasitárias nº	3.071	209	339	220	405	338	479	296	339	270	159
taxa ††	48,59	70,14	53,13	59,28	45,68	59,30	50,81	32,55	50,52	40,59	43,14
AIDS nº	791	69	58	24	109	73	144	74	115	73	49
taxa ††	12,51	23,16	9,09	6,47	12,29	12,81	15,28	8,14	17,14	10,97	13,30

Tuberculose nº	385	35	28	27	61	42	69	22	48	28	21
taxa ††	6,09	11,75	4,39	7,28	6,88	7,37	7,32	2,42	7,15	4,21	5,70

AP

39

MO

Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas n°	3.354	200	268	178	433	321	600	366	383	376	219
taxa ††	53,07	67,12	42,00	47,96	48,84	56,32	63,65	40,25	57,08	56,52	59,42
Diabetes Mellitus n°	2.687	167	209	129	345	255	476	297	308	300	192
taxa ††	42,51	56,04	32,76	34,76	38,91	44,74	50,50	32,66	45,90	45,10	52,10
Nascidos Vivos	MRJ	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Número n°	83.170	4.518	6.421	3.440	10.975	6.936	10.952	13.664	8.731	9.585	5.308
Taxa de Natalidade	13,16	15,16	10,06	9,27	12,38	12,17	11,62	15,03	13,01	14,41	1,44
Taxa de Fecundidade Total	1,61	1,82	1,29	1,21	1,47	1,53	1,45	1,74	1,61	1,74	1,71
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	0,0028	0,0046	0,0025	0,0014	0,0035	0,0026	0,0026	0,0025	0,0022	0,0027	0,0031
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	0,0570	0,0729	0,0346	0,0341	0,0590	0,0539	0,0577	0,0544	0,0599	0,0591	0,0664
Mães Adolescentes	16,57	17,86	9,58	11,45	19,54	15,83	19,51	13,61	18,76	17,87	21,55
Baixo Peso %	9,38	9,87	9,02	10,23	9,72	9,93	9,58	8,87	8,88	9,54	9,93
Prematuridade %	11,12	11,95	10,90	12,18	11,32	10,34	10,94	11,21	11,52	11,54	11,42
Cesareanas %	56,48	51,86	64,73	67,21	50,76	58,17	53,21	60,32	53,82	54,44	46,18
7 e mais consultas de Pré-natal %	64,66	64,36	79,41	78,05	59,12	65,48	62,69	64,50	62,03	64,03	57,78
Cobertura do SUS %	61,62	71,86	41,47	41,22	69,72	60,30	66,14	52,74	68,08	64,10	74,39

FONTE: CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC - RJ

ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010.

FUNDAMENTAÇÃO: SINASC\_SIM\_CID 10 e RIPSÁ - Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008).

NOTAS: \* Taxa por 1000 nascidos vivos.\*\* Taxa por 100 mil nascidos vivos.† Taxa por 1000 habitantes. †† Taxa por 100 mil habitantes.

# Taxa de mortalidade específica para maiores de 40 anos. OBSERVAÇÕES:

1. População total do IBGE, CENSOS de 2000 e 2010. Estimativas 2001 a 2009 feitas pelo IPP, 2011 e 2012 feitas da SMSDC/SUBPAV, considerando os CENSOS (2000 e 2010).
2. Para o cálculo dos indicadores segundo faixa etária e sexo, foram utilizadas estimativas do IPP considerando os CENSOS de 1991 e 2000.
3. Somente a partir de 2006 as informações contidas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitiram obter a proporção dos investigados.
- 4- Os dados de 2012 estão sujeitos à atualização e revisão.

5-Nesta tabela estão incluídos todos os nascimentos e óbitos com AP de residência ignorada.

Indicadores de Saúde da Área de planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2012

1. Indicadores demográficos:

40



Indicadores Demográficos		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
População Total	nº	859.210	861.689	864.223	866.814	869.461	872.165	874.926	877.745	880.622	883.557	886.551	886.551	886.551
Razão de Sexos	%	90,12	89,92	89,73	89,53	89,33	89,13	88,93	88,73	88,73	88,73	90,95	90,95	90,95
	nº	293.440	299.566	305.935	312.548	319.432	326.551	334.025	341.747	341.747	341.747	333.508	333.508	333.508
Maiores ou iguais a 40 anos	nº	99.301	102.090	105.014	108.071	111.284	114.606	118.178	121.862	121.862	121.862	116.323	116.323	116.323
Idosos	%	11,56	11,85	12,15	12,47	12,80	13,14	13,51	13,88	13,84	13,79	13,12	13,12	13,12

## 2. Nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – possibilita a consolidação de indicadores de importância para o acompanhamento das condições de nascimento das crianças desta cidade, assim como a situação da assistência pré-natal.

Desde 1993 as informações sobre condições de nascimento na Cidade vêm sendo analisadas, e, desde 2003 este sistema encontra-se descentralizado para as 10 Coordenações de Área de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde. Esta descentralização possibilitou maior agilidade na disponibilização dos dados para os gestores.

Ao longo destes anos tem sido realizado o acompanhamento de alguns indicadores – prematuridade, baixo peso, frequência de cesarianas, número de consultas de pré - natal, taxa de fecundidade, taxa de natalidade e cobertura SUS.

Estes dados serão analisados em uma pequena série de anos, de 2000 a 2006 para as AP, observando-se as diferenças de padrão em relação ao perfil da Cidade.

### 1. Cobertura SUS – nascimentos em unidades do Sistema Único de Saúde

As unidades de saúde das esferas municipais, estaduais, federais, universitárias e privadas ou filantrópicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) compõem a rede de serviços de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Este conjunto de unidades responde por aproximadamente 65 a 70% dos nascimentos ocorridos na Cidade.

Deve-se considerar em relação a este indicador a dinâmica de oferta de leitos e serviços pelos setores público e privado e a condição socioeconômica da população de cada área, com maior

ou menor possibilidade de aquisição de serviços da rede privada, através dos diversos planos de saúde existentes.

Entre as áreas da cidade se observa a combinação destes fatores demarcando as diferenças de utilização da rede pública. As áreas mais carentes utilizando e dependendo mais do serviço público, e as áreas mais ricas utilizando menos.

2. Nascidos vivos na AP 3.1

Nascidos Vivos		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número	nº	13.205	12.889	11.982	12.323	11.990	11.811	11.450	11.316	11.437	11.512	10.902	11.351	11.041
Taxa de Natalidade	taxa	15,37	14,90	13,86	14,22	13,72	13,54	13,09	12,89	12,99	13,03	12,30	12,80	12,45
Taxa de Fecundidade Total	taxa	1,77	1,71	1,60	1,64	1,59	1,57	1,50	1,50	1,52	1,53	1,46	1,47	1,48
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	taxa	0,0045	0,0046	0,0040	0,0045	0,0030	0,0037	0,0037	0,0036	0,0039	0,0035	0,0030	0,0035	0,0033
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	taxa	0,0081	0,0054	0,0068	0,0043	0,0018	0,0020	0,0076	0,0073	0,0056	0,0095	0,0056	0,0090	0,0094
Mães Adolescentes	%	20,97	20,55	20,14	20,58	19,85	20,05	19,07	18,96	18,13	18,88	18,44	19,12	19,18
Baixo Peso	%	9,07	9,56	10,45	10,14	9,75	9,81	9,70	9,70	9,69	10,15	10,04	9,64	10,25
Prematuridade	%	7,17	7,63	7,68	8,98	8,26	8,29	8,70	8,93	9,02	9,36	9,05	11,11	13,42
Cesarianas	%	45,21	45,95	42,81	43,99	46,40	48,49	49,53	50,51	51,22	52,51	54,54	51,99	53,35
7 e mais consultas de Pré-natal	%	49,62	53,24	53,75	58,83	62,16	66,40	65,84	64,94	61,87	59,81	59,00	59,59	63,39
Cobertura do SUS	%	78,00	77,01	73,95	77,63	78,86	73,90	73,20	74,01	72,06	69,74	68,63	69,72	68,73

ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IFR/SMU-RJ e Censo 2010.

FUNDAMENTAÇÃO: SINASC SIM, O D 10 e RPSA - Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008).

1. Taxa de Natalidade

A taxa de natalidade é um indicador que expressa a influência dos nascimentos na população em geral, ou seja, possibilita a avaliação do crescimento vegetativo da população quando observada em conjunto com a taxa de mortalidade.

Taxas de natalidade elevadas são encontradas em situações socioeconômicas mais precárias. Para o Brasil a taxa de 2004 foi de 18,11/1000. As taxas das regiões norte/nordeste situam-se acima de 20/1000.

2. Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade total é o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher. Expressa a dinâmica demográfica da população em relação à capacidade de reposição populacional.

*“Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego”. (Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). / IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.)*

3. Condições de Nascimento

A prematuridade, o baixo peso, a maternidade precoce, a frequência de cesarianas, o número de consultas de pré-natal e a cobertura SUS são indicadores que possibilitam identificar as condições de nascimento que determinam risco à sobrevivência dos recém-nascidos.

4. Prematuridade

A prematuridade – nascimentos ocorridos antes da 37ª semana de gestação - é uma condição de risco para sobrevivência dos recém-nascidos. A prematuridade e o baixo peso ao nascer resultam em fragilidades orgânicas que propiciam o desenvolvimento de complicações como as infecções, e maior risco de morte.

A prematuridade pode ser determinada por várias condições como: infecções maternas – vaginose bacterianas, infecções do trato geniturinário, trabalho de parto prematuro, ruptura



prematura de membranas, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, gestação gemelar, placenta prévia, restrição do crescimento intra-uterino, polidrâmnio, amnionite, incompetência istmocervical, diabetes, abuso de drogas e pielonefrite.

Algumas das condições determinantes da prematuridade são situações evitáveis através da atenção pré-natal adequada. A identificação precoce do desenvolvimento destas patologias e a disponibilidade de recursos para se enfrentar as complicações existentes definirão o risco de morte para o feto, e em muitas circunstâncias também para a mãe.

#### 5. **Baixo Peso ao Nascer**

O baixo peso ao nascer – menor que 2,5Kg - é definido como um indicador de risco para morbi- mortalidade infantil, em especial no período neonatal.

*“O baixo peso ao nascer pode ser devido à menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino, ou ainda a uma combinação de ambos” (Kramer, 1987). Villar & Belizan (1982) apontam o retardo de crescimento intra-uterino como o maior responsável pelo baixo peso ao nascer nos países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos esta condição é decorrente principalmente de nascimento pré-termo”. (HORTA, B. L., et al. 1996 - Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(Supl.1):27-31, 1996)*

#### 6. **Tipo de Parto – Cesariana**

O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de partos cesariana vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Para o Brasil a frequência do tipo de parto cesariana em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando comparado aos 15% preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

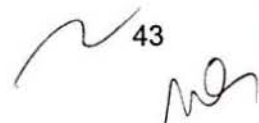
A realização do parto cesariana segue parâmetros para sua indicação.

*“As indicações absolutas mais tradicionais são: desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transversal (atravessado); e sofrimento fetal. A ocorrência de diabetes gestacional, ruptura prematura da bolsa d'água e bebê com trabalho de parto prolongado também são consideradas indicações relativas para a cesariana. O Ministério da Saúde acrescentou, recentemente, outra indicação para essa cirurgia. É o caso de gestantes portadoras do vírus HIV. A cesariana passou a ser agendada nessas situações porque se descobriu que a hora do parto é o momento de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus”. (site da SES do Distrito Federal)*

A realização indiscriminada de cesarianas pode determinar o surgimento de complicações obstétricas – como as infecções - e neonatais - como a prematuridade iatrogênica, que definem maior risco para mortalidade infantil e materna.

A Cidade do Rio de Janeiro situa-se neste indicador muito acima do preconizado e com tendência de crescimento. A prática médica e a “escolha” da mulher do parto cesáreo congregam fatores de várias naturezas: socioeconômicos, culturais, emocionais, e todas as



43  


questões que tem de um lado os médicos e de outro as pacientes. A mudança deste perfil depende de explicitar para a sociedade a discussão dos aspectos éticos e técnicos sobre cesariana e sobre parto natural/normal, e desta forma garantir aos indivíduos as informações necessárias para esclarecimento dos riscos e indicações de um ou outro procedimento.

### **7. Mães Adolescentes**

A frequência de nascidos vivos de mães adolescentes – idade menor que 20 anos, variou de 19 a 17% entre os anos de 2000 e 2006. Para o Brasil, esta proporção variou de 23,4% em 2000 para 21,8% em 2005.

O enfoque da maternidade na adolescência se preocupa com duas questões: o maior risco para a mortalidade infantil e materna. As duas situações estão carregadas de dramaticidade relacionada à vivência, em um momento precoce da vida, de situações fortes e definitivas.

*“Entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão também vem sendo citadas como contribuintes para resultados adversos durante a gestação, o parto e o período neonatal, além de consequências emocionais advindas de relações conjugais instáveis”.*

### **8. Consultas de Pré-natal – 7 consultas ou mais**

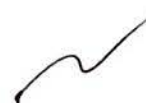
*“As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando serviços de saúde. Elas depositam sua confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas” (MS, 2004).*

O acompanhamento pré-natal é uma ação básica de saúde que insere abordagens preventivas e curativas. A detecção precoce de problemas é o que se objetiva. Problemas que podem ser específicos do desenvolvimento do feto ou referidos exclusivamente à saúde da mãe pela agudização de problemas pré-existentes.

*“A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde” (MS, 2004).*

O pré-natal é, portanto, uma ação estratégica que afeta a condição de saúde de um grupo populacional através da saúde da criança e da mulher. Uma vertente de atuação tão importante deve ser um eixo prioritário na condução das políticas públicas do setor saúde e para além dele.

A perspectiva de ampliação da oferta da atenção pré-natal deve ser acompanhada pela preocupação com a qualidade do cuidado que está sendo ofertado. Esta garantia de qualidade significa qualificação profissional e disponibilidade de recursos/insumos. O que se objetiva é a identificação de situações de risco para o desenvolvimento fetal e para a saúde da mulher durante a gravidez ou em decorrência da gravidez, e a disseminação de informações adequadas sobre o cuidado do recém-nascido e da mulher.





“Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho

de parto e abortos, são a maioria, apesar de ser facilmente evitável, através de adequada assistência ao ciclo gravídico- puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério. As condições de assistência e a própria organização dos serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas da mulher são analisados”.

A mortalidade infantil e a materna têm como causas principais: a hipertensão materna, as infecções, a sífilis, as hemorragias - condição identificável, por adequado acompanhamento pré-natal que poderiam evitar a morte de grande número de recém-nascidos e mulheres.

