

## Competências Previstas no Contrato de Gestão

### Décimo Quinto Sétimo Aditivo ao Contrato de Gestão Nº 91/2012-SES-GO

As competências previstas no Décimo Sétimo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Nº 91/2012-SES-GO<sup>1</sup>, celebrado com o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com o Instituto Sócrates Guanaes para fins de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued – HDT são apresentadas a seguir, conforme cláusulas abaixo do referido Aditivo:

- ANEXO Nº I AO V/2025/SES/GEMOD-21281:
- ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS - HDT

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: **Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **Metas de produção**, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; **Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

#### 1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVOS DE SERVIÇOS

##### 1.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

- 1.1.1. Adedir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a serem disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;
- 1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações Hospitalares (AHS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;
- 1.1.2.1. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS.
- 1.1.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que houver qualquer alteração, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;
- 1.1.4. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantir a assistência integral e por especialidade de acordo com a necessidade do usuário, assegurando o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);
- 1.1.5. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;
- 1.1.6. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital de acordo com regras estabelecidas pela SES-GO;
- 1.1.6.1. O uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde;
- 1.1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a contabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando a legislação vigente, dentre elas, as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;
- 1.1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;
- 1.1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, ser responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao substituto que ocupará a sua função e herdar os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;
- 1.1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos, produtos para a saúde, medicamentos, órteses e próteses por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;
- 1.1.8.1. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pela SES, quando o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;
- 1.1.8.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo e parecer da comissão a ser instituída pela SES;
- 1.1.8.3. A metodologia de situação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via portaria do gestor da pasta;
- 1.1.8.4. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO;

<sup>1</sup> Vigência de 24 de junho de 2025 a 24 de junho de 2028.

- 1.1.13. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes às glosas aplicadas ao PARCEIRO PÚBLICO, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/Sim) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CIES), caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo PARCEIRO PRIVADO, mediante notificação prévia do mesmo.
- 1.1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;
- 1.1.10. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução desta parceria;
- 1.1.11. Consolidar a imagem do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;
- 1.1.12. Devolver à Secretaria de Estado de Saúde, após o término de vigência desta Parceria, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato de Gestão, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;
- 1.1.13. Disponibilizar informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;
- 1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:
- I - Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriormente à sua gestão;
  - II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
  - III - Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;
  - IV - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando de decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto nesta Parceria;
  - V - Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;
  - VI - Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
  - VII - Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
  - VIII - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;
  - IX - Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosamente por representante de qualquer religião;
  - X - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;
  - XI - Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;
  - XII - Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
    - a) Nome do usuário;
    - b) Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;
    - c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);
    - d) Motivo da internação (CID-10);
    - e) Data de admissão e data de alta;
    - f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
    - g) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;
    - h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Este conta deverá ser paga com recursos públicos";
    - i) Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via do informe de alta hospitalar;
    - j) Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.
- 1.1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão de confirmação de alta, encaminhando documentação de alta com as devidas orientações para prosseguimento ao atendimento, sempre que necessário;
- 1.1.16. Implantar protocolos que visem a um seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação da suspeita de trações adversas, através de formulários e sistemas da Secretaria de Estado de Saúde, bem como o monitoramento contínuo de indicadores de erros de prescrição, erros de dispensação e erros de administração de medicamentos;
- 1.1.17. Informar e divulgar a existência da Ovidiária do SUS vinculada ao serviço e à SES-GO e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;
- 1.1.18. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;
- 1.1.19. Implantar e/ou manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ovidiária do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;
- 1.1.20. Ovidiária e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ovidiária do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ovidiária ou disseminação de informação;
- 1.1.21. Realizar Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia, modelo e periodicidade a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estatísticos e da eficácia da avaliação para a SES-GO;
- 1.1.22. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ovidiária. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação do atendimento prestado;
- 1.1.23. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 30 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;
- 1.1.24. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estabilizado e celetimo);
- 1.1.25. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado de Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;
- 1.1.26. Não adotar nenhuma medida unilateral de redução na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, sem a prévia consulta e aprovação da Secretaria de Estado de Saúde;
- 1.1.27. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos desta Parceria;
- 1.1.28. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Regulação Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;
- 1.1.29. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação - NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria nº 1619/2020 SES-GO e Portaria nº 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atendendo-se também à Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento da Pessoa atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;
- 1.1.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento;
- 1.1.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compartilhado com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;
- 1.1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria nº 1619/2020 - SES e da Nota Técnica nº 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);
- 1.1.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação de Internações/SURG/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais;
- 1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:
- I - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e Documentação Médica e Estatística;
  - II - Comissão de Verificação de Óbitos;
  - III - Comissão de Ética Médica;
  - IV - Comissão de Ética em Enfermagem;
  - V - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
  - VI - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
  - VII - Comissão de Farmácia e Terapêutica;
  - VIII - Comissão de Proteção Radiológica;
  - IX - Comissão de Biossegurança;
  - X - Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
  - XI - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CHIDOTT);
  - XII - Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMEB);



- XII - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- XIV - Comitê Transfusal;
- XV - Comitê de Compliance;
- XVI - Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- XVII - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- XVIII - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- XIX - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina de Trabalho (SESMT);
- 1.1.28.1. Quando o "ANEXO II - Exame e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o PARCEIRO PRIVADO deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREMU) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no item 1.1.28;
- 1.1.28.2. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, o PARCEIRO PRIVADO terá até 60 (sessenta) dias de início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;
- 1.1.28.3. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;
- 1.1.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agudas e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida, conforme Portaria SES-GO nº 2.743/2022 e Portarias GM/MS nº 2863/2021 e 1964/2021 e outras legislações vigentes. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:
- 1.1.29.1. Contar com equipe técnica específica composta por:
- I - Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 técnico de enfermagem e 01 técnico administrativo;
  - II - Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo; e
  - III - Unidades com mais de 250 leitos: 03 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.
- 1.1.29.2. Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);
- 1.1.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar; em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;
- 1.1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitês de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados pelas Vigilâncias municipal e estadual;
- 1.1.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE imediatas, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;
- 1.1.29.6. Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;
- 1.1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pelo órgão Estadual responsável pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAMEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);
- 1.1.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN-GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: <https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go>;
- 1.1.29.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que terá o contato com as Vigilâncias Epidemiológicas municipais e estadual;
- 1.1.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar no formato "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011 ou atualizações, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe for permitido;
- 1.1.30.1. Estar formalmente desritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais de quem atua nas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de curso técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;
- 1.1.31. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar "online" e na plataforma SIGUS da SES-GO, os membros e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5420, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;
- 1.1.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar e manter durante a vigência desta parceria, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5678, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5676 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministério de Estado de Saúde e ANVISA, por meio da Portaria nº 3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução nº 09, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;
- 1.1.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência desta parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;
- 1.1.34. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;
- 1.1.35. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 451/98, bem como a NBR ISO 17025 e demais normativas vigentes;
- 1.1.36. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;
- 1.1.37. Promover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);
- 1.1.38. Implantar a política de Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória, bem como, a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento do número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.001, de 21/10/2009, nº 8.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011 e demais legislações vigentes;
- 1.1.39. A Gestão de Transplantes da Secretaria de Estado de Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:
- I - Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos;
  - II - Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos;
- 1.1.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gestão do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:
- I - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
  - II - Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
  - III - Lei nº 8.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;
  - IV - Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2011, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
  - V - Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;
  - VI - Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;
  - VII - Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/na/indicadores/manual\\_investigacao\\_obito.pdf](https://www.saude.go.gov.br/na/indicadores/manual_investigacao_obito.pdf);
  - VIII - Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017;
  - IX - Nota Técnica nº 1/2022 - SEU/SCRS, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;
  - X - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAH);
  - XI - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);
  - XII - Portaria nº 342/2022 - SES-GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema de Gestão de Unidades de Saúde e suas alterações posteriores;
  - XIII - Portaria GM/MS nº 3.418, de 21 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
  - XIV - Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);
  - XV - Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH);
  - XVI - Portaria nº 921/2021 - SES, de 01 de junho de 2021, institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras orientações;
  - XVII - Portaria nº 1.619/2020 - SES-GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Convênios/Contratadas da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras providências;
  - XVIII - Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para o habilitação de estabelecimentos de saúde no alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;



- XX - Portaria 1.046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade;
- XXI - Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro do Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Oncológica (SAO), Seção V;
- XXII - Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- XXIII - Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRF MS/GM Nº 204/2016, define a Lista Nacional de Notificação Computadorizada de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;
- XXIV - Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRF MS/GM Nº 793/2017), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUI); Título X – do Cuidado Regulatório ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;
- XXV - Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nas Anexas XXV (Política Nacional de Atenção Hospitalar), XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);
- XXVI - Portaria MS nº 158, de 04 de fevereiro de 2016, redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos;
- XXVII - Portaria MS nº 1.831, de 1º de outubro de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- XXVIII - Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefine e amplia o Processo Transfusional no Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXIX - Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);
- XXX - Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do parto infantil e fetal é obrigatório nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXXI - Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;
- XXXII - Portaria MS nº 1555/2008, de 01 de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- XXXIII - Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2008, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento de Causa Morta (SVOC);
- XXXIV - Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia;
- XXXV - Portaria SUS/MS nº 451, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- XXXVI - RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;
- XXXVII - RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Círculo do Sangue;
- XXXVIII - RDC ANVISA nº 36, de 23 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- XXXIX - RDC ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;
- XL - RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- XLI - RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;
- XLII - RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;
- XLIII - Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;
- XLIV - Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;
- XLV - Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- 1.1.40.1 Atender toda a legislação e normativas vigentes e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo;
- 1.1.41. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comitês para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SES-GO;
- 1.1.42. Implementar e/ou adequar a metodologia heurística utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Contratos de Gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019 e/ou atualizações desta;
- 1.1.43. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;
- 1.1.43.1. Deverá empregar meios próprios permitidos em seu regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;
- 1.1.43.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;
- 1.1.43.3. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019 e outras normativas vigentes;
- 1.1.43.4. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos Contratos de Gestão firmados, conforme definido na Portaria 1046/2019 e/ou atualizações desta;
- 1.1.43.5. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;
- 1.1.43.6. Comprometer-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imagiologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;
- 1.1.43.7. O SGH (por meio do PEP) do PARCEIRO PRIVADO deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;
- 1.1.43.8. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;
- 1.1.43.9. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos de regulação ambulatoriais, eletivos, de urgência e emergência e internação, e processos de controle e avaliação referentes aos dados de processamento de informações (fontamento);
- 1.1.43.10. Azar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de acesso, permitir acesso total ao banco de dados, gerar as permissões de acesso, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;
- 1.1.44. Quanto à assistência hemoterápica/hematológica deverá:
- 1.1.44.1. Manter em funcionamento a Agência Transfusional (AT) na unidade;
- 1.1.44.2. Manter e/ou proporcionar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária. Este deverá constar no alvará sanitário ou no relatório de inspeção sanitária;
- 1.1.44.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;
- 1.1.44.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pelo SES-GO como unidade de comando e direção da prática estadual;
- 1.1.44.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional de Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como, a legislação vigente;
- 1.1.44.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento;
- 1.1.44.7. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPIVSES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO;
- 1.1.44.8. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins;
- 1.1.44.9. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. Definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente);
- 1.1.44.10. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica;
- 1.1.44.11. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender à legislação vigente;
- 1.1.44.12. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos de unidade, conforme definido pelo SES-GO, de forma a atender a 100% das necessidades;
- 1.1.44.13. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionam a unidade;
- 1.1.44.14. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário;
- 1.1.44.15. Caso necessário e definido pela SES-GO, o PARCEIRO PRIVADO deverá armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encerrados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias/ou outras doenças hematológicas, bem como realizar sua devolução em caso de não uso, em tempo hábil para utilização antes do vencimento, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.



- 1.1.44.16. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público formador de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Parceira a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.
- 1.1.44.17. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.
- 1.1.44.18. Oferecer assistência ambulatorial complementar, quando for o caso, às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- 1.1.44.19. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.
- 1.1.44.20. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- 1.1.44.21. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que este objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que saírem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.
- 1.1.44.22. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto incluir, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço formador e com aqueles para os quais distribua hemocomponentes.
- 1.1.44.23. Realizar todos os testes laboratoriais/immunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na legislação vigente.
- 1.1.44.24. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pelo SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- 1.1.44.25. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- 1.1.44.26. O serviço de hemoterapia deverá estar contemplado e/ou representado, nas seguintes Comissões/Comitês:
- I - Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
  - II - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT;
  - III - Comitê de Qualidade;
  - IV - Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
  - V - Núcleo de Segurança do Paciente.
- 1.1.44.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:
- I - Programa de Controle da Qualidade Interno.
  - II - Programa de Avaliação Externa da Qualidade.
  - III - Programa de Treinamento e Educação Permanente.
- 1.1.44.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- 1.1.44.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.
- 1.1.44.30. Respeitar a decisão do paciente em consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- 1.1.44.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativos aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- 1.1.44.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações de SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- 1.1.44.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- 1.1.44.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- 1.1.44.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço formador de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede da SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo formador e/ou pela SES-GO.
- 1.1.44.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.
- 1.1.44.37. Deverá durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da AT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto e limpeza, de unidade;
- 1.1.44.38. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional;
- 1.1.44.39. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH);
- 1.1.44.40. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede da SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado;
- 1.1.44.41. Deverá manter um serviço de captação de doadores de sangue voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados, devendo encaminhar candidatos à doação de sangue ao Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nilton Albano (HEMOGO);
- 1.1.44.42. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES quanto ao serviço de hemoterapia.
- 1.1.44.43. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/irremediabilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, comunicar também à Coordenação da Hemorrede/SPMS/SES-GO.
- 1.1.44.44. Na ocorrência de interrupção e/ou rescisão do Contrato de Gestão, o Parceiro Privado deverá fornecer imediatamente à SES-GO e/ou a quem esta indicar, todos os meios de acesso à documentação e registros do serviço de hemoterapia, sejam eles em sistema informatizado ou em meio físico, como: Procedimentos Operacionais Padrão, relatórios ou laudos de manutenção, calibração e qualificação de equipamentos, validação de processos e equipamentos, validação de reagentes, registros de controles de qualidade (interno e externo), registros da execução dos procedimentos e uso de hemocomponentes, registros de controles de temperatura de equipamentos e ambientes, registros de controle e uso de reagentes, registros de treinamentos dos profissionais, relatórios de auditorias internas e externas, relatórios e documentos fiscais emitidos pela Vigilância Sanitária (Municipal, Estadual e/ou ANVISA) e quaisquer outros inerentes ao serviço de hemoterapia. Caso os registros estejam em sistema informatizado próprio e/ou contratado pelo Parceiro Privado, deverá ser disponibilizado acesso por um período mínimo de 60 (sessenta) dias após finalizada a transição do gerenciamento da unidade, para migração de todos os dados e/ou download.
- 1.1.45. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do PARCEIRO PÚBLICO e conforme as diretrizes do SUS;
- 1.1.46. Caso necessário e definido pela SES-GO, o PARCEIRO PRIVADO deverá participar de ações focadas e/ou eventos oferecendo serviços compatíveis com aqueles já realizados na unidade de saúde devendo a produção decorrente da participação ser computada dentro da meta contratual estabelecida como oferta externa.
- 1.1.47. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida pelos órgãos de fiscalização ambiental;
- 1.1.48. Assegurar o cumprimento e atendimento e registros de informações assistenciais e de faturamento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SAGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;
- 1.1.49. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO;
- 1.1.50. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao PARCEIRO PÚBLICO, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo PARCEIRO PRIVADO, mediante notificação prévia do mesmo.

## 2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS INCLUÍDOS

- 2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia:
- 2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;
- 2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar o paciente, de acordo com o seu perfil assistencial, conforme orientação e determinação da SES-GO;
- 2.3.1. No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o PARCEIRO PRIVADO deve solicitar as transferências externas por meio da Regulação Estadual, informando na abertura da solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: Código Internacional de Doenças (CID), resumo clínico fidedigno, exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida. Deverá atentar para eventuais solicitações/informações enviados pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES.
- 2.4. O acompanhamento e a correção das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio dos sistemas informatizados de regulação, controle e procedimento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
- 2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Núcleo Interno de Regulação, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações de regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora;
- 2.6. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial à Secretaria de Estado da Saúde até o dia 10 do mês subsequente para o e-mail: [sis.sesgo@gmail.com](mailto:sis.sesgo@gmail.com); e o faturamento hospitalar para o e-mail: [eh.sesgo@gmail.com](mailto:eh.sesgo@gmail.com). E no dia 15, de cada mês, a Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação Controle e Avaliação enviará uma prisa (síntese de produção ambulatorial e relatório de AHS rejeitadas) ao estabelecimento, para que se proceda às possíveis correções e a devolução a esta Secretaria de Estado da Saúde de Goiás deverá ser realizada até dia 20, impreterivelmente.

### 3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

#### 3.1. Identificação da Unidade

- 3.1.1. Nome: Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued - HDT  
 3.1.2. CNIS: 2506641  
 3.1.3. Endereço: Avenida Contorno, s/n, Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 74853400.  
 3.1.4. Tipo de Unidade: Hospital Especializado de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda referenciada.  
 3.1.5. Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás  
 3.1.6. Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pela Regulação Estadual.

#### 3.2. Capacidade Instalada

##### 3.2.1. Estrutura

3.2.1.1. O Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued possui edificação dividida em pavimentos e alas. Conta leitos gerais, leitos de UTI Adulto, leitos de UTI Pediátrica e leitos dia, disponíveis SUS, destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Capacidade Instalada		
Descrição	Quantidade do 10º Termo Aditivo	Quantidade para o 17º Termo Aditivo
UTI Adulto	10 leitos (02* hemodíalises)	10 leitos (02* hemodíalises)
UTI Crítica	10 leitos	05 leitos
UTI Pediátrica	04 leitos	04 leitos
Clinica Pediátrica	08 leitos	11 leitos
Clinica Médica Adulto	70 leitos	78 leitos
Leito cirúrgico	1 leito	-
Leitos dia	10 poltronas	10 poltronas
Sala vermelha	-	01 sala
Observação (box observação)	06 leitos	02 leitos
Centro Cirúrgico	03 salas	03 salas
RNA	04 leitos	04 leitos
Consultórios ambulatoriais	11	11
Sala de procedimentos	01	01
Sala de Vacina	-	01
Sala de Fotoradiação	-	01
Farmácia Ambulatorial	-	01

- 3.2.1.2. A distribuição física poderá ser adequada pelo PARCEIRO PRIVADO, com anuidade prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.  
 3.2.1.3. O hospital deverá manter sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nizan Albernaz (HEMOGO).  
 3.2.1.4. O serviço de hemotermia integra a Rede Estadual de Serviços de Hematologia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

#### 3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued é uma unidade de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, referência para doenças infecciosas e dermatológicas como: Tuberculose, Meningite, Hepatite, AIDS, Tétano, Acidentes Ofídicos e Rábitos, Hanseníase, Pênfigo, Vitiligo e outras, com atendimento eletivo e de emergência de Médio e Alta Complexidade em Infectologia adulto e pediátrico e Dermatologia Sanitária, devidamente referenciado pela Regulação Estadual, com funcionamento 24 horas ininterruptamente.

### 4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

#### 4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued - HDT/HAA serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

- I - Internação:
  - a) Salas Clínicas;
  - b) Salas Pediátricas;
  - c) Internações em leitos de UTI Adulto (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas);
  - d) Internações em leitos de UTI Pediátrica (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas);
- II - Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Consultas Multiprofissionais
- III - Procedimentos Ambulatoriais
- IV - Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.
- V - Atendimento leito dia.

4.1.2. Os atendimentos de Urgência e Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIAS/SUS).

#### 4.2. Assistência Hospitalar

- 4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);  
 4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, girando as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;  
 4.2.3. Fica estabelecido que as solicitações de internações de urgências serão reguladas/condicionadas para o leito exclusivamente pela equipe técnica da Gerência de Regulação de Internações conforme disponibilidade de vagas no Mapa de Leitos do Portal da Transparência da Secretaria de Estado da Saúde;  
 4.2.4. O processo de regulação para leito não minimiza a importância do Núcleo Interno de Regulação - NIR, para atuação que lhe compete respeitando a Portaria nº 1619/2020 - SES, Nota Técnica nº: 1/2022 - SES/SCRS-15346 e Manual de Implantação e Implementação NIR referentes ao dimensionamento do NIR das unidades sob gestão estadual;  
 4.2.5. A equipe de Regulação Estadual fará a reserva do leito (Sistema de Gestão Hospitalar) e confirmação/autorização da vaga no Sistema de Regulação Estadual, o processo de gestão do leito na unidade continuará sob responsabilidade do Núcleo Interno de Regulação, bem como o processo de recepção, admissão e alta no Sistema de Regulação Estadual;



- 4.2.6. Em casos excepcionais em que os pacientes estejam em uma unidade sem suporte, mesmo não sendo perfil da unidade, serão regulados para o leito para suporte à vida. Os critérios que serão utilizados para liberação das vagas serão os já protocolados por esta regulação: prioridade conforme gravidade, prioridades de demandas judiciais e demais que se forem necessários;
- 4.2.7. Em casos de pacientes fora do perfil da unidade, encaminhados para avaliação pela mesa reguladora, devido a urgência/emergência do quadro clínico, o PARCEIRO PRIVADO, por meio do NIR, após avaliação e estabilização do paciente, poderá proceder a solicitação de transferência por meio do sistema de regulação estadual, para as demais unidades especializadas da rede com o respectivo perfil, devendo o NIR atentar para o correto preenchimento da AH - Autorização de Internação Hospitalar pelo médico assistente ou plantonista inserindo os exames pertinentes ao diagnóstico.
- 4.2.7.1. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida;
- 4.2.8. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:
- a) Assistência por equipe médica especializada;
  - b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
  - c) Assistência farmacêutica durante o processo de internação;
  - d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
  - e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
  - f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
  - g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
  - h) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SAOT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
  - i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
  - j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diurno para cobertura horária no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
  - k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
  - l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
  - m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
  - n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Lei nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 06/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
  - o) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
  - p) Sangue e hemoderivados;
  - q) Fornecimento de enxoval;
  - r) Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se forem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
  - s) Garantir a realização das cirurgias, devendo o PARCEIRO PRIVADO evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
  - t) Transporte inter-hospitalar para acesso a unidades especializadas e diagnósticas, em todos os níveis de complexidade, independente da distância;
- 4.2.9. A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.
- 4.2.10. Da equipe multiprofissional
- 4.2.10.1. A Unidade Hospitalar deverá assegurar, minimamente a assistência multiprofissional aos pacientes internados nas seguintes especialidades:
- a) Assistência Social;
  - b) Bucodentofacial;
  - c) Enfermagem;
  - d) Farmácia;
  - e) Fisioterapia;
  - f) Fonoaudiologia;
  - g) Nutrição;
  - h) Odontologia;
  - i) Psicologia; e
  - j) Terapia Ocupacional.
- 4.2.11. **Odontologia Hospitalar - Pacientes Internados**
- 4.2.11.1. A odontologia hospitalar pode ser definida como conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Seu foco principal é o atendimento em saúde bucal ao paciente em nível terciário.
- 4.2.11.2. Odontologia hospitalar tem como escopo garantir a integralidade de ações em saúde para pacientes internados pelo SUS e/ou para pacientes que apresentem manifestações decorrentes na cavidade oral da doença ou da terapia em âmbito hospitalar, inserindo, para tanto, o profissional de saúde bucal na equipe multidisciplinar de atendimento hospitalar.
- 4.2.11.3. Essa atenção é essencial sabendo que muitas alterações de saúde, manifestam-se, na cavidade oral, o que faz com que a odontologia hospitalar seja de suma importância para pacientes hospitalizados, atuando na prevenção e controle de doenças de acordo com os protocolos de cuidados orais na saúde dos pacientes, garantindo a resolutividade das atividades assistenciais.
- 4.3. **Atendimentos às Urgências Hospitalares**
- 4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/UC, durante 24h.
- 4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea, por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhadas de forma referenciada pela Regulação Estadual e que sejam classificadas conforme Acabamento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde.
- 4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acabamento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Regulação Estadual.
- 4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.
- 4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AH).
- 4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.
- |                |
|----------------|
|                |
| Infectologia   |
| Clínica Médica |
- 4.4. **Atendimentos Ambulatoriais**
- 4.4.1. **Consultas Especializadas**
- 4.4.1.1. O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas abertas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatorial;
- 4.4.1.2. O PARCEIRO PRIVADO apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/realizadas;
- 4.4.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:
- I - Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
  - II - Interconsulta;
  - III - Consultas subsequentes (retornos).
- 4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;
- 4.4.1.5. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhado pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema Informatizado de regulação estadual.

- 4.4.1.6. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de ingresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema Informatizado de Regulação Estadual;
- 4.4.1.7. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;
- 4.4.1.8. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;
- 4.4.1.9. É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.
- 4.4.1.10. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;
- 4.4.1.11. Constatada exceção ao disciplinado no caput deste subitem, as consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1967, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecerão as etapas desta consulta, quais sejam:
- I - análise dos dados contidos no prontuário;
  - II - entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
  - III - diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);
  - IV - resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
  - V - definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
  - VI - registro, que é a legitimação das ações deste profissional.
- 4.4.1.12. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório
Ortopedia (ingresso)
Cardiologia (ingresso)
Ortopedia (ingresso)
Dermatologia
Dermatologia Pedátrica
Endocrinologia (ingresso)
Gastroenterologia Geral (ingresso)
Ginecologia (ingresso)
Hematologia (ingresso)
Infectologia
Infectologia Pedátrica
Nefrologia (ingresso)
Psiquiatria (ingresso)

Consulta multiprofissional na Atenção Especializada (por especialidade)
Enfermagem
Fisioterapia
Psicologia
Nutricionista
Farmacêutico

- 4.4.1.13. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou ingresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;
- 4.4.1.14. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo PARCEIRO PRIVADO em até 45 dias;
- 4.4.1.15. Espera-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Contrato de Gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.
- 4.4.1.16. Em situações excepcionais, mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o PARCEIRO PRIVADO alertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.
- 4.5. Cirurgias Eletivas**
- 4.5.1. Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo D4 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;
- 4.5.2. Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendada dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: cirurgia eletiva hospitalar, cirurgia eletiva ambulatorial e procedimento ambulatorial
- 4.5.2.1. Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós-operatória.
- a) Instrumento de registro: AH via REGNET;
  - b) Autorização para execução: via REGNET;
  - c) Apresentação de produção para prestação de contas: via REGNET.
- 4.5.2.2. As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:
- 4.5.2.2.1) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência de 2 a 3 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo.
  - 4.5.2.2.2) Cirurgia eletiva hospitalar de média e/ou alta complexidade: média de permanência maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo.
  - 4.5.2.2.3) Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência maior que 3 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.
- 4.5.2.3. Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória.
- a) Instrumento de registro: APAC
  - b) Autorização para execução: via REGNET
  - c) Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação via REGNET.
- 4.5.2.4. Procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente; sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória;



- a) Instrumento de registro: BRA ou BPN
  - b) Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 2ª vez
  - c) Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)
- 4.5.2.5. As cirurgias eletivas não envolvem pacientes que estejam em internação hospitalar prévia à realização do procedimento cirúrgico;
- 4.5.2.6. Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial regulada pela Regulação Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;
- 4.5.2.7. Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera de cirurgia eletiva;
- 4.5.2.8. Em situação excepcional será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência. Tratar-se-á dos pacientes que necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e reabilitação de caráter de emergência, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;
- 4.5.2.9. A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.

**4.6. Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo**

- 4.6.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pela Regulação Estadual;
- 4.6.2. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidas pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT;
- 4.6.3. Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT Externo a serem ofertados e executados são:

Exames para o SADT Externo do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued
Análise Clínica
Bronscopia
Colonoscopia
Ecocardiograma transtorácico (Adulto e pediátrico)
Elastografia
Endoscopia
Radiografia sem contraste
Tomografia Computadorizada
Ultrassonografia*
<i>*Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente, levando em conta a necessidade de regulação de saúde e sua demanda reprimida. Caso haja necessidade de biópsia / anatomia patológica deverá ser garantido na Unidade.</i>

- 4.6.4. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagem para os usuários da unidade, bem como aqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;
- 4.6.5. Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

**4.7. Serviços de Apoio**

- 4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, o SADT interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.
- 4.7.2. Serviços de Farmácia
- 4.7.2.1. O Hospital deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos assistencial, preventivo, diagnóstico e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica ofertando consulta farmacêutica no atendimento do usuário na farmácia ambulatorial, quando houver, e implantando o serviço de farmácia clínica na instituição.
- 4.7.2.2. Deve realizar atendimento 24 horas, sete dias por semana e contar com assistência farmacêutica durante todo seu horário de funcionamento.
- 4.7.2.3. Poderá adotar sistema de distribuição de medicamentos misto, devendo priorizar a utilização do sistema de distribuição unitário desde que possua estrutura física adequada para a utilização deste ou sistema de distribuição individualizado. O sistema a ser utilizado deve considerar economicidade e segurança do paciente.
- 4.7.2.4. A aquisição de medicamentos deve passar por validação técnica de profissional farmacêutico que precisa verificar e registrar para cada medicamento a ser adquirido, minimamente: registro válido e adequado às finalidades (juro a ANVISA); autorização de funcionamento do fornecedor adequada a finalidade (juro a ANVISA); alvará sanitário do fornecedor.
- 4.7.2.5. O FARMÁCIO PRIVADO só poderá utilizar produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e deverá manter um estoque suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.
- 4.7.2.6. A seleção de Medicamentos Priorizados e seleção de Medicamentos de Alta Vigilância da Instituição deverá ser definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, publicada e disponibilizada a todos colaboradores.
- 4.7.2.7. O FARMÁCIO PRIVADO deverá fornecer medicamentos conforme prescrição médica em quantidade suficiente para atendimento durante o período de internação.
- 4.7.2.8. O recebimento de medicamentos pela Instituição deverá ser supervisionado por profissional farmacêutico e obedecer aos critérios de Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos, sendo imprescindível a utilização do checklist de recebimento para documentação desse processo.
- 4.7.2.9. A Central de Abastecimento Farmacêutico deve coordenar minimamente as seguintes áreas: recebimento/expedição; quarentena (retenção temporária de medicamentos, isolados fisicamente ou por outros meios que impeçam a sua utilização, enquanto aguardam uma decisão sobre sua liberação para consumo ou rejeição/devolução); expedição; armazenagem geral; repavosados, ventosas, recipientes e/ou suportes de fabricação ou fabricados; armazenamento de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle, quando aplicável; armazenamento de termolábeis, quando aplicável; área administrativa.
- 4.7.2.10. Deve implantar sistema de rastreabilidade por lote e validade do medicamento até a administração do medicamento.
- 4.7.2.11. Deve implantar sistema de identificação dos medicamentos com vistas a segurança do paciente, utilizando métodos de diferenciação para os nomes com grafias e sons semelhantes.
- 4.7.2.12. As etiquetas identificadoras dos kits de medicamentos devem possuir no mínimo dois identificadores do paciente (por exemplo, nome completo e data de nascimento).
- 4.7.2.13. Deverá haver participação de farmacêuticos, minimamente, nas seguintes comissões hospitalares: Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN); Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA); se houver; Comissão de 4.7.2.15. Controle de Interações Relacionadas à Assistência à Saúde (CIRAS); Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
- 4.7.2.14. A farmácia deve armazenar os medicamentos termolábeis em câmaras frias adequadas para esse fim, transportá-los em caixas térmicas adequadas e identificá-los quanto a necessidade de refrigeração (etiqueta "manter em geladeira").
- 4.7.2.15. Deve desenvolver e disponibilizar material técnico relacionado a medicamentos para suporte à equipe multiprofissional, dentre eles: Manual de Diluição e Estabilidade; Manual de Interações Medicamentosas; Manual de Administração de Medicamentos por Acesso Enteral, entre outros que se fizerem necessários.
- 4.7.2.16. Deve elaborar e disponibilizar Manual de Boas Práticas e Plano de Gerenciamento de Caixa Medicamentos.
- 4.7.2.17. O FARMÁCIO PRIVADO deve incluir farmacêuticos nas atividades de avaliação e qualificação do fornecedor de medicamentos.
- 4.7.2.18. As atividades da Farmácia Clínica deve contemplar: revisão da farmacoterapia; acompanhamento farmacoterapêutico; conciliação medicamentosa (admissão, transição de cuidado e alta); orientação de alta, assim como registro das intervenções farmacêuticas realizadas.
- 4.7.2.19. O registro das atividades de Farmácia Clínica devem ser devidamente realizados em sistema informatizado no prontuário do paciente.
- 4.7.2.20. Todas as prescrições devem ser analisadas por profissional farmacêutico e devem ter seus medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).
- 4.7.2.21. O FARMÁCIO PRIVADO deve implantar o serviço de farmacovigilância que deve contemplar a participação ativa do profissional farmacêutico.
- 4.7.2.22. Deve acompanhar, monitorar e propor plano de ação para os indicadores de desempenho do setor.
- 4.7.2.23. A Farmácia Clínica deve participar ativamente do plano terapêutico individualizado.
- 4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética - SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/utente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

Esse documento foi assinado por Antônio Jorge Almeida Maciel. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/2YQEK-S68SA-3KYDR-TP4EL>

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

4.7.6. Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar;

## 5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo do vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES-GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

## 6. PROPOSTAS DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria nº 2116/2021 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

6.2. O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo facultada à Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

6.3. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 02 (dois) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetido à análise da SES-GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

6.4. Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

6.4.1. A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.5. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será priorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse;

6.6. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Contrato de Gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

6.7. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

## 7. DA COMUNICAÇÃO

7.1. Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação, e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

7.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pelo, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

7.3. Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

7.4. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, na execução das parcerias, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que islem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como "rede própria da Secretaria de Estado da Saúde" ou "Unidade do Governo de Goiás" em quaisquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

7.5. O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SES para efeito de uniformidade dos materiais produzidos, sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

7.5.1. As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos mas, para colocação em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, deverão ter a autorização prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

7.5.2. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, letreiros e materiais semelhantes, adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais.

7.6. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, o ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

7.7. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares usando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros ensinados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

7.8. As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comart, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a este trâmite.

## 8. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- I - Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;
- II - Relatórios referentes aos indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;
- III - Relatório de Custos, em regime mensal;
- IV - Outros, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;

8.3. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem-fim lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidos. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal de transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação;

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.

## 9. REGRA GERAL - METAS DE PRODUÇÃO

9.1. São apresentados as metas de produção contratualizadas com o HDT referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, estes indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diário/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued - HDT;

9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUH serão extraídos diariamente pelo SES-GO;

9.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO);

9.5. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

9.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

9.7. São consideradas como Metas de Produção determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

### 9.7.1. Internações Hospitalares

- I - salas clínicas;
- II - salas pediátricas;

### 9.7.2. Atendimento Ambulatoriais

- III - consulta médica na atenção especializada;
- IV - consulta multiprofissional na atenção especializada;
- V - Procedimentos Ambulatoriais

SADT Externas: exames e ações de apoio e diagnóstico.



- 9.8. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O PARCEIRO PRIVADO deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.
- 9.9. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a meta do referido contrato, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá informar mensalmente a produção realizada.

**Quadro Síntese dos Indicadores e Metas de Produção**

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Médica	224
	Clínica Pediátrica	47
Hospital Dia	Leito Dia	350
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	3.020
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	530
	Procedimentos Ambulatoriais	500
SADT EXTERNO	Análise Clínica	2.500
	Broncoscopia	10
	Colonoscopia	100
	Ecocardiograma transtorácico (Adulto e pediátrico)	100
	Eletrografia	20
	Endoscopia	100
	Radiografia sem contraste	50
	Tomografia Computadorizada	100
	Ultrassonografia	50

**10. DETERMINANTES DA PARTE FIXA**

**10.1. Internações Hospitalares**

- 10.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares referentes a internação de longa permanência de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Médica	224
	Clínica Médica Pediátrica	47

- 10.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital, considerando o número de leitos de internação e taxa de ocupação de 85%.
- 10.1.2.1. Para as saídas clínicas foi considerado TNP de 09 dias.
- 10.1.2.2. Para as saídas pediátricas foi considerado TMP de 06 dias.
- 10.1.2.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

**10.2. Atendimento Ambulatorial**

- 10.2.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e procedimentos ambulatoriais;
- 10.2.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida no item 10.2.3, a seguir;
- 10.2.5. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e assegurá-las, de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo:

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal
Consulta Médica na Atenção Especializada	3.020
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	530
Procedimento Ambulatorial	500

Obs.: Para a composição da meta usou-se a série histórica da unidade como orientadora.

- 10.2.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:
- I - 10% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;
- II - 90% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta de egresso, interconsulta e consultas subsequentes (retornos).
- 10.2.5. O PARCEIRO PRIVADO poderá distribuir a percentual de primeira consulta de egresso, interconsulta e consultas subsequentes entre as especialidades acima, conforme demanda mensal identificada pelo mesmo.
- 10.2.6. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outra especialidade, o que deverá ser cumprido pelo PARCEIRO PRIVADO em até 10 (dez) dias;
- 10.2.7. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite total previsto neste anexo técnico, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outra especialidade;
- 10.2.8. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais;
- 10.2.9. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente;
- 10.2.10. O indicador de aferição também será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;
- 10.2.10.1. O PARCEIRO PÚBLICO poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.
- 10.3. SADT Externo
- 10.3.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pela Regulação Estadual, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal
Análise Clínica	2.500
Broncoscopia	10
Colonoscopia	100
Ecocardiograma transtorácico (Adulto e pediátrico)	100
Elastografia	20
Endoscopia	100
Radigrafia sem contraste	50
Tomografia Computadorizada	100
Ultrassonografia*	50

Obs.: Para o cálculo dos SAGT, considerou-se a média de solicitações mês das regiões de abrangência, capacidade instalada e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.  
\*Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente, levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida. Caso haja necessidade de hipótese / anatomia patológica deverá ser garantido na Unidade.

10.3.2. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constante e periodicamente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações das ofertadas e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outro SAGT, o que deverá ser cumprido pelo PARCEIRO PRIVADO em até 60 (sessenta) dias;

10.3.3. Estabelece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo total de SAGT não ultrapassará o limite total previsto neste anexo técnico, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou remanejamentos de quantitativo da oferta para outra especialidade.

10.3.4. Os exames internos não cumprem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

10.3.4.1. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral de Saúde, Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custos a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

10.3.5. O PARCEIRO PRIVADO deverá inserir, obrigatoriamente, todas as vagas disponíveis, mensalmente, para os SAGTs, no sistema de regulação estadual.

#### 10.4. Hospital dia

10.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia por mês.

10.4.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

10.4.3. O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecerem à Unidade apenas para recebimento de dose equimétrica de medicação endovenosa e procedimentos ambulatoriais; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Hospital Dia	Meta mensal
Atendimentos	350

Obs.: Para cálculo dos atendimentos foram considerados nº de leitos e a série histórica de produção.

### 11. INDICADORES DE DESEMPENHO

11.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar diário/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensurar a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade;

11.1.1. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;

11.1.2. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-GO);

11.1.3. Na medida em que os indicadores foram homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;

11.1.4. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥ 85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TAMP)	≤ 9 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 14
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 8%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Óbitos no SIM - DATASUS (ocorrido por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Evenos de Notificação Computadorizado Imediata (DAEI) Digitais Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Evenos de Notificação Computadorizado Imediata (DAEI) Investigados Oportunamente - até 48 horas da data de notificação	≥ 80%
Percentual de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 1%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacológicas	≥ 85%

#### 11.1.4.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

**Conceituação:** relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde; com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

**Fórmula:** [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100



- 11.1.4.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)**  
**Conceituação:** relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.  
 Tempo médio de permanência muito alta nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticularização nos cuidados ao paciente.  
 É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do HR, 2017).  
**Fórmula:** [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]
- 11.1.4.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)**  
**Conceituação:** avalia o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.  
 Subsídio: processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do HR, 2017).  
**Fórmula:** [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar
- 11.1.4.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)**  
**Conceituação:** o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos desnecessários aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetria são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.  
**Fórmula:** [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100
- 11.1.4.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)**  
**Conceituação:** mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade de assistência e pode refletir a qualidade de cuidado feita e/ou altas precoces da UTI.  
**Fórmula:** [Número de retornos em até 48 horas/ Número de saídas da UTI, por alta] x 100
- 11.1.4.6. Percentual de Ocorrência de Glicose no SIM**  
**Conceituação:** mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.  
**Fórmula:** [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100  
 Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.
- 11.1.4.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)**  
**Conceituação:** mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.  
**Fórmula:** [Número de cirurgias eletivas suspensas/Número de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100
- 11.1.4.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAE expirado**  
**Conceituação:** indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo divinamente aceitável conforme o critério SWALS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.  
**Fórmula:** [Número de cirurgias realizadas com TMAE expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100
- 11.1.4.9. Razão do quantitativo de consultas ofertadas**  
**Conceituação:** número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).  
**Fórmula:** Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade
- 11.1.4.10. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias**  
**Conceituação:** proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).  
**Fórmula:** [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] x 100
- 11.1.4.11. Percentual de casos de doenças/agravos/evntos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitadas oportunamente**  
**Conceituação:** avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da digitação das notificações das doenças/agravos/evntos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (5 a 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/SUS-e-SUS- SINAM).  
**Fórmula:** Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) x 100
- 11.1.4.12. Percentual de casos de doenças/agravos/evntos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente**  
**Conceituação:** avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da investigação das notificações das doenças/agravos/evntos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (5 a 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVEP-Gripe/SUS-e-SUS- SINAM).  
**Fórmula:** Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) x 100
- 11.1.4.13. Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos**  
**Conceituação:** Permite a redução da perda de medicamentos por vencimento pela unidades de saúde, a partir do aprimoramento e implantação de ferramentas e processos de trabalho.  
**Fórmula:** [Valor financeiro da perda de medicamento padronizado por validade expirada no mês (R\$)/ valor financeiro do total de medicamentos em estoque(R\$)] x 100.
- 11.1.4.14. Taxa de acurácia do estoque**  
**Conceituação:** Esse indicador tem por objetivo monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.  
**Fórmula:** [Quantitativo de itens de medicamentos em conformidade no estoque (ao comparar físico e sistema) / Quantidade total de itens em estoque] x 100
- 11.1.4.15. Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas**  
**Conceituação:** Esse indicador é útil para avaliar o desempenho do serviço de farmácia clínica e a importância desse serviço para a segurança do paciente através da prevenção de problemas relacionados a medicamentos.  
**Fórmula:** [Número de intervenções aceitas/ Número absoluto de intervenções registradas que requer aceitação] x 100
- Importante: para todos os indicadores, considere-se "período" o mês fechado.

Goiânia, 01 de julho de 2025.

Assinado eletronicamente por:  
 Antônio Jorge Almeida Maciel  
 CPF: \*\*\*.605.175-\*\*  
 Data: 01/07/2025 15:22:42 -03:00

MUNDO DIGITAL

**Antônio Jorge de A. Maciel**  
 Diretor Executivo – HDT



# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: 2YQEK-S68SA-3KYDR-TP4EL

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

- ✓ Antônio Jorge Almeida Maciel (CPF \*\*\*.605.175-\*\*) em 01/07/2025 15:22 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
189.5.134.126	Não disponível
Autenticação	diretoria.executiva.hdt@isgsaude.org (Verificado)
Login	
1OEkcwbGN/A9hPBgKqdL49fhpNxq7QQ9+owgLhjH9R4=	
SHA-256	

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

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/2YQEK-S68SA-3KYDR-TP4EL>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate>