



Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**

**38º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2010, QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E, DO OUTRO LADO, A FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES - FGH, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HÉLDER CÂMARA, NA FORMA E CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.**

O ESTADO DE PERNAMBUCO, através da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, com sede à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongijari, Recife/PE, CEP 50.751-530, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada por seu Secretário, **Dr. ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO**, nomeado pelo Ato nº 05, publicado no DOE em 02/01/2019, residente e domiciliado nesta cidade do Recife e, do outro lado, a **FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES - FGH**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.039.744/0008-60, com filial à Rodovia BR-101 Sul KM 28, s/nº, Centro, Cabo de Santo Agostinho/PE, CEP: 54.510-000, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representado pelo Dr. **DOMINGOS JOAQUIM FERREIRA CRUZ NETO**; **CONSIDERANDO** a Nota Técnica nº 366/2021, da Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde (ID. nº 17010727); **CONSIDERANDO** o Parecer CTAI nº 235/2021, da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (ID. nº 19828648); **CONSIDERANDO** o Parecer nº 15/2022, da Comissão Mista de Avaliação (ID. nº 21229874); bem como a instrução do Processo SEI nº 2300000022.003030/2021-21, têm justo e acordado o presente **TERMO ADITIVO** ao **Contrato de Gestão nº 006/2010**, mediante as cláusulas e condições a seguir elencadas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Aditivo ao Contrato de Gestão nº 006/2010:

- a) a **IMPLANTAÇÃO** do serviço de cirurgia vascular com plantão de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas e 28 (vinte e oito) leitos de enfermaria; e
- b) a **REACTUAÇÃO DE METAS** dos seguintes indicadores:

1. Saídas Hospitalares: de 793 (setecentos e noventa e três) para 878 (oitocentos e setenta e oito) saídas/mês; e

2. atendimentos Ambulatoriais: de 2.400 (dois mil e quatrocentos) para 2.485 (dois mil e quatrocentos e oitenta e cinco) atendimentos/mês.

Tudo de acordo com a Nota Técnica nº 366/2021 (ID. nº 17010727), da Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde, o Parecer CTAI nº 235/2021 (ID. nº 19828648) e a Nota Resposta nº 8 (ID. nº 20447780), ambos da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, a Cota nº 13 (ID. nº 19974152) e o Parecer nº 15/2022 (ID. nº 21229874), ambos da Comissão Mista de Avaliação, bem como o Despacho nº 179 (ID. nº 22255979), da Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde, todos são setores da Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco.

1.2. A alteração financeira do Contrato de Gestão nº 006/2010 será no valor de **R\$1.609.386,60 (um milhão e seiscentos e nove mil e trezentos e oitenta e seis reais e sessenta centavos)**, conforme o estabelecido pela Superintendência Financeira de Prestação de Contas, na Nota Técnica nº 133 (ID. nº 19071423) e no Despacho de Esclarecimento nº 280 (ID. nº 20006803).

Com esse incremento financeiro, o repasse contratual da Unidade, que é de R\$7.084.484,45 (sete milhões e oitenta e quatro mil e quatrocentos e oitenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos), passará a ser no valor R\$ 8.693.871,05 (oito milhões e seiscentos e noventa e três mil e oitocentos e setenta e um reais e cinco centavos), como destacou a Comissão Mista de Avaliação dos Contratos de Gestão, no Parecer nº 15/2022 (vide ID. nº 21229874).

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

2.1. O presente **TERMO ADITIVO** terá seu termo inicial a partir da data de sua assinatura, e termo final equivalente ao término da vigência do Contrato de Gestão nº 006/2010, como foi indicado no Despacho nº 179 (ID. nº 22255979), da Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – DO PAGAMENTO

3.1. O pagamento do valor mensal referente à contratação elucidada na Cláusula Primeira será efetuado até o 5º (quinto) dia útil após o recebimento da nota fiscal/fatura dos serviços atrelados à contratação efetivamente executados no mês anterior.

#### CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

**Fonte:** 0101000000

**Unidade:** 530401

**Programa de Trabalho:** 10.302.0410.4610.1007

**Elemento:** 3.3.50.43

**Nota de Empenho:** 2022NE003024, de 03/01/2022.

**Valor da Nota de Empenho:** R\$6.437.546,40

**PARÁGRAFO ÚNICO.** A referida Nota de Empenho em epígrafe garantem o pagamento da quantia de **R\$6.437.546,40 (seis milhões e quatrocentos e trinta e sete mil e quinhentos e quarenta e seis reais e quarenta centavos)**, ID. nº 22045270. Devendo o valor remanescente ser complementado através de nota de empenho a ser emitida pelo setor competente, e, posteriormente, ser registrada por simples apostilamento, conforme disposição do art. 65, § 8º, da Lei nº 8.666/93, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO**

5.1. Ficam ratificadas todas as cláusulas e disposições que não tenham sido expressa ou tacitamente revogadas no presente Termo Aditivo.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DOS CASOS OMISSOS**

6.1. Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação que rege a matéria.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO**

7.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em formato digital, para todos os efeitos de direito.

Recife, data da assinatura digital.

**ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO**  
**SECRETÁRIO**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**  
**CONTRATANTE**

**DOMINGOS JOAQUIM FERREIRA CRUZ NETO**  
**FUNDAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR MARTINIANO FERNANDES - FGH**  
**CONTRATADA**

#### **ANEXO TÉCNICO I**

#### **DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

#### **DAS NOVAS METAS ESTABELECIDAS:**

#### **I-INTRODUÇÃO**

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, 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 (unidade hospitalar, unidade ambulatorial, ou outros).

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

Este documento descreve as metas de produção, com o acréscimo da repactuação de metas da **Implantação do Serviço de Cirurgia Vascular com plantão de urgência/emergência 24h** no HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA que serão avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, na análise para o repasse de 20% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos trimestres de avaliação. O acompanhamento dos indicadores será mensal; contudo, a avaliação será realizada trimestralmente, em conformidade ao disposto no Art. 15-A da lei nº 16.155/17, que alterou a lei 15.210/13.

## II – VALORAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADOR DE PRODUÇÃO

Indicadores	Percentual %
Produção	20%

## III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

O hospital deverá realizar um volume de atividades anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS – Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

### III.1 SAÍDAS HOSPITALARES

SAÍDAS HOSPITALARES	1º M	2º M	3º M	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM	TOTAL
	878	878	878	878	878	878	878	878	878	878	878	878	878

Fonte: PARECER Nº 15/2022 DA COMISSÃO MISTA DE AVALIAÇÃO

### III.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTAS	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	TOTAL
	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500

### III.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS

ATENDIMENTOS	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	TOTAL
	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485	2.485

Fonte: PARECER Nº 15/2022 DA COMISSÃO MISTA DE AVALIAÇÃO

### III.4 REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS

CIRURGIAS GERAL	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	TOTAL
	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480	480

### III.5 SESSÕES DE HEMODIÁLISE

ATENDIMENTOS	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	TOTAL
	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340

Fonte: 23º T.A. ao Contrato de Gestão

Considerando que a demanda é regulada, na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada de cumprimento das metas estipuladas, tendo como única e exclusiva justificativa a inexistência de demanda para atingir as metas contratualmente fixadas, não haverá descontos nos pagamentos devidos.

## ANEXO TÉCNICO II DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

### I – INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores de qualidade que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, na análise para o repasse de 10% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos trimestres de avaliação. O acompanhamento dos indicadores será mensal; contudo, a avaliação será realizada trimestralmente.

### II – AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores referentes à parte variável do contrato, o hospital deverá atingir as metas definidas para os seguintes indicadores: Qualidade da Informação, Atenção ao usuário, Controle de Infecção Hospitalar, Taxa de Cirurgias Suspensas e Mortalidade Operatória, conforme Quadro de Indicadores e Súmula da Planilha de Desconto da parte variável abaixo.

### III – VALORAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADOR DE QUALIDADE

Indicadores	Percentual %
Qualidade	10%

#### METAS E INDICADORES

Estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável os relacionados no quadro abaixo:

#### A. Indicadores – Súmula da planilha de desconto da parte variável

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade da Informação	25%	25%	25%	25%
Taxa de Cirurgias Suspensas	25%	25%	25%	25%
Controle de Infecção Hospitalar	25%	25%	25%	25%
Mortalidade Operatória	25%	25%	25%	25%

Nota: O Valor ponderal corresponde ao total do desconto por indicador de qualidade em consonância ao mês que não atingir a meta proposta.