### 3. Mortalidade

#### 1. Óbitos na Cidade do Rio de Janeiro

##### 1. Taxa Bruta de Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade relaciona a mortalidade total de residentes na Cidade do Rio de Janeiro com a sua população. Neste caso, trabalhamos com um índice por 100 mil habitantes em função do tamanho populacional de cada uma das áreas de planejamento da Cidade.

Mortalidade		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Geral	nº	8.793	8.719	8.793	8.906	8.749	8.422	8.557	8.345	8.837	8.971	9.174	8.642	8.506
	taxa †	9,47	9,38	9,44	9,64	9,37	9,01	9,14	8,90	9,41	9,53	9,74	9,17	9,03
Infantil	nº	264	223	210	228	198	223	169	154	193	172	194	160	172
	taxa *	16,03	15,15	14,98	16,56	13,97	16,75	13,06	12,24	15,59	13,33	15,78	13,61	14,59
Neonatal	nº	167	149	142	150	139	143	109	101	118	110	125	97	120
	taxa *	10,14	10,12	10,13	10,89	9,81	10,74	8,42	8,03	9,53	8,52	10,17	8,25	10,18
Neonatal Precoce	nº	120	106	112	113	93	101	82	77	91	85	94	77	84
	taxa *	7,29	7,20	7,99	8,21	6,56	7,59	6,34	6,12	7,35	6,59	7,65	6,55	7,12
Neonatal Tardia	nº	47	43	30	37	46	42	27	24	27	25	31	20	36
	taxa *	2,85	2,92	2,14	2,69	3,25	3,15	2,09	1,91	2,18	1,94	2,52	1,70	3,05
Pós-Neonatal	nº	97	74	68	78	59	80	60	53	75	62	69	63	52
	taxa *	5,89	5,03	4,85	5,67	4,16	6,01	4,64	4,21	6,06	4,80	5,61	5,36	4,41
Perinatal	Óbitos de < 1 ano investigados	%	-	-	-	-	-	12,43	44,16	64,25	72,09	71,13	84,38	86,63
	taxa †	19,61	18,21	18,77	18,54	17,79	18,28	15,99	16,59	17,04	16,65	17,95	16,26	15,39
Fetal	Óbitos Fetais investigados	%	-	-	-	-	-	12,92	44,55	69,48	77,42	72,65	83,42	84,70
	nº	207	165	154	145	162	145	127	134	122	129	116	99	
Materna	nº	10	14	15	11	9	6	5	11	10	11	15	12	9
	taxa**	60,71	95,11	107,02	79,90	63,51	45,07	38,64	37,41	80,78	85,24	122,00	102,08	76,34
Mulher em Idade Fértil	nº	538	514	504	474	473	483	450	459	431	463	436	404	411
	Óbitos de Mulher em Idade Fértil investigados	%	-	-	-	-	-	39,33	42,92	66,13	81,64	86,70	82,57	89,78

45  
me

<b>Doenças Cardiovasculares</b>	nº	2.459	2.420	2.556	2.389	2.499	2.286	2.431	2.297	2.764	2.795	2.607	2.554	2.506
	taxa **	164,75	160,21	174,47	156,18	167,60	144,43	159,54	144,86	194,18	197,00	181,23	171,11	166,02
<b>Doenças Isquêmicas do Coração #</b>	nº	774	793	826	776	755	770	834	624	859	827	798	825	794
	taxa **	229,93	230,86	235,56	216,71	206,38	205,95	218,17	159,59	219,69	211,50	205,42	212,37	201,82
<b>Doença Cerebrovascular #</b>	nº	828	815	847	803	832	725	733	797	826	849	767	886	839
	taxa **	245,97	237,27	241,55	224,25	227,43	193,91	191,75	203,83	211,25	217,13	197,44	176,59	164,49
<b>Neoplasias</b>	nº	1.239	1.268	1.176	1.280	1.279	1.213	1.297	1.317	1.394	1.348	1.399	1.336	1.419
	taxa **	133,40	136,34	126,28	137,26	136,96	129,70	138,47	140,39	141,98	143,24	148,51	141,82	150,63
<b>Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão</b>	nº	199	174	175	187	196	194	180	191	191	193	196	175	176
	taxa **	21,43	18,71	18,79	20,05	20,99	20,74	19,22	20,36	20,33	20,51	20,81	18,58	18,58
<b>Neoplasia de mama feminina</b>	nº	117	140	112	128	134	108	124	166	149	158	140	121	152
	taxa **	23,68	28,16	22,38	25,38	26,37	21,07	23,98	31,79	28,53	30,26	26,81	23,17	29,11
<b>Causas Externas</b>	nº	1.120	1.096	1.107	1.143	1.042	1.050	995	958	957	926	898	779	791
	taxa **	120,59	117,85	118,87	122,57	111,58	112,27	106,23	102,12	101,86	98,40	95,32	82,69	83,97
<b>Homicídios, incluindo as intervenções legais</b>	nº	658	618	671	679	599	555	525	437	389	441	424	332	272
	taxa **	70,84	66,45	72,05	72,81	64,14	59,34	56,05	46,58	41,40	46,86	45,01	35,24	28,87
<b>Acidentes de Transporte</b>	nº	166	165	161	156	166	167	164	136	138	132	136	95	120
	taxa **	17,87	17,74	17,29	16,73	17,78	17,86	17,51	14,50	14,69	14,03	14,44	10,08	12,74
<b>Causas Mal Definidas</b>	nº	1.143	1.064	996	1.072	967	922	909	800	645	538	581	475	447
	%	13,00	12,20	11,33	11,93	11,05	10,95	10,62	10,55	7,30	6,00	6,33	5,50	5,26
<b>Doenças Respiratórias</b>	nº	746	841	863	915	830	838	830	772	852	960	1.015	1.008	953
	taxa **	80,32	90,43	92,67	98,12	88,88	89,60	88,61	82,30	90,68	102,01	107,74	107,00	102,22
<b>Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	nº	393	392	438	471	444	425	402	395	434	446	502	479	471
	taxa **	42,31	42,15	47,03	50,51	47,54	45,44	42,92	42,11	46,19	47,39	53,29	50,85	50,00
<b>AIDS</b>	nº	136	117	141	141	115	119	115	124	113	128	137	144	126
	taxa **	14,64	12,58	15,14	15,12	12,31	12,72	12,28	13,22	12,03	13,60	14,54	15,29	13,27
<b>Tuberculose</b>	nº	69	80	75	75	67	51	65	49	58	58	65	69	62
	taxa **	7,43	8,60	8,05	8,04	7,17	5,45	6,94	5,22	6,17	6,16	6,90	7,32	5,52
<b>Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas</b>	nº	519	507	528	556	517	469	508	550	566	588	602	600	651
	taxa **	55,88	54,52	56,70	59,62	55,36	50,15	54,24	58,63	60,24	62,48	63,90	63,69	58,49
<b>Diabetes Mellitus</b>	nº	425	414	428	446	405	353	401	444	454	482	493	476	420
	taxa **	45,76	44,52	45,96	47,83	43,37	37,74	42,81	47,33	48,32	51,22	52,33	50,53	45,54

Fonte: CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC - RJ  
ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010. |  
Fundamentação: SINASC, SIM, CID 10 e RPSA - indicadores básicos para Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008).

## 2. Mortalidade Infantil

Atualmente a diminuição da taxa de mortalidade infantil na Cidade está atrelada a redução das mortes neonatais, em particular aquelas que ocorrem até o sétimo dia de vida - neonatais precoces. Desse modo, esta redução está relacionada a ações de saúde que se relacionam com o acompanhamento da gestação, do parto e da assistência em neonatologia.

Nas décadas de 80 e 90, as ações de controle da doença diarreica, desidratação e desnutrição resultaram em importante decréscimo da mortalidade pós-neonatal – acima dos 28 dias de vida, principal responsável pelas elevadas taxas. Ao mesmo tempo ocorrem melhorias nas condições de oferta de saneamento básico e água tratada. Além disto, a ampliação da oferta de serviços de saúde determinou a possibilidade de intervenções curativas e preventivas a grupos populacionais especialmente vulneráveis ao adoecimento e a morte. A queda da mortalidade de menores de um ano naquelas duas décadas se deveu à diminuição das mortes acima dos 28 dias de vida.

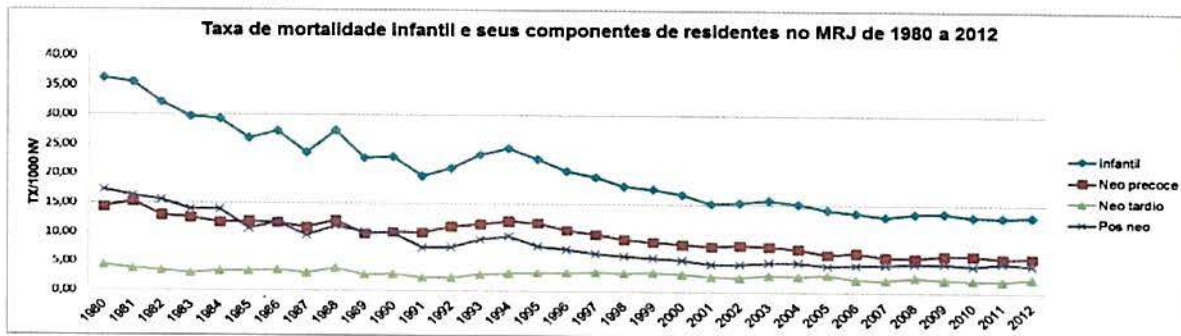
Na década de 80 observa-se também diminuição da mortalidade neonatal precoce, mas que não se compara à magnitude da queda do componente pós-neonatal.

A partir da década de 90 a redução da mortalidade infantil está principalmente condicionada à redução da mortalidade neonatal, mas o grupo pós-neonatal ainda tem sua importância. Subsistem em diversas áreas da cidade, grupos populacionais especialmente vulneráveis

vivendo em precárias condições e que enfrentam situações determinantes de condições de risco para mortalidade pós-neonatal.

De 2000 em diante a queda da mortalidade infantil ocorre em função principalmente do componente neonatal e principalmente a partir do neonatal precoce.





Fonte: SIM - GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMS-RJ

Taxa de mortalidade infantil e seus componentes de residentes no município do Rio de Janeiro de 1980 a 2012

Tx/1000	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Infantil	36,10	35,40	32,10	29,70	29,30	26,10	27,30	23,60	27,40	22,70	22,90	19,70	21,00	23,30	24,50	22,60	20,60	19,60	18,10	17,60
Neo precoce	14,40	15,30	13,00	12,60	11,80	12,00	11,80	11,00	12,20	9,80	10,10	10,00	11,70	11,60	12,10	11,80	10,50	9,80	8,90	8,50
Neo tardio	4,40	3,80	3,50	3,00	3,40	3,40	3,60	3,10	3,90	2,80	2,90	2,30	2,30	2,90	3,10	3,20	3,20	3,30	3,20	3,30
Pos neo	17,30	16,30	15,60	14,00	14,00	10,70	11,90	9,50	11,30	10,10	9,90	7,40	7,50	8,80	9,40	7,70	7,20	6,50	6,10	5,80

Tx/1000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Infantil	16,74	15,20	15,42	15,77	15,23	14,15	13,69	13,07	13,59	13,63	13,05	12,93	13,05
Neo precoce	8,11	7,84	8,05	7,79	7,41	6,54	6,86	6,12	6,01	6,43	6,38	5,80	5,98
Neo tardio	3,11	2,60	2,53	2,85	2,70	3,01	2,17	2,12	2,60	2,23	2,06	2,01	2,37
Pos neo	5,52	4,76	4,83	5,12	5,12	4,58	4,67	4,83	4,98	4,97	4,62	5,06	4,70

Fonte:SIM – GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMS-RJ

### Óbitos infantis residentes no MRJ, segundo AP de residência – 2012

AP Residência	< 7 dias	7-27 dias	28 dias - <1 ano	Total
Ign	4	0	2	6
1.0	26	8	15	49
2.1	22	6	13	41
2.2	13	5	12	30
3.1	55	21	79	155
3.2	42	12	28	82
3.3	85	37	54	176
4.0	76	27	61	164
5.1	74	43	47	164
5.2	55	21	47	123
5.3	50	18	37	105
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>198</b>	<b>395</b>	<b>1095</b>

Fonte:SIM - GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMS-RJ

#### 1. Componentes da mortalidade infantil

##### 1. Mortalidade Perinatal

A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer – acima de 500 gramas. É um indicador que, de forma mais direta, enfoca os aspectos relacionados ao acompanhamento da gestação e parto. A parcela relativa aos óbitos fetais está relacionada diretamente às intercorrências, durante a gravidez ou durante o trabalho de parto, e ainda sofre influências de problemas como o sub registro.

A mortalidade perinatal está associada a uma gama de situações em que as ações de saúde, voltadas para o acompanhamento pré-natal e identificação de situações que possam colocar em risco a

*(Assinaturas manuscritas)*

gestação, não obtiveram êxito. A hipertensão materna, a infecção de trato urinário e a sífilis congênita aparecem como principais causas de mortalidade deste grupo.

#### **3.1.2.2.1 Neonatal Precoce**

Corresponde ao número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado e assim estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida, refletindo, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Permite analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal precoce, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. E assim subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Alguns fatores podem também influenciar o comportamento do indicador, como a redução da natalidade e fecundidade. As mais expressivas reduções destes dois indicadores se dão nas AP 5 – chegando perto de reduções da ordem de 30%.

#### **Neonatal Tardia**

Corresponde ao número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população em determinado espaço geográfico, no ano considerado e estima o risco de um nascido vivo morrer durante o período neonatal tardio, refletindo condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Contribui para a análise comparada das

condições de saúde e socioeconômicas, permitindo assim analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia e assim subsidiar o processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Assim como na mortalidade neonatal precoce, os recursos disponíveis para a assistência neonatal atualmente, conseguem evitar a morte de recém-nascidos, que há 10 anos atrás não seriam considerados viáveis, e consegue prolongar a vida de muitos em que a possibilidade de sobrevivência era muito pequena.

O aprimoramento da assistência neonatal intensiva, com a utilização de recursos tecnológicos cada vez mais potentes, consegue postergar a morte, mas para uma parcela de casos não consegue evitá-la. Dois aspectos desta discussão são os conceitos de viabilidade e evitabilidade.

A viabilidade está atrelada às condições mínimas de desenvolvimento do recém-nascido – peso, maturidade pulmonar, e a não ocorrência de complicações durante a própria assistência, que possibilitem que ele sobreviva com uma perspectiva de ter qualidade para o seu futuro.

A evitabilidade se refere ao enfrentamento da morte, e as possibilidades, com os recursos terapêuticos e tecnológicos disponíveis, de se evitar que ela ocorra.

#### **3.1.2.2.3 Pós-neonatal**

A mortalidade pós-neonatal, que ocorre acima de 28 dias de vida e antes de completar um ano de idade, corresponde a aproximadamente 1/3 das mortes de menores de um ano. As causas de morte mais frequentes são: as Anomalias Congênitas, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças do



Aparelho Respiratório e Causas Mal Definidas. Em cada um destes grupos de causas destacam-se as Anomalias Congênitas do coração e pulmão, Causa Indeterminada, Septicemias, Diarréia, Pneumonias, Bronquiolite e Broncoaspiração. Aproximadamente metade das mortes pós-neonatais ocorre nos três primeiros meses de vida.

Este componente da mortalidade infantil contém uma parcela de óbitos que migra do período neonatal para o pós-neonatal, pelo adiamento do óbito, ou seja, a evitabilidade da morte é improvável.

Parte importante das mortes pós-neonatais – quase metade delas, poderia ser evitada pela ampliação da cobertura das ações de saúde e de infraestrutura (fornecimento de água e esgotamento sanitário).

### 3.1.1.3 Mortalidade Materna

O indicador de mortalidade materna se refere às mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério.

É um indicador clássico do acompanhamento das condições de saúde e de vida.

O comportamento da taxa de mortalidade materna reflete problemas relacionados à identificação dos casos de morte maternos não notificados como tais.

O sub registro da morte materna impõe a necessidade de investigação de todos os óbitos das mulheres em idade fértil, na busca de dados que possibilitem identificar se ela estava ou esteve grávida.

Na Cidade do Rio de Janeiro a taxa de mortalidade materna está situada em 50/100 mil nascidos vivos. Uma taxa elevada e que apresenta ainda um fator de ajuste de 1,35 para a região sudeste, identificado por trabalho realizado em 2001 (LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. *Rev. bras. epidemiol*, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.).

## 3. Mortalidade Geral

O Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, era de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SES-RJ até 1995, data em que passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 1995.

A SMS-RJ descentralizou o SIM para as 10 Áreas de Planejamento da cidade a partir de 2005. São trabalhadas as informações referentes a Óbitos de Residentes no Município do Rio de Janeiro, visando traçar um perfil dos óbitos para cada uma das AP e para a cidade.

As taxas de mortalidade foram calculadas por 100.000 habitantes, sendo expressas por AP, incluindo sempre a média do município do Rio de Janeiro.

## 4. Comentários

Os indicadores de saúde, mortalidade e nascimentos, possibilitam a identificação e monitoramento de padrões adoecimento, morte e assistência. A análise da situação de saúde exclusivamente a partir destas informações, entretanto, não permite o entendimento da realidade de saúde dos diferentes

  49  


grupos que vivem nesta Cidade. Esta análise deve incorporar informações de outras áreas do conhecimento.

Cada área da Cidade é um universo próprio, como se tivéssemos 10 grandes cidades dentro de uma só. A identidade de cada uma delas determina formas de viver às vezes muito diferentes. E ainda, dentro de uma mesma área temos regiões muito diversas, heterogêneas, o que pode se refletir na indefinição de padrões.

A organização do espaço e da distribuição de bens e serviços também não se dá de forma homogênea, e sua maior ou menor oferta reflete diretamente nos resultados dos indicadores de saúde.

---

ANEXO TÉCNICO C DO PROJETO BÁSICO

---

## HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE & CER ILHA DO GOVERNADOR



A. GESTÃO DAS UNIDADES

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção as urgências, serão geridos pela Organização da Sociedade Civil – OS somente aqueles apontados no Termo de Colaboração.

**1. OBJETO**

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, pela CONTRATADA, que assegure assistência universal e gratuita à população, no âmbito do Hospital Municipal Evandro Freire e CER Ilha do Governador

**1. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados, tal como definido no Anexo I Termo de Referência do presente Termo de Colaboração.

**1. Coordenação de Emergência Regional – CER Ilha do Governador**

<b>CER ILHA DO GOVERNADOR</b>	<b>QUANTIDADE</b>
ATENDIMENTOS DIA MÍNIMO	250
LEITOS DE OBSERVAÇÃO ADULTO (SALA AMARELA)	12
LEITOS DE OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA (SALA AMARELA PEDIÁTRICA)	2
LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (SALA VERMELHA)	3

**2. HOSPITAL MUNICIPAL EVENDRO FREIRE - HMEF**

**1. Produção do Hospital Municipal Evandro Freire**

Especialidade	Leitos	Taxa Ocupação(%)	Tempo Méd. Permanência	Saídas/ mês	Saídas/ ano
<b>Especialidades Clínicas e cirurgias</b>					
Clinica medica e cirurgia	58	95	08	218	2626
<b>Especialidades Cirúrgicas</b>					
Saúde Mental	15	95	18	24	289
<b>Leitos Complementares</b>					
CTI Adulto	30	95	10	87	1.040
<b>Total Geral</b>	<b>103</b>	<b>95</b>		<b>329</b>	<b>3.955</b>

**2. Perfil Assistencial do Hospital Municipal Evandro Freire**

<b>Perfil Assistencial HMEF</b>
Medicina Interna
Terapia Intensiva adulto
Cirurgia Geral
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia urológico-emergência

Cirurgia de Tórax-emergência
Cirurgia Buco Maxilo Facial-emergência
Anestesiologia
Centro Cirúrgico
Sala de recuperação anestésica
Central de Esterilização
Saúde Mental
Serviço de diagnóstico por imagem
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica
Patologia Clínica
Unidade Transfusional
Serviço de Endoscopia alta e baixa
Serviço de Nefrologia/Tratamento dialítico
Farmácia
Nutrição e Dietética SND
Serviço Social
Serviço de Atendimento Móvel/Ambulância de transporte
Necrotério
Serviço de Prontoário de Pacientes

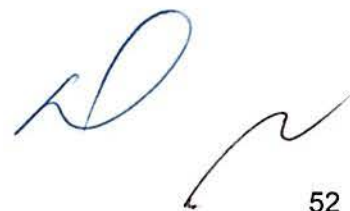
**A.2.2.3 SADT HMEF e CER ILHA**

Especialidade	Exames/mês	Exames/ano
Patologia Clínica	24.000	288.000
Radiodiagnóstico	4.000	48.000
Ultrasonografia	400	4.800
Tomografia computadorizada	1.000	12.000
Endoscopia digestiva alta e baixa	150	1.800
Endoscopia urinária(1*)	50	600
Broncoscopia	70	840
Eletrocardiografia	400	4800
Ecocardiografia	200	2400
Hemodiálise	200	2.400
Anatomia Patológica	220	2.640

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos para os pacientes internados e em observação no HMEF estão considerados dentro da internação e deverão ser garantida a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos, realizando todos aqueles previstos na tabela SUS.

**4. Equipe de Profissionais das Unidades**

**1. CER Ilha do Governador**






A **CER Ilha do Governador** deverá contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador médico, coordenador administrativo, coordenador de enfermagem, médico generalista ou emergencista, médico pediatra, médico específico e dedicado especificamente à regulação regional, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia (se o serviço de raio x não for terceirizado), auxiliares de serviços gerais, maqueiros, auxiliares administrativos. Outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com a necessidade local da CER.




## 2. Hospital Municipal Evandro Freire

O **Hospital Municipal Evandro Freire HMEF** deve funcionar nas 24 horas do dia, sábados, domingos e feriados, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capaz de manter e contemplar durante todo o período de funcionamento toda a demanda assistencial e administrativa da unidade, tanto para as atividades de rotina do hospital, quanto para apoio assistencial e de retaguarda de emergência à CER Ilha do Governador, nas diversas especialidade assistenciais de suporte a urgência e emergência clínica, traumática e psiquiátrica de qualquer complexidade, de tal forma que o quantitativo de profissionais seja capaz de cumprir todas as metas v assistenciais, administrativas e gerenciais que fazem parte do presente Termo de Colaboração. Além disso, deve o corpo clínico, assistencial e de apoio ser adequado ao nível de complexidade assistencial do HMEF e dos serviços descritos na presente convocação pública. A organização do trabalho deverá se efetivar através de equipes multiprofissionais não só de forma horizontal, como também em plantão cobrindo as 24 h do dia, incluindo sábados, domingos e feriados,, utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe. Os atendimentos psiquiátricos de emergência bem como o acolhimento psiquiátrico, será feito pelos psiquiatras e pela enfermagem de plantão no HMEF, utilizando espaço destinado a este fim, localizado no pavimento da CER Ilha do Governador.




## 5. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implantar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá:

- Implantar mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a eficiência dos leitos, a reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho;
- Implantar Comissão de Prontuários;
- Implantar Comissão de Óbito;
- Implantar Comissão de Ética médica;
- Implantar<sup>[11]</sup>Comissão de Revisão de Prontuários; <sup>[11]</sup>
- Implantar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Implantar Comissão de Nutrição Enteral e Parental;
- <sup>[11]</sup>Comissão de Farmácia e Terapia;
- Implantar Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Implantar Comissão de Ética Enfermagem;
- Implantar Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

   
53  


- Implantar Comissão Intra- Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
  - Implantar Comissão Transfusional; [SEP]
  - Implantar Núcleo de Engenharia Clínica; [SEP]
  - Implantar Núcleo de Segurança do Paciente; [SEP]
  - Implantar Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE
  - Realizar auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS/RJ.
  - Desenvolver atividades de educação permanente para as equipes; mantendo cronograma específico detalhado e organizado;
  - Manter taxa de ocupação mínima de 85%;
  - Respeitar o tempo máximo de permanência contemplados no quadro do item A.2.2.1
  - Implantar os Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar compostos pelos: Coordenador da CER Ilha do Governador; Coordenador da UTI do HMEF; Coordenador das Unidades de Internação; Coordenador do NIR do hospital e por um representante da SMS/RJ.
  - Implantar Serviços de Atendimento ao Cliente/Usuário;
  - Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.
- 
- Compete ao Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar:
  - Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;
  - Promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
  - Monitorar o tempo de espera para atendimento na CER e para internação;
  - Observar os indicadores e metas de avaliação;
  - Adotar os Protocolos clínicos da SMS/RJ;
- 
- Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
  - Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
  - Manter a vigilância sobre a taxa média de ocupação e média de permanência;
  - Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;
  - Monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;
  - Agilizar a realização dos exames necessários
  - Garantir a permanente atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
  - Garantir a permanente atualização da Ficha de Programação Orçamentária (FPO):
  - Monitorar o preenchimento diário do Censo Hospitalar via web  
(site:[www.sms.rio.rj.gov.br/censo](http://www.sms.rio.rj.gov.br/censo))

   
54  




- Manter registro atualizado da distribuição e condições de uso dos equipamentos existentes
- Monitorar e garantir o envio mensal das informações do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares);
- Monitorar e garantir o envio mensal das informações do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais)

## 6. Cobertura

A prestação dos serviços pela CONTRATADA, abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos, a programação visual das unidades, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência de âmbito hospitalar e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde pelo HMEF e pela CER Ilha do Governador, 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

### ANEXO TÉCNICO D DO PROJETO BÁSICO

---

## ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE E CER ILHA

### ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

#### 1. - CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente Termo de Colaboração tem como principal objetivo garantir a melhora do desempenho e a qualidade nas unidades assistenciais através da criação de instrumentos de monitoramento e da atribuição de incentivos financeiros. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise à mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando assim, o acesso da população aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de avaliação do contrato a identificação e a avaliação de problemas, a discussão e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas.

A Subsecretaria de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, através da Comissão de Monitoramento e Avaliação, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes técnicos assistenciais da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE.

#### 1. RESPONSABILIDADES NO ACOMPANHAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos

e a correção de possíveis desvios e para tanto será criada uma Comissão de Monitoramento e Avaliação que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

## 2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

A Comissão de Monitoramento e Avaliação realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos por esta secretaria para a gestão da Organização da Sociedade Civil.

A coordenação das reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação, caberá à Subsecretaria de Gestão, através da Coordenadoria de Administração de Contratos com Organizações Sociais, Convênios e Contratos (SUBG/CTCGOS).

Sempre que necessários outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

## 3. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS/RJ ou pela contratada,
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços;
- Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas assistenciais;
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados, encaminhando-as ao gestor da OS para as correções necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados;
- Avaliar a pontuação no quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ sobre os dados analisados.



O gestor ou comissão gestora da parceria emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação e o submeterá à comissão de monitoramento e avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil.

O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

I - descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

II - análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;

III - valores efetivamente transferidos pela Administração Municipal;

IV - análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo termo de colaboração ou de fomento;

V - análise de eventuais das auditorias realizadas pela Controladoria Geral do Município e pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no âmbito da fiscalização preventiva e concomitante, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.


No caso de parcerias financiadas com recursos de fundos específicos, o monitoramento e a avaliação serão realizados pelos respectivos conselhos gestores, respeitadas as exigências deste Decreto.

## 2. - ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

### 1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização da Sociedade Civil descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
- Os serviços que oferta;
- Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra-referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
- Ser dotado de mecanismos que possibilitam disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração;



- Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como com as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

## 2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apontam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico eletrônico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, gripe A, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- Registro dos agravos de notificação compulsória - SINAN
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

## 3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:





- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

### 3. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs da região onde a unidade está instalada, ao Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso- PADI, Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado;
- Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede;
- Acordos entre profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra-referências estabelecidas;
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

### 4. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Indicadores da Parte Variável e Indicadores de Produção

Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a falta de qualidade e a ineficiência quase sempre aumenta os custos e o prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.



Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OS, a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, separadamente para a CER ILHA e para o HOSPITAL EVANDRO FREIRE, assim divididas:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão.
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Parte variável 03 - incentivo à equipe.

No primeiro ano de gestão, para fins de pagamento da variável, os indicadores e metas somente serão avaliados a partir do terceiro trimestre.

PARTE VARIÁVEL 01 – Incentivo institucional à gestão.

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Termo de Colaboração.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 1,5% do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSS deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme assinalado no quadro de indicadores.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

PARTE VARIÁVEL 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.





A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a VARIÁVEL 02, conforme quadros abaixo, tanto para a CER ILHA como para o HOSPITAL EVANDRO FREIRE.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a **UNIDADE DE SAÚDE** deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme o atingimento das metas e os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

#### PARTE VARIÁVEL 03 – Incentivo à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário, no caso da CER CENTRO e “indicadores de produção” para o HOSPITAL EVANDRO FREIRE. O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade conforme plano de aplicação elaborado pela SMS.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários – os modelos dos questionários deverão ser analisados e aprovados pela SMS.


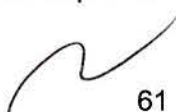

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão de Monitoramento e Avaliação – COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

A Coordenação de Emergência Regional Ilha do Governador não é unidade hospitalar e, portanto, não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SISREG - deve ser sempre informado ou seja o paciente deve sempre ser colocado no SISREG. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo. **Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.**

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha

  61 

onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na CER e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para a análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas abaixo, tanto para a CER Ilha quanto para o Hospital Municipal Evandro Freire, tem a periodicidade mensal apesar da apresentação trimestral para fins de COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

1. INDICADORES PARA A CER ILHA

VARIÁVEL 01 – INCENTIVO À GESTÃO – CER ILHA

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO DA GESTÃO</b>		
1 Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	>90%
2 Índice de absenteísmo.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{líquidas disponível}} \times 100$ Horas	<3%

 62



3	Taxa de Turn-over.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Demissões} + \text{N}^\circ \text{ de Admissões}}{2} \times 100$ N° de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)	≤ 3,5
4	Treinamento hora	Total de horas homem treinados no mês	1,5h


homem.	Número funcionários ativos no período.	homem treinado/ mês
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	Até o 5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$ 100%


Repasse referente aos indicadores da variável 01


Indicadores para Variável 01	% a incidir sobre a variável	% a incidir sobre o total do contrato
1 Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	16%	0,24%
2 Índice de absenteísmo.	16%	0,24%
3 Taxa de Turn-over.	16%	0,24%
4 Treinamento hora homem.	16%	0,24%
5 Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	16%	0,24%
6 Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	20%	0,30%
<b>Totais</b>	<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE – CER ILHA

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>		
1 Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos médicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes acolhidos}} \times 100$	≥70%



 63



2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco x 100 Total de pacientes classificados com risco	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 minutos Amarelo: ≤ 30 minutos Verde: até 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária
3	Tempo de permanência na emergência.	$\Sigma$ do número de pacientes dia na observação Número de saídas	< 24 horas
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≤ 24 (sala amarela +vermelha) _____ x 100 Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	< 4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	Nº de óbitos em pacientes em observação ≥ 24 (sala amarela +vermelha) _____ x 100 Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas.	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 horas na SEPSE _____ x 100 Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE que receberam antibioticoterapia	100%
7	Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	Total de pacientes com AVC que realizaram TC x100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC	100%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 02

Indicadores para Variável 02	% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1 Percentagem de pacientes atendidos por médico.	12%	0,24%
2 Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	12%	0,24%
3 Tempo de permanência na emergência.	12%	0,24%



4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	14%	0,28%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	14%	0,28%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas.	12%	0,24%
7	Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	12%	0,24%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	12%	0,24%
<b>TOTAIS</b>		<b>100%</b>	<b>2,0%</b>

**VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE – CER ILHA**

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>		
1 Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	$\frac{\text{Nº de Questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$	>15%
2 Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$	>85%

**Repasse referentes à Variável 03**

Indicadores para Variável 03	% a incidir sobre a variável 03	% a incidir sobre o total do contrato
1 Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	50%	0,75%
2 Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	50%	0,75%
<b>TOTAIS</b>	<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

**2. INDICADORES PARA O HOSPITAL EVANDRO FREIRE**

**VARIÁVEL 01 – INCENTIVO À GESTÃO – HOSPITAL EVANDRO FREIRE**

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO DA GESTÃO</b>		
1 Índice de apresentação de AIH	$\frac{\text{Nº total de AIH apresentadas no mês}}{\text{Nº total de internações mês}} \times 100$	≥ 1

65

2	Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas / Nº de AIH apresentadas x100	≤ 7%
3	Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária.	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar / total de prontuários analisados x100	100%
4	Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos.	Nº óbitos ocorridos no mês / Nº óbitos analisados	100%

Repasse referente aos indicadores da variável 01

Indicadores para Variável 01	% a incidir sobre a variável	% a incidir sobre o total do contrato
1 Índice de apresentação de AIH	25%	0,375%
2 Taxa de rejeição de AIH	25%	0,375%
3 Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária.	25%	0,375%
4 Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos.	25%	0,375%
<b>Totais</b>	<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À UNIDADE DE SAÚDE – HOSPITAL EVANDRO FREIRE

INDICADOR	FÓRMULA	META
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>		
1 Tempo médio de permanência em Clínica Médica	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na Clínica Médica / total de saídas na Clínica Médica	8 dias
2 Tempo médio de permanência em Ortopedia	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na Ortopedia / total de saídas na Ortopedia	8 dias
3 Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica / total de saídas na Clínica Cirúrgica	5 dias
4 Tempo médio de permanência na UTI adulta	$\Sigma$ do número de pacientes dia internados na UTI Adulto/ total de saídas na UTI	10 dias
5 Taxa de mortalidade institucional	número de óbitos >24hs de internação / número de saídas hospitalares x100	≤ 8%

66  
me



6	Taxa de mortalidade pós-operatória	número de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório / número de pacientes que realizaram cirurgias x100	≤ 3%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	APACHE II ou SAP 3	SMR ≤ 1
8	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.	Número de pacientes que apresentaram infecção em <u>Corrente Sanguínea associadas a CVP x 1000</u> Total cateter venoso central - dia	≤10/1000
9	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	<u>Número de pneumonias associadas a VAP (precoce) x 1000</u> Total de dias de ventilação mecânica	≤ 8/1000

Repasse referente aos indicadores da variável 02

Indicadores para Variável 02		% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1	Tempo médio de permanência em Clínica Médica	20%	0,4%
2	Tempo médio de permanência em Ortopedia	10%	0,2%
3	Tempo médio de permanência na Clínica Cirúrgica	10%	0,2%
4	Tempo médio de permanência na UTI adulta	10%	0,2%
5	Taxa de mortalidade institucional	10%	0,2%
6	Taxa de mortalidade pós-operatória	10%	0,2%
7	Taxa de mortalidade ajustada pela gravidade na UTI adulta	10%	0,2%
8	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.	10%	0,2%
9	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	10%	0,2%
<b>TOTAIS</b>		<b>100%</b>	<b>2,0%</b>

#### VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À EQUIPE – HOSPITAL EVANDRO FREIRE

Para o cálculo da Variável 03 e aferição do repasse financeiro destinado ao incentivo da equipe, no Hospital Evandro Freire serão utilizados indicadores de produção, especificamente relacionados às altas previstas para a capacidade instalada das unidades de internação elencadas. Para cada indicador, a pontuação completa será atingida quando o número de saídas for maior que 95% do esperado, recebendo metade da pontuação esperada quando o número de saídas estiver compreendido entre 70





e 95% do previsto. Nenhuma pontuação será devida para números de saídas inferiores a 70% do esperado.

INDICADORES DE PRODUÇÃO								
Tipo de Internação	Leitos e TMP com TX de ocupação de 95%	Saídas mensais previstas	Faixa I	Pontuação		Faixa II	Pontuação	
			Faixa de saídas mensais $\geq 70$ e $\leq 95\%$	% a aplicar no cálculo da variável	% sobre todo o contrato	Faixa de saídas mensais $> 95\%$	% a aplicar no cálculo da variável	% sobre todo o contrato
Clínica	40/8	144	101 a 137	10%	0,15%	>137	20%	0,3%
Cirúrgica	18/7	74	52 a 71	10%	0,15%	>71	20%	0,3%
Saúde Mental	15/18	24	17 a 23	10%	0,15%	>23	20%	0,3%
Terapia Intensiva	20/10	58	40 a 55	10%	0,15%	>55	20%	0,3%
Unidade Intermediária	10/10	29	20 a 27	10%	0,15%	>27	20%	0,3%
<b>TOTAIS</b>				<b>50%</b>	<b>0,75%</b>		<b>100%</b>	<b>1,5%</b>

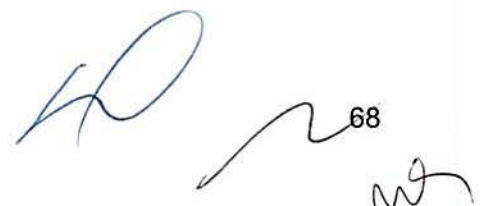
#### 5 - PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://www.osinfo.com.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.079/13. Impreterivelmente, até o dia 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

#### 6. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE/ Secretaria Municipal de Saúde – SMS, as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;





- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

## 1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### 1. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados.

O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente e as atualizações devem ser remetidas à Secretaria Municipal de Saúde – SMS, juntamente com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária.

### 2. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

O sistema possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituam objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Por meio desses registros e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

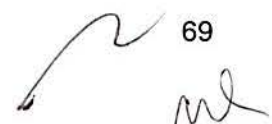
Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;

Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, com o apoio de técnicos da SVS/SUBPAV.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ, a partir do início de vigência do Termo de Colaboração.



69  


Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização da Sociedade Civil até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SMS/SUBHUE/SUE.

### 3. Sistemas de Informações em Saúde

São sistemas de consultas a banco de dados de sistemas de informações em saúde, via internet, através do TABNET, tecnologia desenvolvida pelo DATASUS

SIH – Sistema de informações Hospitalares SIA – Sistema de informações ambulatoriais

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Sistema de Informação de Nascidos Vivos e sobre Mortalidade

A Organização da Sociedade Civil deverá manter atualizados os dados contidos no Sistema de informações Hospitalares – SIH/SUS, informando mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SURCA todos os dados de produção e faturamento.

### 4. SISREG - Sistema Nacional de Regulação.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla *Firefox*, etc.) instalados em computadores coneComissão de Monitoramento e Avaliaçãodos à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Existe, ainda, um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permitem compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

Este sistema é composto por dois módulos principais:

#### Central de Marcação de Consultas - CMC

Visa o atendimento ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e para tal utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

#### Central de Internação Hospitalar - CIH

Visa o atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede permitindo o gerenciamento do processo de regulação e autorização das solicitações para internações, tanto emergenciais quanto eletivas.

Operacionalização do Sistema:




O sistema é operacionalizado através da inter-relação entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.

## 7. FORMAÇÃO ACADÊMICA

O Município do Rio de Janeiro vem reestruturando sua rede de Atenção à Saúde (RAS) através da expansão da cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) e reorganização dos serviços oferecidos à população, que vem desempenhando o papel prioritário de coordenação do cuidado e eixo ordenador do modelo assistencial.

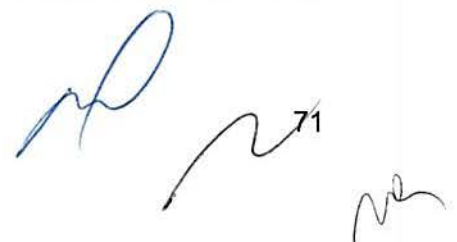
A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desenvolve um modelo de gestão compartilhada em grande parte das unidades de atenção primária no Município, que garante agilidade das ações, mantendo um padrão de excelência nos serviços prestados à população.

A expansão da rede de APS e organização da RAS demanda a formação de profissionais com características específicas para atuação na área. No Brasil, como na grande maioria dos países desenvolvidos que têm sistemas de saúde de acesso universal e ordenados a partir de uma rede de APS forte, faz-se necessário o investimento na formação de especialistas em Medicina de todas as especialidades médicas e de outras profissões da saúde, alinhadas às necessidades assistenciais e de recursos humanos especializados. A importância desses especialistas nas ações da APS e melhor ordenamento da RAS tem sido reconhecida e enfatizada internacionalmente em diferentes estudos.

Dessa forma, investir na formação destes profissionais através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e em outras especialidades médicas, além da residência uni e multiprofissional para outras profissões especializadas em APS, tem sido uma estratégia apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de ações para (1) qualificar os profissionais que atuam na APS e na RAS e (2) ampliar as vagas de residência na área da Medicina de Família e Comunidade e de especialidades médicas estratégicas, além dos programas de residência uni e multiprofissionais.

Essa estratégia de qualificação das ações assistenciais na rede de APS e na RAS municipal se fundamenta nos seguintes marcos legais:

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
2. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que em seu capítulo III, determina as diretrizes para formação médica no âmbito da graduação e pós-graduação (residência médica) no país.
3. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001 de 22/10/2009, que institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA.
4. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade.
5. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
6. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de AGOSTO de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre o ensino, serviços de saúde e a comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
7. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de





20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

8. Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde;

9. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.

10. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional de Saúde.

11. PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Com a formação de profissionais médicos e de outras profissões com perfil de competências específico para atuação na APS e nos outros pontos de atenção da RAS temos não só melhorado a qualidade dos serviços e ações em saúde, ampliando a resolutividade clínica e eficiência das equipes, mas também garantido o devido provimento e fixação profissional nas equipes da rede de APS e da RAS.

Além da formação no âmbito da pós-graduação (residência médica, uni e multiprofissional), já em desenvolvimento na SMS, este projeto também apoia o processo de reforma curricular dos cursos de graduação médica e de outras profissões da área da saúde, alinhado às novas diretrizes curriculares, que pretende formar egressos com perfil de atuação generalista, para prática na APS, na RAS e no SUS, quando integra os cenários de estágio das disciplinas e internato às unidades onde se desenvolve os programas de residência.

## ANEXO E – DO PROJETO BÁSICO

### DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

#### Condições Gerais

Para o repasse dos recursos previstos neste termo de colaboração, a Organização da Sociedade Civil (OSC) deverá seguir às seguintes determinações:

- Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão, convênios e termos de colaboração da Secretaria Municipal de Saúde (<https://osinfo.prefeitura.rio>), ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos termos de colaboração, tanto na parte assistencial como financeira.
- Anexar ao Painel de Gestão das Parcerias todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira, como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. **Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.**
- Apresentar os resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados no termo de colaboração, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.
- Certificar, através do representante legal da Organização da Sociedade Civil todos os dados enviados
- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Manter à disposição da SMS/RIO e da Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do termo de colaboração, de forma permanente, todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais.



72





- Ter aprovado pelo Conselho de Administração da Organização da Sociedade Civil a proposta de orçamento e o programa de investimentos.
  - Apresentar prestação de contas do termo de colaboração que:
    - Reflita a estrita conformidade com o edital de chamamento público, a planilha de custo, o plano de trabalho e o termo de colaboração;
    - Contenha elementos que permitam ao gestor ou comissão gestora da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado;
    - Contenha a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, de todo o período de que trata a prestação de contas.
    - Esteja com todos os documentos constantes do Anexo A devidamente assinados pelos responsáveis indicados nos mesmos.
- Contendo documentação em consonância com as disposições da legislação tributária.

### 1.2. Plano de aplicação de recursos financeiros

Os recursos transferidos pelo MUNICÍPIO à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente termo de colaboração em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados.

O montante de recursos previstos e repassados à Organização da Sociedade Civil a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas e Econômicas, as proponentes deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar *déficit* orçamentário ou financeiro.

### 1.3. Execução orçamentária e prestação de contas

Para a execução orçamentária do presente termo de colaboração será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) e o controle dos órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a Organização da Sociedade Civil se dará em 4 quatro parcelas, que serão liberadas conforme cláusula décima do termo de colaboração e em estrita conformidade com os valores especificados no cronograma de desembolso anexo ao termo de colaboração.

A partir da segunda parcela os repasses serão condicionados à apresentação da prestação de contas pela Organização da Sociedade Civil.

A partir da terceira parcela os repasses serão condicionados à aprovação da prestação de contas do penúltimo repasse efetuado.

 73



A prestação de contas será apresentada mensalmente, conforme descrito abaixo:

- A primeira prestação de contas mensal será feita no 2º mês de vigência do termo de colaboração;
- A segunda prestação de contas mensal será feita no 3º mês de vigência do termo de colaboração;
- A terceira prestação de contas mensal será feita no 4º mês de vigência do termo de colaboração;
- A quarta prestação de contas mensal será feita no 5º mês de vigência do termo de colaboração;
- A quinta prestação de contas mensal será feita no 6º mês de vigência do termo de colaboração;
- A sexta prestação de contas mensal será feita no 7º mês de vigência do termo de colaboração;
- A sétima prestação de contas mensal será feita no 8º mês de vigência do termo de colaboração;
- A oitava prestação de contas mensal será feita no 9º mês de vigência do termo de colaboração;
- A nona prestação de contas mensal será feita no 10º mês de vigência do termo de colaboração;
- A décima prestação de contas mensal será feita no 11º mês de vigência do termo de colaboração;
- A décima primeira prestação de contas mensal será feita no 12º mês de vigência do termo de colaboração;
- A décima segunda prestação de contas mensal será feita no mês subsequente ao de sua execução.

#### **1.4. A prestação de contas se dará:**

A prestação de contas das despesas realizadas deverá ser apresentada até o 10º dia útil do mês subsequente ao da competência da execução da despesa, sendo a última entregue até 45 (quarenta e cinco) dias após o término da vigência da parceria, tendo por base a autuação do processo administrativo no protocolo do órgão ou entidade gestora da parceria.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CMA.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão das Parcerias as certidões negativas da instituição, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste termo de colaboração, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

#### **1.5. Dos recursos recebidos**

Os recursos recebidos, através da instituição bancária designada pelo Município do Rio de Janeiro, deverão ser integralmente transferidos para a conta corrente específica da parceria, isenta de tarifa bancária, exclusivamente aberta pela organização da sociedade civil para a movimentação dos repasses.

Os saldos dos recursos transferidos não utilizados serão aplicados na forma da regulamentação específica e a aplicação financeira deverá ser vinculada à conta movimento que não poderá ter limites de créditos concedidos pela instituição financeira.

Os rendimentos de aplicação serão obrigatoriamente computados a crédito do termo de colaboração ou fomento e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas da parceria.

O saldo da verba rescisória trabalhista não utilizado até o término de vigência do termo de colaboração ou fomento poderá ser transferido para a nova conta corrente do termo, desde que mantido o objeto, a entidade, e as ações, sem interrupção, da parceria. O extrato com a comprovação



74





da transferência deverá integrar a prestação de contas final do termo que está se encerrando, e a prestação de contas inicial do novo termo, com a indicação dos rendimentos financeiros auferidos no período, se for o caso.

#### **1.4. Descrição dos recursos orçamentários no cronograma de desembolso**

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

##### **1.4.1. Recursos orçamentários para Gestão Direta das unidades (parte fixa)**

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços consistem em um montante fixo, que serão repassados em 4 parcelas, destinados ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento dos equipamentos de saúde.

Cada parcela corresponderá ao valor de três meses de custeio das unidades, conforme pactuado em cronograma.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

##### **1.4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (parte variável)**

O **MUNICÍPIO** solicitará à **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no termo de colaboração e Anexos.

##### **1.4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades**

O repasse será realizado de acordo com o Cronograma de Desembolso.

#### **1.5. Condições para destinação dos recursos orçamentários no cronograma de desembolso e metas físicas**

A primeira parcela do termo de colaboração, correspondente ao custeio dos três primeiros meses conforme Cronograma de Desembolso será creditada como 1º(primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Monitoramento e Avaliação – CMA.

#### **1.6. Dotação orçamentária**

A execução do presente termo de colaboração onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da SMS-RJ objeto deste instrumento, PT **18.69.10.302.0306.2009, 18.69.10.302.0331.2851 e**

**18.69.10.302.0331.2776**, ND 33503910- no ano subsequente no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso. Este valor inclui as partes variáveis (1), (2) e (3).

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no próprio Cronograma de Desembolso.

### **1.7. Despesas glosadas**

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CMA como pertinentes ao termo de colaboração, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado.

### **1.8. Manutenção e apresentação dos documentos fiscais e contábeis**

A **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de Prestação de Contas mensal assinado pelo responsável da **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** e também por via magnética.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do termo de colaboração e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor da unidade.

### **1.9. Aquisição de materiais permanentes**

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste termo de colaboração deverão ser patrimoniadas, devendo a **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição e utilizar o código CNES na placa de cada item a ser patrimoniado no ato da compra. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada, deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio e fornecido como um dos relatórios a CMA.

### **10. - Dos Documentos que Compõem a Prestação de Contas**

A prestação de contas será instruída, no mínimo, com os documentos descritos neste anexo, além dos exigidos no instrumento da parceria e do plano de trabalho, a seguir relacionados:

- Ofício de apresentação da prestação de contas (**item 1 do ANEXO A**);
- Relatório de Execução do Objeto, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, a partir do cronograma de desembolso acordado, anexando-se documentos de comprovação da realização das ações, conforme disposto no instrumento da parceria, tais como listas de presença, fotos, vídeos e outros



76





comprovantes, se for o caso, assinados pelo representante legal da organização da sociedade civil **(item 2 do ANEXO A)**;

- Relatório de Execução Financeira, contendo a receita recebida para o período, descrição de todas as despesas efetivamente realizadas, indicando o número e o tipo dos documentos comprobatórios correspondentes, o favorecido, o número de referência do documento no extrato bancário do respectivo depósito individualizado de quitação e pagamento, e o valor pago **(item 3 do ANEXO A)**;
- Demonstrativo da Conformidade da Despesa, contendo a descrição e o valor de cada item de despesa realizada, em conformidade com a planilha da estimativa orçamentária do plano de trabalho da parceria, de forma a auxiliar a análise e a emissão do parecer técnico por parte do gestor ou comissão gestora da parceria **(item 5 do ANEXO A)**;
- Extrato da conta bancária específica da parceria, evidenciando a movimentação financeira do período da prestação de contas e o extrato da aplicação financeira, quando houver;
- Conciliação do Saldo Bancário **(item 6 do ANEXO A)**;
- Demonstrativo de Aquisições / Produção de bens, demonstrando a pertinência do bem ou direito ao objeto da parceria, a autorização do gestor para a despesa, a anotação de inalienabilidade e a de transferência de sua propriedade para a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **(item 7 do ANEXO A)**;
- Cópia dos comprovantes das despesas;
- Na parcela da prestação de contas final, relatório do cumprimento do objeto, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, anexando-se documentos de comprovação da realização das ações, tais como listas de presença, fotos, vídeos e outros comprovantes, se for o caso.
- A prestação de contas deverá conter demonstrativo específico da manutenção do saldo não utilizado da verba rescisória trabalhista em aplicação financeira da parceria, em conformidade com a planilha de custos.
- Detalhamento de todas as despesas dos Termos de Colaboração, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela instituição com terceiros durante todo o período de vigência do Termo de colaboração.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Termo de colaboração.

Havendo previsão de contratação de recursos humanos no termo da colaboração, deverá ser apresentada também a seguinte documentação:

- Folha de pagamento discriminando, além do salário: o nome do empregado; o nº do PIS; o nº e a série da CTPS; o INSS, o IRRF; o FGTS; o 13º salário; as férias; e os benefícios sociais concedidos (plano de saúde, vale-transporte, seguro de vida). O documento deve vir acompanhado da correspondente relação de pagamento recebida pelo banco;
- Cópia das guias de pagamento dos encargos sociais, fiscais e trabalhistas;
- Cópia das rescisões homologadas de contrato de trabalho e dos comprovantes de pagamento dos respectivos encargos.
- Em se tratando de trabalho autônomo, deverá ser apresentada cópia do recibo de pagamento de autônomo devidamente assinado, do documento de identificação civil/profissional (com CPF), e das guias de pagamento do INSS e IR decorrentes da prestação do serviço;
- Demonstrativo da projeção da expectativa de custo de rescisão, ao final da parceria, dos empregados contratados pelo regime da CLT, discriminando os valores dos encargos sociais, fiscais, e trabalhistas, evidenciando os recursos recebidos, gastos e a aplicação financeira dos saldos, assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo contabilista.
- Os controles de frequência do pessoal contratado para a execução da parceria deverão ser mantidos arquivados na organização da sociedade civil, organizados por mês, à disposição do órgão/entidade responsável pela parceria e dos órgãos de controle interno e externo.



- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela instituição para execução do objeto contratado, tais como: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.

#### **1.11. Outros elementos e especificidades a serem observados**

Havendo saldo de recursos em poder da organização da sociedade civil, ao final da vigência da parceria, esta deverá apresentar, na última prestação de contas, o comprovante de recolhimento ao Município, a ser realizado em até 30 dias do termo de parceria, ou à conta indicada por este, quando tratar-se de parceria com recursos externos.

Havendo aquisição de bens durante a vigência da parceria, deverão ser apresentados os documentos de doação no processo de prestação de contas da parcela final, para que a Secretaria adote as medidas previstas nas normas da CGM para a incorporação dos bens.

As despesas serão comprovadas mediante nota fiscal, cupom fiscal, DANFE (Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica) ou nota fiscal fatura acompanhada da duplicata quitada/recibo/declaração ou comprovante de pagamento eletrônico que identifique a nota fiscal, emitidos em nome da organização da sociedade civil, e contendo o nome e número do termo de colaboração/fomento no corpo do documento fiscal.

As notas fiscais deverão discriminar detalhadamente os serviços ou as aquisições realizadas, o valor unitário, a quantidade, o local e a data do evento ou da entrega do bem ou serviço, de forma a possibilitar saber por quais serviços ou aquisições efetivamente a administração está pagando.

As datas dos documentos mencionados no item 4.3 deverão ser compatíveis com o período de vigência do termo de colaboração/fomento.

Não serão admitidos como comprovantes tíquetes de caixa ou qualquer outro documento que não apresente a identificação do adquirente/contratante, a discriminação da mercadoria ou do serviço tomado.

Os documentos referidos neste anexo serão mantidos em arquivo, em boa ordem, à disposição dos órgãos de controle interno e externo, pelo prazo de 10 anos contados da aprovação da prestação da prestação de contas final ou da tomada de contas da parceria.

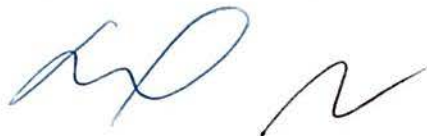
É vedada a realização de despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive, referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos.

#### **12. Da análise e aprovação da Prestação de Contas**

O Município decidirá sobre a regularidade, ou não, da aplicação dos recursos transferidos, manifestando-se formalmente quando da apreciação da prestação de contas.

Após análise, a unidade administrativa e/ou técnica do Município deverá instruir o processo da prestação de contas com parecer fundamentado que deverá conter informações quanto ao cumprimento dos objetivos para a etapa/fase, prevista no plano de trabalho, para o período da prestação de contas e os resultados alcançados e manifestação quanto à aceitação total, parcial e/ou impugnação com indicação do valor em questão.

No caso de aceitação parcial, no parecer deverá conter as informações quanto à parte em que está em condições de ser aceita, destacando as despesas não aceitas com identificação da impropriedade, incorreção, erro ou irregularidade, dando ciência à organização da sociedade civil, por notificação,





para fim de regularização, quando for o caso, no prazo determinado pelo Município, limitado a 45 (quarenta e cinco) dias.

No caso da prestação de contas conter impropriedade, incorreção, erro ou irregularidade, não regularizada ou não passível de regularização, poderá ser aprovada com ressalva e o valor correspondente à glosa deverá ser depositado, pela organização da sociedade civil, na conta bancária específica, em até 10 dias da comunicação, ou compensado nos repasses seguintes, quando possível a continuação da parceria.

A prestação de contas será aprovada pelo ordenador de despesa do Município e publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, com base no regramento deste anexo e da Resolução CGM 1285 de 23 de fevereiro de 2017, à vista do pronunciamento da unidade administrativa e/ou técnica do Município, por meio do parecer da unidade administrativa e/ou técnica do Município.

No caso de identificação de impropriedade, incorreção, erro ou irregularidade passível de regularização, exauridas todas as providências cabíveis, o ordenador de despesas aplicará as penalidades previstas no art. 73 da Lei Federal nº 13.019/2014, com as alterações da Lei nº 13.204/2015, e registrará, quando for o caso, o fato no Sistema de Informações Gerenciais de Material – SIGMA.

Havendo saldo em poder da organização da sociedade civil que não tenha sido recolhido ao município em até 30 dias após o término da parceria, exauridas todas as providências cabíveis, o processo deverá ser instruído com a apuração do valor atualizado para proceder à inscrição em dívida ativa.

Nos casos descritos nos dois itens anteriores, além das providências descritas nos mesmos, deverá ser instaurada tomada de contas para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, na forma da legislação vigente.

A autuação e instrução dos processos de prestação de contas deverão atender ao disposto no Decreto nº 2.477, de 25 de janeiro de 1980, republicado pelo Decreto nº 12.890, de 12 de maio de 1994.

#### **ANEXO A – Modelos de Formulários**

##### **1. Modelo de Ofício de Apresentação da Prestação de Contas**


(Papel timbrado da OSC)

Ofício (sigla da OSC) nº xxx/20xx Rio de Janeiro, xxx de xxxxx de 20xx Ao(À) Senhor(a)

NOME (nome do gestor público da parceria) CARGO (cargo do gestor público da parceria)  
ÓRGÃO (unidade do gestor público da parceria)

Assunto: XXª Prestação de Contas do Termo de colaboração ou fomento nº xxx/20xx

Em cumprimento à Resolução CGM nº xxx/20xx, encaminho a V. Sa., para fins de apreciação, a prestação de contas da aplicação da xxª parcela dos recursos do termo de (colaboração ou fomento) nº xxxx/20xx, relativa ao período de xx/xx/xxx a xx/xx/xxx, referente ao processo administrativo nº xx/xxx.xxx/20xx, na importância de R\$xxxx, depositados na conta corrente nº .xxxx-xx da agência nº xxxx-xx do banco xxxxxxxx.



Instruem a presente prestação de contas os seguintes documentos:

- a. Relatório de Execução do Objeto;
- b. Relatório de Execução Financeira;
- c. Relatório de Execução Financeira da Contrapartida (se houver);
- d. Demonstrativo da Conformidade da Despesa
- e. Extrato da conta bancária;
- f. Extrato da aplicação financeira;
- g. Conciliação do saldo bancário;
  
- h. Demonstrativo de aquisição/produção de bens;
- i. Cópias dos comprovantes das despesas;
- j. Cópias dos comprovantes das despesas de contrapartida;
- k. Comprovante do recolhimento do saldo da parceria (se for o caso);
- l. Justificativas (se houver);
- m. Cópia da folha de pagamento;
- n. Cópias das guias de pagamento dos encargos sociais, fiscais e trabalhistas;
- o. Cópias das rescisões de contrato de trabalho;
- p. Cópias dos documentos do trabalho autônomo;
- q. Demonstrativo da projeção da expectativa de custo de rescisão;

Respeitosamente,

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal da OSC

Razão Social com n.o do CNPJ da OSC

Nota: Organizar a documentação conforme a ordem apresentada no ofício.

## 2. Relatório de Execução do Objeto

LOGOTIPO DA OSC



<b>RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO</b>		
ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA XXX		
PERÍODO DE XX DE XXX A XX DE XXX DE 20XX		
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA:	PROCESSO Nº	TERMO Nº
	INÍCIO:	TÉRMINO:

<b>EXECUÇÃO FÍSICA DO OBJETO</b>							
META	ETAPA/ FASE	DESCRIÇÃO	UNIDADE	NO PERÍODO		ACUMULADO	
				PROGRAMADO	EXECUTADO	PROGRAMADO	EXECUTADO
<b>TOTAL</b>							

<b>EXECUÇÃO FINANCEIRA DO OBJETO</b>							
META	ETAPA/ FASE	DESCRIÇÃO	VALOR	NO PERÍODO		ACUMULADO	
				PROGRAMADO	EXECUTADO	PROGRAMADO	EXECUTADO





		1) - ITEM DA DESPESA			
		2) - ITEM DA DESPESA			
TOTAL					

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXX DE 2021

Nome e assinatura do representante legal da OSC

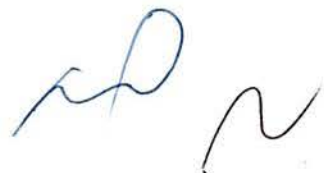
Nome e assinatura do contabilista legal da OSC

Razão Social com nº do CNPJ da OSC

nº do CRC-RJ do contabilista da OSC

**Orientações para o preenchimento do documento**

- a. A Coluna "Meta" deve indicar o número de ordem da meta executada no período;
- b. A Coluna "Etapa/Fase" deve indicar o número de ordem da etapa ou fase executada no período;
- c. A Coluna "Descrição" deve indicar o título da meta, da etapa ou fase, conforme especificado no plano de trabalho;
- d. A Coluna "Unidade" deve registrar a unidade que caracteriza a meta, a etapa ou fase, conforme especificado no termo de colaboração ou fomento;
- e. A Coluna "Física – No Período - Programado" deve registrar a quantidade programada para o período;
- f. A Coluna "Física – No Período - Executado" deve registrar a quantidade executada no período;
- g. A Coluna "Física – Acumulado - Programado" deve registrar a quantidade programada acumulada até o período;
- h. A Coluna "Física – Acumulado - Executado" deve registrar a quantidade executada acumulada até o período;
- i. A Coluna "Natureza da Despesa" deve ser instruída com a nomenclatura de cada item da despesa previsto no cronograma de desembolso. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo de colaboração ou fomento.
- j. A Coluna "Valor" deve ser instruída com o valor total de cada item da despesa previsto no cronograma de desembolso, conforme totalizado nos mapas demonstrativos de despesas. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo de colaboração ou fomento;
- k. A Coluna "Financeira – No Período - Programado" deve registrar o valor programado para o período;



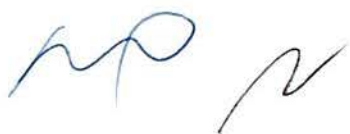



- l. A Coluna “Financeira – No Período - Executado” deve registrar o valor executado no período;
- m. A Coluna “Financeira – Acumulado - Programado” deve registrar o valor programado acumulado até o período;
- n. A Coluna “Financeira – Acumulado - Executado” deve registrar o valor executado acumulado até o período;
- o. O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

**3. Relatório de Execução Financeira**

LOGOTIPO DA OSC		
7		
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA		
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX		
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXXX		
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA:	PROCESSO Nº	TERMO Nº
	XX/XXX.XXX/20XX	
	INÍCIO:	TÉRMINO:

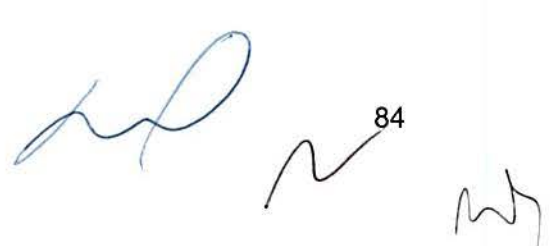
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE		RECEITA DO PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: R\$




NATUREZA DA DESPESA	DATA DA DESPESA	Nº DO DOCUMENTO	TIPO DO DOCUMENTO	NOME DO BENEFICIÁRIO, FORNECEDOR OU PRESTADOR DE SERVIÇO	Nº DO DOCUMENTO NO EXTRATO BANCÁRIO	VALORES EM R\$
1)Item da despesa						
1.1) - Subitem da despesa						
1.2) - Subitem da despesa						
1.3) - Subitem da despesa						
Total do Item da despesa						
2.)Item da despesa						
2.1) - Subtem da despesa						
2.2) - Subitem da despesa						

2.3) - Subitem da despesa
Total do Item da despesa
3.)Item da despesa
3.1) - Subtem da despesa
3.2) - Subitem da despesa
3.3) - Subitem da despesa
Total do Item da despesa
5) - TOTAL DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS DESPESA

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXX DE 2021





Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC Nome, identificação e  
assinatura do contabilista da OSC

Razão Social com nº do CNPJ da OSC Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº  
do CNPJ da assessoria contábil

**Orientações para o preenchimento do documento**

- a. A documentação deve ser organizada, de acordo com o previsto na planilha de custo Da parceria, sendo discriminada, agrupada e totalizada por ITEM e SUBITEM da NATUREZA DA DESPESA correspondente;
- b. Despesas não previstas na planilha de custo, mas necessárias para execução do projeto, somente serão aceitas mediante solicitação antecipada e formal da organização da sociedade civil e autorizada formalmente pelo Município, caso contrário serão glosadas;
- c. Os documentos comprobatórios das despesas devem ser de competência do mesmo período a que se referir a prestação de contas. Será admitida exceção apenas para os encargos referentes a um determinado período que, por força de legislação específica, vençam em outro período. Exemplo: FGTS, cuja competência refere-se a um determinado mês, mas o vencimento será sempre no subsequente;
- d. As despesas, cujos repasses sejam por meio de CONTRAPARTIDA, deverão ser demonstradas no Relatório de Execução Financeira da Contrapartida - acompanhado dos comprovantes específicos das despesas realizadas;
- e. A prestação de contas deverá conter totais pelo somatório de cada ITEM e SUBITEM, sendo totalizado no item 5 "TOTAL DA PRESTAÇÃO DE CONTAS";
- f. O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.

**4. Relatório de Execução Financeira da Contrapartida**

LOGOTIPO DA OSC
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA DA CONTRAPARTIDA
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXXX


  85




PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)		
PROCESSO Nº XX/XXX.XXX/20XX	TERMO Nº	
INÍCIO:	TÉRMINO:	

BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	RECEITA DO PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: R\$			
NATUREZA DA DESPESA	DATA DA DESPESA	Nº DO DOCUMENTO	TIPO DO DOCUMENTO	NOME DO BENEFICIÁRIO, FORNECEDOR OU PRESTADOR DE SERVIÇO	Nº DO DOCUMENTO NO EXTRATO BANCÁRIO	VALORES EM R\$
1)Item da despesa						
1.1) - Subitem da despesa						
1.2) - Subitem da despesa						
1.3) - Subitem da despesa						
Total do Item da despesa						
2.)Item da despesa						
2.1) - Subtem da despesa						

2.2) - Subitem da despesa
2.3) - Subitem da despesa



86








PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)		
PROCESSO Nº XX/XXX.XXX/20XX	TERMO Nº	
INÍCIO:	TÉRMINO:	

(A) NATUREZA DA DESPESA	(B) VALOR	(C) SALDO DO PERÍODO ANTERIOR	(D) VALOR RECEBIDO NO PERÍODO	(E) VALOR UTILIZADO NO PERÍODO	(F) SALDO PARA O PERÍODO SEGUINTE
1) Item da despesa					
1.1) - Subitem da despesa					
1.2) - Subitem da despesa					
1.3) - Subitem da despesa					
1.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					
2.) Item da despesa					
2.1) - Subitem da despesa					
2.2) - Subitem da despesa					
2.3) - Subitem da despesa					
2.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					






(A) NATUREZA DA DESPESA	(B) VALOR	(C) SALDO DO PERÍODO ANTERIOR	(D) VALOR RECEBIDO NO PERÍODO	(E) VALOR UTILIZADO NO PERÍODO	(F) SALDO PARA O PERÍODO SEGUINTE
3) Item da despesa					
3.1) - Subitem da despesa					
3.2) - Subitem da despesa					
3.3) - Subitem da despesa					
3.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					
4) - ITEM DA DESPESA					
4.1) - Subitem da despesa					
4.2) - Subitem da despesa					
4.3) - Subitem da despesa					
4.4) - Subitem da despesa					
TOTAL DO ITEM DA DESPESA					
TOTAL (= 1+ 2+ 3 + 4)					

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXX DE 20XX




89



Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC      Nome, identificação e  
assinatura do contabilista da OSC

Razão Social com nº do CNPJ da OSC      Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº do  
CNPJ      da      assessoria      contábil

### Orientações para o preenchimento do documento

- a. A Coluna (A) "Natureza da Despesa" deve ser instruída com a nomenclatura de cada item da despesa previsto no cronograma de desembolso. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo de parceria.
- b. A Coluna (B) "Valor" deve ser instruída com o valor de cada item e subitem da despesa previsto na planilha de custos do cronograma de desembolso, conforme o Relatório de Execução Financeira. Manter inalterável, salvo se houver alteração no termo da parceria, cujo somatório deverá ser demonstrado na linha "TOTAL" do Demonstrativo.
- c. A Coluna (C) "Saldo do mês Anterior" deve registrar o valor da Coluna (F) do Demonstrativo da prestação de contas do período anterior.
- d. A Coluna (D) "Valor Recebido no Período" deve registrar o valor alocado para o item da despesa no período, em conformidade com o repasse de recurso recebido.
- e. A Coluna (E) "Valor Utilizado no Período" deve registrar o valor executado para o item da despesa no período, em conformidade com o Relatório de Execução Financeira do período.
- f. A Coluna (F) "Saldo para o Período Seguinte" deve registrar o valor não executado e remanescente até o período, obtido pela subtração do total da Coluna (E) do somatório das Colunas (C) e (D).
- g. O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu      contabilista.

### 6. Conciliação do Saldo Bancário





LOGOTIPO DA OSC
CONCILIAÇÃO DO SALDO BANCÁRIO
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXXX
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)

BANCO	AGÊNCIA	CONTA Nº	CORRENTE	PROCESSO Nº XX/XXX.XXX/20XX	TERMO Nº:
DOCUMENTOS BANCÁRIOS EMITIDOS A COMPENSAR – DÉBITOS					
DATA EMIÇÃO	Nº DA	E TIPO DOCUMENTO	DE NOME DO CREDOR	REFERÊNCIA NO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA	VALORES EM R\$
TOTAL DOS DÉBITOS A COMPENSAR					




DEPÓSITOS E TRANSFERÊNCIAS A COMPENSAR – CRÉDITOS					
DATA EMISSÃO	Nº DA DOCUMENTO	E TIPO DE	NOME DO	REFERÊNCIA NO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA	VALORES EM R\$
(B) TOTAL DOS CRÉDITOS A COMPENSAR					
(C) SALDO DA CONTA CORRENTE NO EXTRATO BANCÁRIO DO PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS					
D) SALDO REAL DISPONÍVEL DA CONTA CORRENTE DO PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS = (C + B - A)					
(E) SALDO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO PERÍODO ANTERIOR					
(F) REPASSE RECEBIDO DO MUNICÍPIO NO PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS					
G) SALDO ANTES DA PRESTAÇÃO DE CONTAS = (E + F)					
(H) TOTAL DAS DESPESAS DO PERÍODO = RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA					
(I) SALDO AJUSTADO DA CONTA CORRENTE APÓS A PRESTAÇÃO DE CONTAS = (G - H)					

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXX DE 20XX











- j. A alínea (J) deve conter o total do Relatório de Execução Financeira – CONTRAPARTIDA;
- k. Para demonstração do total das despesas da prestação de contas, a alínea (K) deve conter o resultado da soma dos valores das alíneas (I) e (J);
- l. Para demonstração do saldo real disponível na conta corrente no período da conciliação bancária, a alínea (L) deve conter o resultado da subtração da alínea (H) pela da alínea (K);
- m. O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.


**7. Demonstrativo de Aquisições / Produção de Bens**

LOGOTIPO DA OSC		
DEMONSTRATIVO DE AQUISIÇÃO, PRODUÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DE BENS E DIREITOS		
PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX		
ÓRGÃO OU ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA PARCERIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXXX		
PROJETO/OBJETO DA PARCERIA: (Termo de colaboração OU FOMENTO)	PROCESSO Nº	TERMO Nº
	XX/XXX.XXX/20XX	
	INÍCIO:	TÉRMINO:





94





DATA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	NOME DO BENEFICIÁRIO FORNECEDOR/ PRESTADOR DE SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO BEM COM O NÚMERO DE SÉRIE / PRODUÇÃO / DIREITO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL R\$
TOTAL DE AQUISIÇÕES/PRODUÇÃO DE BENS						

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXX DE 20XX

Nome, identificação e assinatura do representante legal da OSC e assinatura do contabilista da OSC

Razão Social com nº do CNPJ da OSC da Nº do CRC do contabilista da OSC ou Razão Social com nº do CNPJ assessoria contábil

**Orientações para o preenchimento do documento**

- a. O demonstrativo deve ser preenchido com os dados das aquisições, produção ou construção de bens em conformidade com o previsto no instrumento jurídico, quando houver;
- b. Os bens devem conter referência nos Relatórios de Execução Financeira;
- c. Somente anotar no demonstrativo os bens passíveis de inventariação, de acordo com as normas da Controladoria Geral do Município;
- d. O documento deve ser assinado pelo representante legal da organização da sociedade civil e pelo seu contabilista.



## ANEXO F DO PROJETO BÁSICO

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

## ANEXO II – PLANILHA DE CUSTOS

## HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE

Item	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
<b>A- Apoio à Gestão</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	18.000,00	18.000,00	18.000,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	160.000,00	160.000,00	160.000,00
<b>B - Equipe da Direção</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>
b1) RH Direção da Unidade	115.805,64	115.805,64	115.805,64
<b>C - Equipe de Coordenação da UTI</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>
c1) RH - Equipe da UTI	29.208,75	29.208,75	29.208,75
<b>D - Equipe da UTI ADULTO</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>
d1) RH - Equipe da UTI/UI adulto	823.910,73	823.910,73	823.910,73
<b>E - Equipe Centro Cirúrgico</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>
e1) RH - Equipe do Centro Cirúrgico	573.037,05	573.037,05	573.037,05
<b>F - Equipe de LEITOS CLÍNICOS</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>
f1) RH de Leitos Clínicos	484.220,39	484.220,39	484.220,39
<b>G - Equipe de LEITOS CIRÚRGICOS</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>
g1) RH de Leitos Cirúrgicos	654.336,09	654.336,09	654.336,09
<b>H- Equipe de Saúde Mental</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>
h1) RH de Saúde Mental	209.677,69	209.677,69	209.677,69
<b>I- Equipe Radiologia</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>
i1)RH Equipe de Radiologia	213.664,28	213.664,28	213.664,28
<b>J-Equipe de Farmácia</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>
j1) Rh equipe farmácia	111.998,27	111.998,27	111.998,27
<b>K- Equipe Ambulatório Médico</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>
k- Rh Equipe Ambulatório Médico	34.090,45	34.090,45	34.090,45
<b>L- Equipe NIR</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>
l- Equipe NIR	58.593,23	58.593,23	58.593,23
<b>M- Custeio</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>
m1) Enfermarias	320.526,25	320.526,25	320.526,25
m2) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	230.250,00	230.250,00	230.250,00
m3) Concessionária	261.033,12	261.033,12	261.033,12
m4) Unidade de Terapia Intensiva	550.942,62	550.942,62	550.942,62
<b>N - Subtotal parte Fixa (M) = (A + ... + U)</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>
<b>O - Parte Variável</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	0,00	0,00	0,00
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
<b>P - Subtotal parte Variável</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Q - Total - Hospital</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>




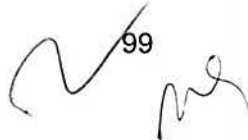
Item	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
<b>A- Apoio à Gestão</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	18.000,00	18.000,00	18.000,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	160.000,00	160.000,00	160.000,00
<b>B - Equipe da Direção</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>
b1) RH Direção da Unidade	115.805,64	115.805,64	115.805,64
<b>C - Equipe de Coordenação da UTI</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>
c1) RH - Equipe da UTI	29.208,75	29.208,75	29.208,75
<b>D - Equipe da UTI ADULTO</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>
d1) RH - Equipe da UTI/UI adulto	823.910,73	823.910,73	823.910,73
<b>E - Equipe Centro Cirurgico</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>
e1) RH - Equipe do Centro Cirurgico	573.037,05	573.037,05	573.037,05
<b>F - Equipe de LEITOS CLÍNICOS</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>
f1) RH de Leitos Clínicos	484.220,39	484.220,39	484.220,39
<b>G - Equipe de LEITOS CIRÚRGICOS</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>
g1) RH de Leitos Cirúrgicos	654.336,09	654.336,09	654.336,09
<b>H- Equipe de Saúde Mental</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>
h1) RH de Saúde Mental	209.677,69	209.677,69	209.677,69
<b>I- Equipe Radiologia</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>
i1)RH Equipe de Radiologia	213.664,28	213.664,28	213.664,28
<b>J-Equipe de Farmácia</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>
j1) Rh equipe farmácia	111.998,27	111.998,27	111.998,27
<b>K- Equipe Ambulatório Médico</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>
k- Rh Equipe Ambulatório Médico	34.090,45	34.090,45	34.090,45
<b>L- Equipe NIR</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>
l- Equipe NIR	58.593,23	58.593,23	58.593,23
<b>M- Custeio</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>
m1) Enfermarias	320.526,25	320.526,25	320.526,25
m2) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	230.250,00	230.250,00	230.250,00
m3) Concessionária	261.033,12	261.033,12	261.033,12
m4) Unidade de Terapia Intensiva	550.942,62	550.942,62	550.942,62
<b>N - Subtotal parte Fixa (M) = (A + ... + U)</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>
<b>O - Parte Variável</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	0,00	0,00	0,00
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
<b>P - Subtotal parte Variável</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Q - Total - Hospital</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>




Item	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9
<b>A- Apoio à Gestão</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	18.000,00	18.000,00	18.000,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	160.000,00	160.000,00	160.000,00
<b>B - Equipe da Direção</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>
b1) RH Direção da Unidade	115.805,64	115.805,64	115.805,64
<b>C - Equipe de Coordenação da UTI</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>
c1) RH - Equipe da UTI	29.208,75	29.208,75	29.208,75
<b>D - Equipe da UTI ADULTO</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>
d1) RH - Equipe da UTI/UI adulto	823.910,73	823.910,73	823.910,73
<b>E - Equipe Centro Cirurgico</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>
e1) RH - Equipe do Centro Cirurgico	573.037,05	573.037,05	573.037,05
<b>F - Equipe de LEITOS CLÍNICOS</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>
f1) RH de Leitos Clínicos	484.220,39	484.220,39	484.220,39
<b>G - Equipe de LEITOS CIRÚRGICOS</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>
g1) RH de Leitos Cirúrgicos	654.336,09	654.336,09	654.336,09
<b>H- Equipe de Saúde Mental</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>
h1) RH de Saúde Mental	209.677,69	209.677,69	209.677,69
<b>I- Equipe Radiologia</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>
i1)RH Equipe de Radiologia	213.664,28	213.664,28	213.664,28
<b>J-Equipe de Farmácia</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>
j1) Rh equipe farmácia	111.998,27	111.998,27	111.998,27
<b>K- Equipe Ambulatório Médico</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>
k- Rh Equipe Ambulatório Médico	34.090,45	34.090,45	34.090,45
<b>L- Equipe NIR</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>
l- Equipe NIR	58.593,23	58.593,23	58.593,23
<b>M- Custeio</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>
m1) Enfermarias	320.526,25	320.526,25	320.526,25
m2) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	230.250,00	230.250,00	230.250,00
m3) Concessionária	261.033,12	261.033,12	261.033,12
m4) Unidade de Terapia Intensiva	550.942,62	550.942,62	550.942,62
<b>N - Subtotal parte Fixa (M) = (A + ... + U)</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>
<b>O - Parte Variável</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	72.739,42	72.739,42	72.739,42
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	96.985,89	96.985,89	96.985,89
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	72.739,42	72.739,42	72.739,42
<b>P - Subtotal parte Variável</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>
<b>Q - Total - Hospital</b>	<b>5.091.759,30</b>	<b>5.091.759,30</b>	<b>5.091.759,30</b>



Item	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
<b>A- Apoio à Gestão</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>	<b>178.000,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	18.000,00	18.000,00	18.000,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	160.000,00	160.000,00	160.000,00
<b>B - Equipe da Direção</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>	<b>115.805,64</b>
b1) RH Direção da Unidade	115.805,64	115.805,64	115.805,64
<b>C - Equipe de Coordenação da UTI</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>	<b>29.208,75</b>
c1) RH - Equipe da UTI	29.208,75	29.208,75	29.208,75
<b>D - Equipe da UTI ADULTO</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>	<b>823.910,73</b>
d1) RH - Equipe da UTI/UI adulto	823.910,73	823.910,73	823.910,73
<b>E - Equipe Centro Cirurgico</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>	<b>573.037,05</b>
e1) RH - Equipe do Centro Cirurgico	573.037,05	573.037,05	573.037,05
<b>F - Equipe de LEITOS CLÍNICOS</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>	<b>484.220,39</b>
f1) RH de Leitos Clínicos	484.220,39	484.220,39	484.220,39
<b>G - Equipe de LEITOS CIRÚRGICOS</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>	<b>654.336,09</b>
g1) RH de Leitos Cirúrgicos	654.336,09	654.336,09	654.336,09
<b>H- Equipe de Saúde Mental</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>	<b>209.677,69</b>
h1) RH de Saúde Mental	209.677,69	209.677,69	209.677,69
<b>I- Equipe Radiologia</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>	<b>213.664,28</b>
i1)RH Equipe de Radiologia	213.664,28	213.664,28	213.664,28
<b>J-Equipe de Farmácia</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>	<b>111.998,27</b>
j1) Rh equipe farmácia	111.998,27	111.998,27	111.998,27
<b>K- Equipe Ambulatório Médico</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>	<b>34.090,45</b>
k- Rh Equipe Ambulatório Médico	34.090,45	34.090,45	34.090,45
<b>L- Equipe NIR</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>	<b>58.593,23</b>
l- Equipe NIR	58.593,23	58.593,23	58.593,23
<b>M- Custeio</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>	<b>1.362.751,99</b>
m1) Enfermarias	320.526,25	320.526,25	320.526,25
m2) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	230.250,00	230.250,00	230.250,00
m3) Concessionária	261.033,12	261.033,12	261.033,12
m4) Unidade de Terapia Intensiva	550.942,62	550.942,62	550.942,62
<b>N - Subtotal parte Fixa (M) = (A + ... + U)</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>	<b>4.849.294,57</b>
<b>O - Parte Variável</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	72.739,42	72.739,42	72.739,42
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	96.985,89	96.985,89	96.985,89
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	72.739,42	72.739,42	72.739,42
<b>P - Subtotal parte Variável</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>	<b>242.464,73</b>
<b>Q - Total - Hospital</b>	<b>5.091.759,30</b>	<b>5.091.759,30</b>	<b>5.091.759,30</b>

Item	ANO 1
<b>A- Apoio à Gestão</b>	<b>2.136.000,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	216.000,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	1.920.000,00
<b>B - Equipe da Direção</b>	<b>1.389.667,74</b>
b1) RH Direção da Unidade	1.389.667,74
<b>C - Equipe de Coordenação da UTI</b>	<b>350.505,05</b>
c1) RH - Equipe da UTI	350.505,05
<b>D - Equipe da UTI ADULTO</b>	<b>9.886.928,72</b>
d1) RH - Equipe da UTI/UI adulto	9.886.928,72
<b>E - Equipe Centro Cirúrgico</b>	<b>6.876.444,59</b>
e1) RH - Equipe do Centro Cirúrgico	6.876.444,59
<b>F - Equipe de LEITOS CLÍNICOS</b>	<b>5.810.644,67</b>
f1) RH de Leitos Clínicos	5.810.644,67
<b>G - Equipe de LEITOS CIRÚRGICOS</b>	<b>7.852.033,12</b>
g1) RH de Leitos Cirúrgicos	7.852.033,12
<b>H- Equipe de Saúde Mental</b>	<b>2.516.132,28</b>
h1) RH de Saúde Mental	2.516.132,28
<b>I- Equipe Radiologia</b>	<b>2.563.971,32</b>
i1)RH Equipe de Radiologia	2.563.971,32
<b>J-Equipe de Farmácia</b>	<b>1.343.979,30</b>
j1) Rh equipe farmácia	1.343.979,30
<b>K- Equipe Ambulatório Médico</b>	<b>409.085,41</b>
k- Rh Equipe Ambulatório Médico	409.085,41
<b>L- Equipe NIR</b>	<b>703.118,78</b>
l- Equipe NIR	703.118,78
<b>M- Custeio</b>	<b>16.353.023,88</b>
m1) Enfermarias	3.846.315,00
m2) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	2.763.000,00
m3) Concessionária	3.132.397,44
m4) Unidade de Terapia Intensiva	6.611.311,44
<b>N - Subtotal parte Fixa (M) = (A + ... + U)</b>	<b>58.191.534,85</b>
<b>O - Parte Variável</b>	<b>1.454.788,37</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	436.436,51
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	581.915,35
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	436.436,51
<b>P - Subtotal parte Variável</b>	<b>1.454.788,37</b>
<b>Q - Total - Hospital</b>	<b>59.646.323,22</b>



## CER ILHA

Item	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
<b>A- Apoio a Gestão</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	5.600,00	5.600,00	5.600,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	50.000,00	50.000,00	50.000,00
<b>B - Equipe da Direção da Unidade</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>
b1) RH Direção da Unidade	64.801,24	64.801,24	64.801,24
<b>C - Equipe Sala Amarela - Sala vermelha e demais áreas</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>
c1) RH - Equipe sala amarela - vermelha e demais áreas assist	983.140,72	983.140,72	983.140,72
<b>D - Equipe Médica de Apoio</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>
d1) RH - Equipe Médico de Apoio	50.457,70	50.457,70	50.457,70
<b>E - Equipe de acolhimento e classificação de Risco</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>
e1) RH - Equipe de Acolhimento	157.226,07	157.226,07	157.226,07
<b>F- Custeio</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>
<b>G- Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>
<b>H - Subtotal parte Fixa (I) = (A + ... + G)</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	0,00	0,00	0,00
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
<b>J - Subtotal parte Variável (J)=(I)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>K - Total - CER</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>

Item	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
<b>A- Apoio a Gestão</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	5.600,00	5.600,00	5.600,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	50.000,00	50.000,00	50.000,00
<b>B - Equipe da Direção da Unidade</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>
b1) RH Direção da Unidade	64.801,24	64.801,24	64.801,24
<b>C - Equipe Sala Amarela - Sala vermelha e demais áreas</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>
c1) RH - Equipe sala amarela - vermelha e demais áreas assist	983.140,72	983.140,72	983.140,72
<b>D - Equipe Médica de Apoio</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>
d1) RH - Equipe Médico de Apoio	50.457,70	50.457,70	50.457,70
<b>E - Equipe de acolhimento e classificação de Risco</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>
e1) RH - Equipe de Acolhimento	157.226,07	157.226,07	157.226,07
<b>F- Custeio</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>
<b>G- Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>
<b>H - Subtotal parte Fixa (I) = (A + ... + G)</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	0,00	0,00	0,00
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	0,00	0,00	0,00
<b>J - Subtotal parte Variável (J)=(I)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>K - Total - CER</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>

Item	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9
<b>A- Apoio a Gestão</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	5.600,00	5.600,00	5.600,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	50.000,00	50.000,00	50.000,00
<b>B - Equipe da Direção da Unidade</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>
b1) RH Direção da Unidade	64.801,24	64.801,24	64.801,24
<b>C - Equipe Sala Amarela - Sala vermelha e demais áreas</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>
c1) RH - Equipe sala amarela - vermelha e demais áreas assist	983.140,72	983.140,72	983.140,72
<b>D - Equipe Médica de Apoio</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>
d1) RH - Equipe Médico de Apoio	50.457,70	50.457,70	50.457,70
<b>E - Equipe de acolhimento e classificação de Risco</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>
e1) RH - Equipe de Acolhimento	157.226,07	157.226,07	157.226,07
<b>F- Custeio</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>
<b>G- Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>
<b>H - Subtotal parte Fixa (I) = (A + ... + G)</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	25.416,79	25.416,79	25.416,79
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	33.889,06	33.889,06	33.889,06
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	25.416,79	25.416,79	25.416,79
<b>J - Subtotal parte Variável (J)=(I)</b>	<b>84.722,64</b>	<b>84.722,64</b>	<b>84.722,64</b>
<b>K - Total - CER</b>	<b>1.779.175,50</b>	<b>1.779.175,50</b>	<b>1.779.175,50</b>

Item	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
<b>A- Apoio a Gestão</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>	<b>55.600,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	5.600,00	5.600,00	5.600,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	50.000,00	50.000,00	50.000,00
<b>B - Equipe da Direção da Unidade</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>	<b>64.801,24</b>
b1) RH Direção da Unidade	64.801,24	64.801,24	64.801,24
<b>C - Equipe Sala Amarela - Sala vermelha e demais áreas</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>	<b>983.140,72</b>
c1) RH - Equipe sala amarela - vermelha e demais áreas assist	983.140,72	983.140,72	983.140,72
<b>D - Equipe Médica de Apoio</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>	<b>50.457,70</b>
d1) RH - Equipe Médico de Apoio	50.457,70	50.457,70	50.457,70
<b>E - Equipe de acolhimento e classificação de Risco</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>	<b>157.226,07</b>
e1) RH - Equipe de Acolhimento	157.226,07	157.226,07	157.226,07
<b>F- Custeio</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>	<b>341.227,13</b>
<b>G- Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>	<b>42.000,00</b>
<b>H - Subtotal parte Fixa (I) = (A + ... + G)</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>	<b>1.694.452,85</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	25.416,79	25.416,79	25.416,79
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	33.889,06	33.889,06	33.889,06
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	25.416,79	25.416,79	25.416,79
<b>J - Subtotal parte Variável (J)=(I)</b>	<b>84.722,64</b>	<b>84.722,64</b>	<b>84.722,64</b>
<b>K - Total - CER</b>	<b>1.779.175,50</b>	<b>1.779.175,50</b>	<b>1.779.175,50</b>



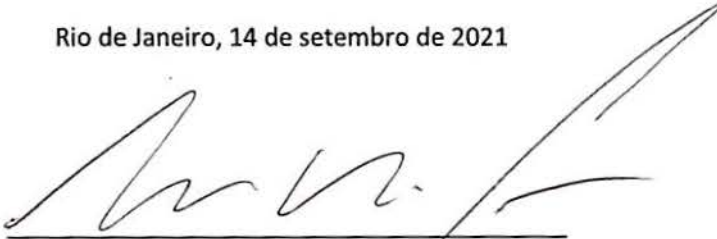
Item	ANO 1
<b>A- Apoio a Gestão</b>	<b>667.200,00</b>
a1) apoio à gestão CGE	67.200,00
a2) apoio à gestão da RUE/SUS	600.000,00
<b>B - Equipe da Direção da Unidade</b>	<b>777.614,89</b>
b1) RH Direção da Unidade	777.614,89
<b>C - Equipe Sala Amarela - Sala vermelha e demais áreas</b>	<b>11.797.688,60</b>
c1) RH - Equipe sala amarela - vermelha e demais áreas assist	11.797.688,60
<b>D - Equipe Médica de Apoio</b>	<b>605.492,40</b>
d1) RH - Equipe Médico de Apoio	605.492,40
<b>E - Equipe de acolhimento e classificação de Risco</b>	<b>1.886.712,79</b>
e1) RH - Equipe de Acolhimento	1.886.712,79
<b>F- Custeio</b>	<b>4.094.725,56</b>
<b>G- Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico</b>	<b>504.000,00</b>
<b>H - Subtotal parte Fixa (I) = (A + ... + G)</b>	<b>20.333.434,23</b>
1) Parte Variável 1 (OSS - 1,5%)	152.500,76
2) Parte Variável 2 (Unidade de Saúde - 2%)	203.334,34
3) Parte Variável 3 (Profissionais da Unidade - 1,5%)	152.500,76
<b>J - Subtotal parte Variável (J)=(I)</b>	<b>508.335,86</b>
<b>K Total - CER</b>	<b>20.841.770,09</b>

RESUMO	TOTAL
(A) HM EVANDRO FREIRE	59.646.323,22
(B) CER ILHA	20.841.770,09
<b>TOTAL</b>	<b>80.488.093,31</b>

**ANEXO I-A**

As partes que a esta subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2021



**TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**



**VIVIAN MARTINS FOLLY**



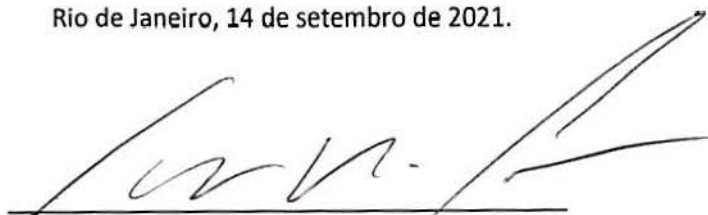
## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

Para a execução deste instrumento jurídico, as partes declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846/2013, se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e estão cientes de que não poderão oferecer dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada.

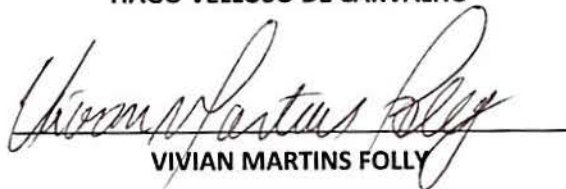
**Parágrafo primeiro** – A responsabilização da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

**Parágrafo segundo** - As sociedades controladoras, controladas, coligadas ou, no âmbito do respectivo contrato, as consorciadas serão solidariamente responsáveis pela prática dos atos previstos nesta Lei, restringindo-se tal responsabilidade à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado.

Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2021.



TIAGO VELLOSO DE CARVALHO



VIVIAN MARTINS FOLLY

**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
7ª COORDENADORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO  
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL**

PROCESSO INSTRUTIVO: 07/07/003116/2016  
3º TERMO ADITIVO Nº 82/2021 AO CONTRATO: 09/2017  
DATA DA ASSINATURA: 13/09/2021  
PARTES: PCRJ/SME/E/7 \* CRE e ELEVATOR MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE ELEVADORES LTDA  
OBJETO: Prorrogação do contrato por 12 meses  
PRAZO: 12 (doze) meses a contar de 06/03/2020 a 05/03/2021  
VALOR TOTAL: R\$ 10.800,00 (dez mil e oitocentos reais)  
PROGRAMA DE TRABALHO: 16.08.12.361.0315.2081  
NATUREZA DE DESPESA: 3.3.90.39.48  
NOTA DE EMPENHO: nº 2021/000281 no valor de R\$ 1.800,00  
FUNDAMENTO: Artigo 57 inciso II da lei 8666/1993 e suas alterações

**SECRETARIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS ANIMAIS  
EXTRATO DE INSTRUMENTO DE CONTRATO**

Processo Instrutivo n.º: 27/000.012/2021  
Instrumento de Contrato n.º: 14/2021.  
Data da Assinatura: 15/09/2021  
Partes: PCRJ/SMPDA e a empresa JP SERVICE LTDA - ME  
Objeto: Contratação de empresa especializada para fornecimento de ração para caninos e felinos, visando atender as necessidades do Abrigo Municipal / Fazenda Modelo - SMPDA.  
Prazo de Entrega: 12 (doze) meses.  
Valor do Contrato: R\$ 427.718,42 (Quatrocentos e vinte e sete mil, setecentos e dez reais e quarenta e dois centavos).  
Programa de Trabalho: 38.01.04.542.0080.2019  
Natureza de Despesa: 3.3.90.30.08  
Nota de Empenho: 2021/000154.  
Fundamento: Artigo 1º Inciso Caput da Lei 10.520 de 17/07/2002 e suas alterações.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVAÇÃO  
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL**

PROCESSO INSTRUTIVO: 26/001.135/2021  
CONTRATO Nº 08/2021  
DATA DA ASSINATURA: 14/09/2021  
PARTES: Município do RJ/SECONSERVA e ERWIL CONSTRUÇÕES LTDA.  
OBJETO: Serviços De Operação Das Unidades De Produção De Massa Asfáltica Do Caju-Usina De Asfalto Antônio Ramos - I RA - AP 1; Usina De Jacarepaguá - XVI RA - AP 4; Campo Grande - Usina De Asfalto Jarbas De Almeida - XVIII RA - AP 5 e Usina De Santa Cruz - XIX RA - AP 5  
VALOR: R\$ 3.799.975,50  
PRAZO: 360 dias  
PLANO DE TRABALHO: 43.01.15.452.0071.2778  
NATUREZA DE DESPESA: 3.3.90.39.24  
NOTA DE EMPENHO: 2021/000549 no valor de R\$ 304.991,82  
FUNDAMENTO: Lei nº 10.520/2002 e suas alterações

**SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVAÇÃO  
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL**

PROCESSO INSTRUTIVO: 26/001.267/2021  
CONTRATO Nº 09/2021  
DATA DA ASSINATURA: 14/09/2021  
PARTES: Município do RJ/SECONSERVA e ERWIL CONSTRUÇÕES LTDA.  
OBJETO: Serviços De Aplicação De Misturas Asfálticas E Granulares para a SC/SUBEC/CGEC no âmbito da Cidade Do Rio De Janeiro  
VALOR: R\$ 15.499.811,67  
PRAZO: 360 dias  
PLANO DE TRABALHO: 43.01.15.452.0071.2778  
NATUREZA DE DESPESA: 3.3.90.39.24  
NOTA DE EMPENHO: 2021/000547 no valor de R\$ 1.546.885,16  
FUNDAMENTO: Lei nº 10.520/2002 e suas alterações

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL  
(DECRETO Nº 3.221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981)**

Processo Instrutivo n.º: 09/002.141/2021.  
Contrato n.º: 139/2021.  
Data da Assinatura: 07/07/2021.  
Partes: PCRJ/SMS e a LAUDO EM IMAGENS LTDA.

**Objeto:** Prestação de serviços de diagnóstico cardiovasculares, dentre eles: Ecocardiografia, Dopplerfluxometria, Monitorização ambulatorial de pressão arterial - MAPA, Holter, Ergometria e Ergoespirometria, realizado por profissionais especializados, incluindo fornecimento de materiais, com emissão de laudos, fornecimentos de equipamentos e insumos para realização de exames para o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.  
**Prazo:** 6 (seis meses) de 07/07/2021 a 06/01/2022.  
**Valor Total:** R\$ 2.964.610,26 (dois milhões, novecentos e sessenta e quatro mil, seiscentos e dez reais e vinte e seis).  
**Natureza de Despesa:** 3.3.90.39.54  
**Programa de Trabalho:** 18.01.10.302.0306.2009  
**Nota de Empenho n.º:** 2021/999 no valor de R\$ 1,00 (hum real)  
**Fundamento:** Inciso I, art.2 e art.3 da Medida Provisória nº 1.047/2021.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
3ª COORDENADORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO  
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL**

Processo Instrutivo: 07/03/001021/2021  
Termo Aditivo nº 112/2021 ao Contrato: 07/2020.  
Data da assinatura: 24/06/2021.  
Partes: PCRJ/SME/3ª CRE e Companhia Municipal de Limpeza Urbana  
Prazo: 04/06/2021 a 31/05/2022  
Objeto: Modificação qualitativa sem acréscimo de valor  
Fundamento: artigo 65, inciso I, "a" da Lei nº 8.666/1993

**COMPANHIA MUNICIPAL DE LIMPEZA URBANA - COMLURB  
ASSESSORIA E CONSULTORIA JURÍDICA - PAJ  
EXPEDIENTE: 15/09/2021  
EXTRATO DE TERMO ADITIVO**

Processo Instrutivo nº: 01/502.459/2019  
Contrato: 022/2020  
Termo Aditivo: 060/2021  
Data de Assinatura: 23/08/2021  
Partes: COMLURB e EQUIPE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA  
Objeto: Prorrogação do prazo de vigência por mais 12 (doze) meses, a contar de 30 de outubro de 2021.  
Valor: R\$ 1.617.099,28 (um milhão, seiscentos e dezessete mil e noventa e nove reais e oito centavos).  
Nota de Empenho: 2021/001554, no valor de R\$ 274.008,49  
Programa de Trabalho: 43.51.15.452.0385.4345  
Natureza da Despesa: 3.3.90.39.53  
Fundamento: Art. 57, II da Lei nº 8.666/93

**SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INOVAÇÃO E SIMPLIFICAÇÃO  
EXTRATO DE TERMO DE EXECUÇÃO**

Processo: 23/000.152/2021  
Instrumento: Termo de Execução n.º 5203/2021  
Data da assinatura: 13/07/2021  
Partes: SMDEIS e SMPU.  
Objeto: Transferência parcial de despesa da unidade orçamentária 2300 para 5200.  
Valor: R\$ 353.757,12  
Programa de Trabalho: 52.01.11.122.0383.2343  
Código de Despesa: 3.3.90.39.23  
Nota de Empenho: 2021/000100  
Valor do empenho: R\$ 226.011,49  
Fundamento: Lei nº 10.520/2002 e suas alterações

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL  
(DECRETO Nº 3.221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981)**

Processo Instrutivo nº: 09/71/000.126/2021  
Contrato de Gestão: 010/2021  
Assinatura: 14/09/2021  
Partes: PCRJ/SMS e o Centro de Estudo e Pesquisa Dr. João Amorim - CEJAM  
Objeto: Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Hospital Evandro Freire e CER ILHA  
Prazo: 12 (doze) meses, de 27/09/2021 a 26/09/2022.  
Valor Total: R\$ 80.488.093,31  
Empenho: Empenho Nº: 2021/300, no valor de R\$ 12.639.797,54  
Programa de Trabalho: 18.69.10.302.0306.2009  
Natureza da Despesa: 33.50.39.10  
Fundamento: artigo 16, caput da lei 13.019 de 31/07/14 e suas alterações.

**ABRA  
ESPAÇO**

PARA O AMANHÃ

Use máscara.  
Lave as mãos.  
Mantenha as janelas abertas  
e uma distância segura.

#UseMáscara #AbraEspaço