#### B. PLANILHA INDICADORES DE QUALIDADE – HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CÂMARA

INDICADORES DE QUALIDADE – HOSPITAIS									
INDICADORES	DEFINIÇÃO/ SIGNIFICADO	MÉTODO CÁLCULO	DE	FONTE EVIDENCIA	DE	PADRAO/ META	DE	TIPO	
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Avaliar a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar (saídas). Considerando-se que os hospitais sob o contrato de gestão são emissores de AIH e, portanto não dependem de processo nas instâncias	Numerador: nº das AIH apresentadas do mês de competência. Denominador: nº de total de saída Resultado: Multiplicado por 100	DE	SIH/SUS	DE	Apresentação de 90% das AIH referentes às saídas em cada mês de competência.	Mensal	Trimestre	25%

		regionais da SES para liberação da documentação citada.						
1ª Qualidade da Informação	Porcentagem de declaração de diagnósticos secundários por especialidade.*	Avaliar a complexidade das internações através do Diagnóstico Secundário, sendo uma variável que deve ser registrada. O preenchimento de apenas uma afecção (CID-10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a perda de informações importantes, dificultando assim a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais.	AIH com diagnóstico secundário por clínica/ Total das AIH apresentadas por clínica do mês	SIH/SUS.	22% em clínica cirúrgica 14% em clínica médica	Mensal	Trimestre	
	Taxa de identificação da origem do paciente.*	Conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos.	Numerador: Número de CEP válidos. Denominador: Número total de CEP apresentados. Resultado: Multiplicado por 100 / Numerador: Número de CEP compatíveis com código de IBGE Denominador: Número total de CEP apresentado Resultado: multiplicado por 100	Código de Endereçamento Postal (CEP), Código do IBGE e Sistema Informações Hospitalar (SIH/SUS)	Atingir 90% de CEP válido e 90% de CEP compatíveis com o código IBGE	Mensal	Trimestre	Req aco
2ª Atenção ao Usuário*		Avaliar a percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes.	Pesquisa de satisfação do usuário: Por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatoriais dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes da área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório	O hospital deverá enviar planilha consolidada com o preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, e acompanhantes e o de pacientes em atendimento ambulatorial	Envio das planilhas de consolidação dos três grupos .	Mensal	Trimestre	Req aco
		Avaliar a percepção de qualidade de	Resolução de Queixas. Numerador: Total das queixas recebidas no mês de competência	O hospital deverá enviar planilha consolidada com o preenchimento das respostas obtidas,				

	serviço pelos pacientes ou acompanhantes.	Denominador: Total das queixas resolvidas no mês de competência  Resultado: Multiplicado por 100	dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, e acompanhantes e o de pacientes em atendimento ambulatorial	Atingir a resolução de 80% das queixas recebidas.	Mensal	Trimestre	
<b>3º Taxa de Cirurgia Suspensa</b>	Acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram dos pacientes.  A análise da taxa de suspensão das cirurgias eletivas visa a melhoria da qualidade da assistência e da eficiência do serviço ofertado à população, assim como a racionalização dos recursos financeiros e humanos. Deve ter caráter periódico e ser divulgado a todos os envolvidos.	<del>Relação percentual</del> entre o nº de cirurgias suspensas e o nº de cirurgias agendadas.  1. Nº de cirurgias suspensas: é o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive cirurgias ambulatoriais realizadas em ambiente cirúrgico.  <u>Exemplos:</u> Cirurgias suspensas por falta de material, por ausência de cirurgião, por ausência de anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes.  Fatores relacionados ao paciente: condição clínica desfavorável, não comparecimento, falta de jejum, e outros.  2. Nº de Cirurgias: Cirurgias programadas e previamente agendadas.  3. Fórmula: Nº de cirurgias suspensas/Nº de cirurgias agendadas x 100.	Relatório do centro cirúrgico.  (Para verificar se houve cancelamento de cirurgias poderá ser consultado o prontuário do paciente, aviso de cirurgia, mapa cirúrgico, e formulários de suspensão).	Envio do relatório com a análise da taxa do mês, relacionar as causas do cancelamento e as ações da Unidade. Prazo de entrega é o 20º dia útil do mês subsequente.	Mensal	Trimestre	25%
	Avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar, por meio dos Indicadores de Infecções relacionados à Assistência à Saúde que serão monitorados na UTI de Adulto.	<b>Definições:</b>  – Densidade de Infecção Hospitalar em UTI: nº de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo nº de pacientes/dia da UTI no mesmo período, multiplicado por 1000;	Relatório da comissão de infecção	Enviar o relatório pertinente a comissão responsável. Prazo de entrega é o 20º dia útil do mês subsequente.		Trimestre	25%

4º Controle de Infecção Hospitalar	<p>1-Densidade de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde nas UTI;</p> <p>2-Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central nas UTI;</p> <p>3-Densidade de Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados nas UTI;</p> <p>4-Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central nas UTI;</p> <p>5-Taxa de Utilização de ventilação mecânica nas UTI.</p> <p>O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, referente as UTI Adulto e um relatório mensal que contenham o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/o+u diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.</p>	<p>- Densidade de Infecção Primária em Corrente Sanguínea em pacientes em uso de Cateter Venoso Central em UTI: nº de infecção em corrente sanguínea dos pacientes em uso de Cateter Venoso Central/Umbilical no mês dividido pelo nº de pacientes em uso de Cateter Venoso Central no mesmo período, multiplicado por 1000;</p> <p>-Densidade de Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados na UTI: nº de casos de Pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica no mês dividido pelo nº de pacientes em uso de ventilação mecânica no mesmo período, multiplicado por 1000;</p> <p>-Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central nos pacientes em UTI: nº de pacientes em uso de Cateter Venoso Central – dia no mês dividido por número de pacientes/dia da UTI no mesmo período, multiplicado por 100;</p> <p>- Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica em UTI: nº de pacientes em uso de ventilação mecânica/dia no mês dividido pelo nº de pacientes/dia no mesmo período, multiplicado por 100;</p> <p>Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control)-EUA.</p>	Mensal
------------------------------------	--	---	--------

		Obs: As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepse clínicas.				
<b>5º Mortalidade Operatória</b>	Para monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia, acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.	Taxa de Mortalidade Operatória: número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico, classificados por ASA no mês, dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.  Taxa de Cirurgia de Urgência: Número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.	Relatório da comissão de óbito.	Enviar o relatório pertinente a comissão responsável. Prazo de entrega é o 20º dia útil do mês subsequente.	Mensal	Trimestre 25%

**\* Notas**

01 – O Indicador Porcentagem de Declaração de Diagnóstico Secundário por especialidade foi reintegrado considerando o disposto na Portaria MS nº 1.324/2014.

02 – Os indicadores Porcentagem de declaração de diagnósticos secundários, Taxa de identificação da origem do paciente e Atenção ao Usuário, por especialidade, não possuem valoração financeira.

03 – O hospital deverá registrar os dados no Sistema de Gestão até o 15º dia do mês subsequente e enviar o Relatório de Gestão até o 20º dia do mês subsequente.

**IV – OUTROS INDICADORES QUE DEVERÃO SEREM APRESENTADOS PARA ACOMPANHAMENTO, SEM VALORAÇÃO FINANCEIRA:****Operacionais**

Revisão de prontuários;

Avaliação e revisão de óbitos;

Relatório de Controle de Infecção na Unidade (tratamento de resíduos, capacitação na prevenção de infecção, registro de ocorrência, através do retorno de usuário);

Instituir Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA.

**Relacionados à Gestão das Pessoas**

Percentual de Médicos com Título de Especialista;

Índice de Atividades de Educação Permanente;

Taxa de Acidente de Trabalho.

**ANEXO TÉCNICO III****SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO**



**1 – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL**

Os ajustes dos valores financeiros, previstos neste Anexo, decorrentes das diferenças constatadas nos volumes de produção pactuados, serão efetuados em conformidade com o disposto no Art. 15-A da lei 16.155/17 que altera a lei 15.210/13. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem e previstos neste Anexo. A produção será analisada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada, conforme tabela abaixo.

ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR (R\$)
<b>INTERNAÇÃO</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
<b>URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
<b>AMBULATÓRIO</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% orçamento ambulatorial
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento ambulatorial
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento ambulatorial
<b>CIRURGIAS</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento a Cirurgias X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento a Cirurgias X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Atendimento a Cirurgias X 30% do orçamento do hospital
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Atendimento a Cirurgias X 30% do orçamento do hospital
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Atendimento a Cirurgias 30% do orçamento do hospital

**2 – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE**

Os valores percentuais apontados na tabela acima, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no Anexo II.



Documento assinado eletronicamente por **Samuel Ramos Gomes**, em 22/04/2022, às 08:37, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andre Longo Araujo de Melo**, em 03/05/2022, às 16:28, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **22357634** e o código CRC **1EA5DD13**.

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongí, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: