



1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO N° 0306.3163/2024

PROCESSO ADITIVO N° 23.895.845-8

06^a RS

CNES: 2568349

**1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO QUE
ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO
PARANÁ, POR MEIO DA SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO
ESTADUAL DE SAÚDE, E O HOSPITAL
REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SRA.**

**APARECIDA / SOCIEDADE
BENEFICENTE SÃO CAMILO, PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE
ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DO
SUS.**

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado do Paraná, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 08.597.121/0001-74, com sede à Rua Piquiri nº 170, doravante denominado CONTRATANTE, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, , portador da carteira de identidade nº e CPF , e de outro, **HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SRA. APARECIDA / SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**, na cidade de União da Vitória, inscrito no CNPJ sob o nº 60.975.737/0062-73, CNES nº 2568349, neste ato representado legalmente por , portador da carteira de identidade nº e CPF nº . As partes celebram este Termo Aditivo, com fundamento no Art. 124, inciso I, alínea a, da Lei Federal nº 14.133/2021 e nas hipóteses previstas no Decreto Estadual 10.086/2022, e estabelecem as seguintes cláusulas:

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

O presente Termo Aditivo ao Contrato n.º 0306.3163/2024, tem por objeto a alteração em caráter **qualitativa de acréscimo** devido a publicação da Portaria GM/MS nº 6.879, de 17 de abril de 2025, que inclui a Porta de Entrada Hospitalar de Urgência Geral e Recurso a ser Mantido, e, devido a Resolução SESA nº 383/2025, de 27/02/2025 que institui o cofinanciamento de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS, na modalidade de hemodiálise e diálise, aos usuários do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná, conforme detalhado abaixo:

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Fica aditivado o **acréscimo qualitativo** financeiro mensal de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), e anual de R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais), referente a publicação da Portaria GM/MS nº 6.879/2025 – Fonte 600;

PARÁGRAFO SEGUNDO: Fica aditivado o **acréscimo qualitativo** financeiro mensal de R\$ 37.705,20 (trinta e sete mil e setecentos e cinco reais e vinte centavos) e anual de R\$ 452.462,40 (quatrocentos e cinquenta e dois mil e quatrocentos e sessenta e dois reais e quarenta centavos), referente a publicação da Resolução SESA nº 383/2025 – Fonte 500;

CLÁUSULA SEGUNDA

DO ACRÉSCIMO QUALITATIVO – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O percentual referente ao acréscimo qualitativo mensal no valor de 100.000,00 (cem mil reais), perfazendo o valor total de R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil), descrito na cláusula primeira, parágrafo primeiro, corresponde a **7,43 %** do valor originalmente contratado, com fundamento no art. 125, da lei federal nº 14.133/2021.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O valor financeiro mensal referente aos Incentivos à Rede de Urgência e Emergência que era de R\$ 35.180,16 (trinta e cinco mil e cento e oitenta reais e dezesseis centavos) passa a vigor o valor mensal de R\$ 135.180,16 (cento e trinta e cinco mil e cento e oitenta reais e dezesseis centavos), totalizando o valor anual de até R\$ 1.622.161,92 (um milhão, seiscentos e vinte e dois mil e cento e sessenta e um reais e noventa e dois centavos) – Fonte 600;



CLÁUSULA TERCEIRA

DO ACRÉSCIMO QUALITATIVO – COFINANCIAMENTO TRS (TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA)

O percentual referente ao acréscimo qualitativo mensal no valor de R\$ 37.705,20 (trinta e sete mil setecentos e cinco reais e vinte centavos), perfazendo o valor total de R\$ 1.809.849,60 (um milhão, oitocentos e nove mil e oitocentos e quarenta e nove reais e sessenta centavos), descrito na cláusula Primeira, parágrafo segundo, corresponde a **2,80 %** do valor originalmente contratado, com fundamento no art. 125, da lei federal nº 14.133/2021.

PARAGRAFO PRIMEIRO: O valor financeiro mensal refere-se ao cofinanciamento de procedimentos de terapia renal substitutiva, sendo incorporado ao contrato o valor mensal de R\$ 37.705,20 (trinta e sete mil setecentos e cinco reais e vinte centavos) e anual de R\$ 452.462,40 (quatrocentos e cinquenta e dois mil e quatrocentos e sessenta e dois reais e quarenta centavos) – Fonte 500;

CLÁUSULA QUARTA

DAS ALTERAÇÕES DO RECURSO FINANCEIRO

Altera-se o caput da Cláusula Sétima do Contrato Originário, que passa a ter a seguinte redação: O valor mensal estimado para a execução do presente Contrato atualizado passa a ser de até R\$1.213.308,49 (um milhão, duzentos e treze mil e trezentos e oito reais e quarenta e nove centavos), sendo R\$ 1.064.092,82 (um milhão, sessenta e quatro mil e noventa e dois reais e oitenta e dois centavos) com recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade do Sistema de Saúde – Transferência da União/SUS/Fonte 600, e R\$ 149.215,67 (cento e quarenta e nove mil e duzentos e quinze reais e sessenta e sete centavos) com recursos do Tesouro do Estado/Fonte 500, totalizando o valor anual de até R\$ 14.559.701,88 (quatorze milhões, quinhentos e cinquenta e nove mil e setecentos e um reais e oitenta e oito centavos), para a execução do presente contrato até o término de sua vigência.

ORÇAMENTO POR FONTE

FONTE	Estimativa Financeira Mensal	Estimativa Financeira Anual
Fonte 500	R\$ 149.215,67	R\$ 1.790.588,04
Fonte 600	R\$ 1.064.092,82	R\$ 12.769.113,84
TOTAL	R\$ 1.213.308,49	R\$ 14.559.701,88

3

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



PARÁGRAFO PRIMEIRO: O valor mensal estimado para a execução do contrato original que era de R\$ 1.075.603,29 (um milhão, setenta e cinco mil e seiscentos e três reais e vinte e nove centavos), após a realização do 1º Termo Aditivo, passa a viger no valor mensal de R\$ R\$1.213.308,49 (um milhão, duzentos e treze mil e trezentos e oito reais e quarenta e nove centavos), sendo o percentual total de acréscimo financeiro corresponde a **10,24%** do valor originalmente contratado, com fundamento no Art. 125, da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA QUINTA

DA RATIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

Ratificam-se as demais cláusulas e condições estabelecidas no contrato inicial.

CLÁUSULA SEXTA

DAS DESPESAS

As despesas deste Termo Aditivo correrão à conta da Dotação Orçamentária nº 4760.10302358.485, Elemento de Despesa nº 3390.3900, Fonte de Recurso nº 600 e Fonte de Recurso 500.

PARÁGRAFO ÚNICO: As eventuais despesas para o exercício subsequente serão alocadas à dotação orçamentária respectiva na Lei Orçamentária Anual correspondente.

CLÁUSULA SÉTIMA

DO DOCUMENTO DESCRIPTIVO

O Documento Descritivo fica atualizado, conforme anexo ao presente termo aditivo.

CLÁUSULA OITAVA

DO FUNDAMENTO LEGAL

Este Termo Aditivo tem por fundamento no Art. 124, inciso I, alínea a, da Lei Federal nº 14.133/2021 e nas hipóteses previstas no Decreto Estadual 10.086/2022 e conforme descrito na Cláusula Décima Primeira, parágrafo terceiro do contrato original nº 0306.3163/2024.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



CLÁUSULA NONA

DA VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo ao Contrato vigerá a partir da data de sua assinatura, cuja eficácia dar-se-á a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Estado do Paraná, em consonância a data de validade do contrato originário.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA PUBLICAÇÃO

A publicação deste termo aditivo dar-se-á será após a sua assinatura e publicação em Diário Oficial do Estado do Paraná, que será divulgado no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP) e no sítio eletrônico oficial do Estado do Paraná e do órgão contratante, até 10 (dez) dias úteis, contados da data de sua assinatura, nos termos do art. 94, inciso II, da Lei Federal nº 14.133/2021, e dos arts. 184 e 252, ambos do Decreto Estadual nº 10.086/2022.

Por estarem as partes justas e acordadas, sempre obedecendo à legislação vigente e demais disposições legais que se fizerem pertinentes, firmam o presente Termo Aditivo por meio de processo digital, assinando este instrumento de forma informatizada, ficando disponível para qualquer acesso em meio eletrônico (e-protocolo). (Art. 123 e 124 do Decreto Estadual nº 10.086/2022)

Curitiba, Datado e Assinado Digitalmente/Eletronicamente.

<i>Assinatura Qualificada</i> Secretário de Estado da Saúde do Paraná	<i>Assinatura Qualificada</i> Sociedade Beneficente São Camilo
---	--

Testemunhas:

<i>Assinatura Eletrônica</i> Gestora do Contrato	<i>Assinatura Eletrônica</i> Fiscal do Contrato
--	---



ePROTOCOLO



Documento: **4TA.pdf**.

Assinatura Qualificada realizada por: em 19/11/2025 15:26, em 19/11/2025 15:49.

Assinatura Avançada realizada por: em 17/11/2025 10:17 Local: SESA/DGS/CCCS,
() em 17/11/2025 10:34 Local: SESA/06/SCRC.

Inserido ao protocolo **23.895.845-8** por: **Danielle Victoria Ortiz de Medeiros** em: 17/11/2025 08:54.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:

DOCUMENTO DESCRIPTIVO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA MUNICÍPIO DE UNIÃO DA VITÓRIA – 06^a RS 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO N° 0306.3163/2024 CNES: 2568349

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente Descritivo foi elaborado conjuntamente pelo Gestor Estadual do SUS/Paraná e o **HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA – CNES 2568349**, município de União da Vitória, tem **validade de 24 meses** contados a partir da data de sua assinatura, devidamente publicado no Diário Oficial do Estado. Tendo por objetivo, definir a missão institucional do Hospital no âmbito do modelo assistencial estabelecido para o SUS/Paraná, definir as suas áreas de atuação, metas quantitativas e qualitativas assistenciais.

DA MISSÃO INSTITUCIONAL

O **HOSPITAL REGIONAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA**, que presta atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, cuja missão é a de prestar assistência à saúde com humanismo e competência à população do Paraná em todos os aspectos relativos à Saúde, utilizando-se de profissionais capacitados e das melhores técnicas possíveis, para melhorar a qualidade de vida das pessoas, de acordo com os princípios do SUS. Deverá se inserir na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS/Paraná com a missão de se caracterizar como referência para a prestação de assistência integral à saúde dos usuários do SUS/Paraná, nas áreas ambulatorial e hospitalar conforme habilitações cadastradas no CNES e proposta apresentada no ato do Credenciamento e do atendimento ao Ato Convocatório nº 01/2023.

DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

1. ASSISTÊNCIA

A assistência à saúde a ser prestada pelo Estabelecimento deverá se desenvolver de modo a garantir a realização dos procedimentos que se façam necessários para o atendimento integral das

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

1

Deverá disponibilizar ao Complexo Regulador Estadual 100% da capacidade operacional de procedimentos médicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, e dos leitos ativos credenciados ao SUS. O Estabelecimento realizará atendimentos de acordo com o perfil assistencial do serviço. Deverá garantir a oferta dos serviços assistenciais previstos de modo que não ocorra descontinuidade.

São compromissos gerais assumidos pelo Estabelecimento:

- ∅ Cumprir obrigações estabelecidas no contrato, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;
- ∅ Cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade (quando possuir habilitações na alta complexidade) e determinações de demais atos normativos;
- ∅ Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar, Portaria GM nº 3.390 de 31 de dezembro de 2013;
- ∅ Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
- ∅ Desenvolver a abordagem interdisciplinar;
- ∅ Garantir a horizontalidade do cuidado médico e de enfermagem;
- ∅ Garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;
- ∅ Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS;
- ∅ Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
- ∅ Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
- ∅ Disponibilizar acesso aos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica;
- ∅ Informar ao Gestor Municipal e Estadual com no mínimo trinta dias de antecedência eventuais desativações temporárias de leitos, com a especificação do motivo, e plano alternativo para a garantia da assistência, por necessidade de manutenção ou reposição de materiais, equipamentos e/ou reforma da estrutura física.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

1. 1 ATENDIMENTO HOSPITALAR

Os atendimentos hospitalares serão disponibilizados aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços básicos de saúde do município, nos ambulatórios de especialidades médicas da Secretaria Municipal de Saúde e no ambulatório de especialidades do hospital.

A identificação do serviço de atendimento SUS onde foi gerada a indicação da internação deverá ser efetivada por ocasião da emissão do laudo médico de AIH e ser devidamente autorizada pela Secretaria Estadual de Saúde, ficando sob a responsabilidade do Hospital administrar junto ao Gestor Estadual, sua fila de espera para internações eletivas.

Os internamentos eletivos somente deverão ser efetivados pelo Hospital após a autorização pelo serviço de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Estadual de Saúde.

Os internamentos de natureza emergencial deverão ter como origem de demanda a Unidade de Emergência do Hospital. Essa origem será identificada pelo número do registro do atendimento na Unidade de Emergência do Hospital e/ou haverá encaminhamento através da Central de Regulação do SAMU 192 ou Complexo Regulador Estadual.

Os pacientes que necessitarem de continuidade de tratamento em serviços básicos de saúde deverão ser referenciados para as Unidades Básicas de Saúde do município de localização do hospital ou para seus municípios de residência.

Os que necessitarem de acompanhamento em clínicas especializadas serão referenciados de acordo com protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou Gestor Estadual. Nos casos em que a especialidade for ofertada pelo hospital ao SUS, o paciente deve ter alta do serviço com a consulta / exames agendados dentro da disponibilidade.

Todos os Laudos Médicos para emissão de AIH de internações com caráter de urgência deverão ser apresentados ao serviço de Controle, Avaliação e Auditoria do gestor do SUS, no prazo máximo de 72 horas do atendimento inicial, para autorização.

Os hospitalares com habilitações na alta complexidade devem ofertar todos os procedimentos diagnósticos / terapêuticos constantes das portarias de habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde para o Complexo Regulador Estadual. Deverão oferecer atendimento integral ao usuário, desde a consulta no ambulatório de especialidades, SADTs, procedimento principal, acompanhamento pós-operatório e, ainda, contrarreferenciar para as Unidades de Saúde ou

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

1.2 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A assistência de urgência e emergência se desenvolverá no hospital a partir da demanda espontânea, casos referenciados pelo Complexo Regulador Estadual e SAMU 192, encaminhados pela rede básica de saúde, unidade de pronto atendimento 24 h ou pelos serviços de atendimento médico de urgência.

O hospital deve manter o Serviço de Pronto Socorro com rotina formalmente estabelecida, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, nas especialidades médicas e serviços que demandem atendimento de urgência/emergência, principalmente nas especialidades cadastradas no CNES. O hospital deve implantar no Serviço de Pronto Socorro o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.

Os pacientes que após serem acolhidos e classificados quanto ao risco necessitarem de continuidade de tratamento em serviços básicos de saúde deverão ser contrarreferenciados para as Unidades Básicas de Saúde do município de localização do hospital e ou para seus municípios de residência.

Os pacientes que necessitarem de acompanhamento em clínicas especializadas, após avaliação e atendimento, serão contrarreferenciados conforme protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou Gestor Estadual.

O Hospital deverá ainda:

- ∅ Participar do sistema de urgência e emergência loco regional a partir da definição do papel do hospital no Plano Estadual de Atenção às Urgências;
- ∅ Realizar acolhimento e suporte para os familiares/acompanhantes;
- ∅ Participar do Comitê Gestor de Urgência-Emergência (SAMU – 192) sempre que convocado;
- ∅ Participar da implantação da regulação da porta de entrada para os casos de urgência e emergência, em parceria com o gestor municipal e estadual;
- ∅ Implementar ações que busquem reduzir o tempo de permanência hospitalar, principalmente nos atendimentos dos prontos-socorros, utilizando para este controle indicadores hospitalares de qualidade.

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

- ❖ Otimizar a utilização do Centro Cirúrgico, possibilitando o funcionamento de toda a estrutura necessária e disponibilizando profissionais em todos os períodos de funcionamento, inclusive nos finais de semana e período noturno, para urgência/emergência.
- ❖ Cumprir os indicadores da Rede de Atenção às Urgências detalhados no Anexo III.

4

1.3 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O hospital deverá disponibilizar sua programação ambulatorial eletivo 100% ao complexo regulador estadual – Sistema de Regulação CARE.

Deverá cumprir as metas conforme descrito no anexo I deste documento, bem como cumprimento das metas qualitativas descritas no Anexo II.

1.4 ATENDIMENTO HEMOTERÁPICO – CONTRATANTE HEMEPAR

Para os procedimentos hemoterápicos de um modo geral deverá o Hospital constituir Comitê Transfusional ativo, bem como incentivar o aumento do número de doadores.

Para os pacientes usuários do SUS, os hemocomponentes disponibilizados deverão ser preferencialmente os advindos da Rede Pública de Sangue, sendo que o Hospital deve solicitar à SESA/HEMEPAR, os blocos de Requisição de Transfusão, tubos e etiquetas para a coleta de amostra de sangue do paciente.

Caso seja necessária a utilização de hemocomponentes e serviços de hemoterapia para pacientes do Hospital não usuários do SUS, os custos operacionais para a produção de hemocomponentes e a realização de procedimentos de hemoterapia pela SESA/HEMEPAR aos Hospitais, para atendimento de pacientes não usuários do SUS, ficam sujeitos a ressarcimento, na forma da Portaria Consolidada nº 5, de 28 de novembro de 2017, Anexo IV, Título III, Portaria GM/MS nº 1.469 de 10 de julho de 2006, e do contido na Resolução SESA nº 0054/2021.

Caso não disponha de Agência Transfusional para a realização de testes pré-transfusionais pela Rede Pública de Sangue, o Hospital deverá encaminhar amostra de sangue do paciente adequadamente coletada e armazenada junto a Requisição de Transfusão devidamente preenchida e assinada ao HEMEPAR ou à Unidade Hemoterápica conveniada mais próxima, sendo que cirurgias eletivas de grande porte devem ser informadas com 24 horas de antecedência.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

Dispondo o Hospital de Agência Transfusional, e necessitando de hemocomponentes da Rede Pública de Sangue, os mesmos deverão ser solicitados por telefone e por escrito, de acordo com impresso constante na Resolução SESA nº 0054/2021, devidamente preenchido e assinado pelo responsável pela agência transfusional. Também nesse caso, cirurgias eletivas de grande porte deverão ser informadas com 24 horas de antecedência.

Nos casos com Complicação Transfusional, deverão ser encaminhados ao HEMEPAR ou Unidade Hemoterápica conveniada mais próxima, o protocolo de atendimento, junto a amostra de sangue pós-transfusão e a bolsa responsável pela reação transfusional, também devendo o

5

HOSPITAL proceder ao registro da complicação conforme orientações do Manual de Transfusão Hospitalar e Complicação Transfusional do HEMEPAR.

Hemocomponentes retirados na Rede Pública e não transfundidos, deverão ser devolvidos intactos à Unidade da qual foram retirados, no prazo máximo de 24 horas para o Hospital sem Agência Transfusional ou em se tratando de Hospital com Agência Transfusional, junto ao relatório constante na Resolução SESA 0054/2021.

1.5 ADOÇÃO DE LINHAS DE CUIDADOS

O Estabelecimento deverá manter os atendimentos pactuados com o Gestor para o desenvolvimento dos seguintes Programas Especiais de acordo com o seu perfil de atendimento:

- ❑ Vigilância de pacientes pós-cirúrgicos para detecção prévia de complicações;
- ❑ Prevenção de doenças imunopreviníveis através da sala de vacinação dentro da área hospitalar;
- ❑ Família participante;
- ❑ Rede Urgência-Emergência;
- ❑ Atenção as pessoas vítimas de violência sexual (em especial, mulheres e crianças);
- ❑ Atenção Especializada em DRC com Hemodialise;
- ❑ Programas que vierem a ser estabelecidos pelo gestor de acordo com o perfil assistencial do hospital.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

1.6 ADOTAR OS PROTOCOLOS ESTABELECIDOS PELO GESTOR

O Hospital deverá utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores de acordo com o seu perfil de atendimento, como:

- ∅ Fluxograma de Dengue, H1N1 e COVID-19;
- ∅ Protocolo de todas as doenças de notificação obrigatória (RDNO);
- ∅ Protocolo para atendimento e diagnóstico dos portadores de HIV – Centro de Testagem e Aconselhamento;
- ∅ Sistema de informação de óbitos – SIM.
- ∅ Adotar outros protocolos clínicos conforme a característica de atendimento do hospital e os direcionamentos das Redes de Atenção.

Outros protocolos que vierem a ser implantados e de concordância de ambas as partes interessadas.

6

1.7 COMISSÕES DO ESTABELECIMENTO

O estabelecimento de saúde deve manter formalmente constituídas e em funcionamento as seguintes Comissões Hospitalares: ∅ Comissão de Ética Médica e de Enfermagem

∅ Comissão de Revisão de Prontuários

∅ Comissão de Óbitos

∅ Comissão de Documentação Médica e Estatística

∅ Comissão de Controle e Infecção Hospitalar

∅ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

∅ Comissão de Avaliação em Pesquisa

∅ Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

∅ Comissão Intra Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante –CIHDOTT

∅ Comissão de Proteção Radiológica

∅ Comitê Transfusional

∅ Comissão de Farmácia e Terapêutica
DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

∅ Comissão de Biossegurança

Rua Piquiri 170 – Bento Gonçalves – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

1.8 ESTRUTURA TECNOLÓGICA E CAPACIDADE

INSTALADA DISPONÍVEL

– Dados atualizados em 07/11/2025 – Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/>. **1.8.1**

Equipamentos

EQUIPAMENTO	EXISTENTE	EM USO	SUS
<u>DIALISE</u>			
APARELHO DE HEMODIALISE – AMBULATORIAL	14	14	SIM
APARELHO DE HEMODIALISE – HOSPITALAR	1	1	SIM
APARELHO DE HEMODIALISE RESERVA	5	4	SIM
<u>EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</u>			
MAMÓGRAFO COM COMANDO SIMPLES	1	1	NÃO
RAIO-X ATE 100 MA	2	2	SIM
RAIO-X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
RAIO-X MAIS DE 500MA	1	1	SIM
RAIO-X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA	1	1	NÃO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	3	3	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	1	1	SIM

7

<u>EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA</u>			
GRUPO GERADOR	2	2	SIM
<u>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA</u>			
BOMBA DE INFUSÃO	40	25	SIM
DESFIBRILADOR	7	5	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	2	2	SIM
MARCAPASSO TEMPORÁRIO	3	3	SIM
MONITOR DE ECG	19	13	SIM
MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	7	4	SIM
MONITOR DE PRESSÃO NÃO-INVASIVO	12	12	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR	23	23	SIM

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

RESPIRADOR/VENTILADOR	18	15	SIM
<u>EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS</u>			
ELETROCARDIÓGRAFO	6	6	SIM
ELETROENCEFALÓGRAFO	1	1	SIM
<u>EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS</u>			
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	1	1	SIM
ENDOSCÓPIO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	1	1	SIM
ENDOSCÓPIO DAS VIAS URINARIAS	1	1	SIM
LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	3	3	SIM
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	1	1	SIM
<u>OUTROS EQUIPAMENTOS</u>			
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	1	1	SIM
APARELHO DE ELETROESTIMULAÇÃO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	1	1	SIM
FORNO DE BIER	1	1	SIM
<u>RESÍDUOS/REJEITOS</u>			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS QUÍMICOS			
RESÍDUOS COMUNS			

1.8.2 Leitos

DESCRÍÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
<u>COMPLEMENTAR</u>		
66 – UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
75 – UTI ADULTO – TIPO II	10	9
<u>ESPECIALIDADE CIRÚRGICO</u>		
03 – CIRURGIA GERAL	7	5
06 – GINECOLOGIA DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR	2	1

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

08 – NEFROLOGIAUROLOGIA	1	1
09 – NEUROCIRURGIA	1	1
13 – ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	11

8

14 – OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1
<u>ESPECIALIDADE CLÍNICO</u>		
32 – CARDIOLOGIA	8	7
33 – CLÍNICA GERAL	22	16
40 – NEFROUROLOGIA	2	1
42 – NEUROLOGIA	1	1
46 – PNEUMOLOGIA	2	1

1.8.3 Instalações físicas para assistência

INSTALAÇÃO	QTDE./ CONSULTÓRIO	LEITOS/ EQUIPAMENTOS
<u>AMBULATORIAL</u>		
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	4	0
SALA DE CIRURGIAAMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	2	0
<u>HOSPITALAR</u>		
SALA DE CIRURGIA	3	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
<u>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</u>		
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	2	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	1	0
SALA DE CURATIVO	2	0
SALA DE GESSO	2	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – FEMININO	2	3
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – MASCULINO	2	3
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – PEDIÁTRICA	1	1

Rua Piqueri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	0
--	---	---

1.8.4 Serviço de Apoio

SERVIÇO	CARACTERÍSTICA
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LAVANDERIA	PRÓPRIO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO

9

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P. (SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

1.8.5 Serviços Especializados

CÓD.	SERVIÇO	CARACTERÍSTICA	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
			SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS
130	ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
170	COMISSÕES E COMITÊS	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
110	SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
116	SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
117	SERVIÇO DE CIRURGIA REPARADORA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
145	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
145	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR – CEP: 80230-140 – 413330-4300 – www.saude.pr.gov.br

121	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
122	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
142	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
125	SERVIÇO DE FARMÁCIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
126	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
128	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

10

128	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
131	SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
162	SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
140	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
146	SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
149	TRANSPLANTE	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

1.8.6 Serviços de Classificação

CÓDIGO	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	TERCEIRO	CNES
110 – 004	SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NÃO INFORMADO
121 – 002	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASSONOGRAFIA	NÃO	NÃO INFORMADO
130 – 004	ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NÃO INFORMADO
117 – 002	SERVIÇO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NÃO INFORMADO
130 – 001	ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICOHEMODIALISE	NÃO	NÃO INFORMADO
131 – 003	SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO APARELHO DA VISÃO	NÃO	NÃO INFORMADO
121 – 003	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NÃO INFORMADO

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

122 – 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO	NÃO INFORMADO
155 – 003	SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGÊNCIA	NÃO	NÃO INFORMADO
155 – 001	SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NÃO INFORMADO
121 – 004	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	NÃO	NÃO INFORMADO
121 – 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NÃO INFORMADO
140 – 006	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NÃO INFORMADO
128 – 003	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	SIM	6659594
170 – 001	COMISSÕES E COMITÊS	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	NÃO	NÃO INFORMADO
128 – 004	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA	SIM	6659594

11

		TRANSFUSIONAL		
128 – 004	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NÃO INFORMADO
121 – 012	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NÃO INFORMADO
110 – 003	SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NÃO INFORMADO
150 – 001	CIRURGIAVASCULAR	FISTULAARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NÃO INFORMADO
150 – 002	CIRURGIAVASCULAR	FISTULAARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NÃO INFORMADO
125 – 006	SERVIÇO DE FARMÁCIA	FARMÁCIA HOSPITALAR	NÃO	NÃO INFORMADO
145 – 008	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	SIM	5079640
145 – 008	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	SIM	9162305
145 – 003	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	SIM	5079640
145 – 003	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	SIM	9162305

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR CEP: 80230-140 41 3330 4300 www.saude.pr.gov.br

145 - 012	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES PARATRIAGEM NEONATAL	SIM	5079640
145 - 009	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	5079640
145 - 009	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	9162305
145 - 013	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	SIM	5079640
145 - 013	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	SIM	9162305
145 - 006	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES HORMONAIOS	SIM	5079640
145 - 006	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES HORMONAIOS	SIM	9162305
145 - 002	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	SIM	5079640
145 - 002	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	SIM	9162305
145 - 010	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	SIM	9162305
145 - 005	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	5079640
145 - 005	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	9162305
145 - 011	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE	EXAMES DE GENÉTICA	SIM	5079640

12

	LABORATÓRIO CLINICO			
145 - 004	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES COPROLÓGICOS	SIM	5079640
145 - 004	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES COPROLÓGICOS	SIM	9162305
120 - 002	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	SIM	2303892
120 - 002	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	SIM	2557819
145 - 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	SIM	5079640
145 - 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO DE LABORATÓRIO CLINICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	SIM	9162305

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO - DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

120 - 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	SIM	2303892
120 - 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	SIM	2557819
120 - 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	SIM	3554309
120 - 001	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	SIM	9984321
122 - 004	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRÁFI CO	NÃO	NÃO INFORMADO
122 - 003	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRÁFICO	NÃO	NÃO INFORMADO
140 - 004	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NÃO INFORMADO
142 - 002	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATÓRIO	NÃO	NÃO INFORMADO
142 - 001	SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NÃO INFORMADO
128 - 002	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	6659594
130 - 003	ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA	CONFECÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NÃO INFORMADO
146 - 002	SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRÚRGICA	NÃO	NÃO INFORMADO
116 - 005	SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINÂMICA)	SIM	15245

13

126 - 005	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELET	NÃO	NÃO INFORMADO
126 - 007	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA	NÃO	NÃO INFORMADO

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

126 – 004	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÉUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NÃO INFORMADO
162 – 001	SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	ADULTO	NÃO	NÃO INFORMADO
149 – 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	NÃO	NÃO INFORMADO

1.8.7 Habilidades

HABILITAÇÕES						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ORIGEM	COMPETÊNCIA INICIAL	PORTARIA	DATA PORTARIA	LEITOS SUS
1504	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE	NACIONAL	05/2024	3757/GM/MS	16/05/24	
1901	LAQUEADURA	LOCAL	08/1998		04/04/07	0
1902	VASECTOMIA	LOCAL	08/1998	1901	12/12/08	0
2420	RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS	NACIONAL	08/2023	586/SAES/MS	27/07/23	
2422	TRANSPLANTE DE TECIDO MÚSCULO ESQUELÉTICO	NACIONAL	09/2020	586/SAES/MS	27/07/23	
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	11/2009	1988/GM/MS	24/11/23	9

1.8.8 Incentivos

INCENTIVOS						
CÓD.	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA INICIAL	PORTARIA	LEITOS SUS	DATA PORTARIA	DATA/ATUALIZAÇÃO
8274	UTI ADULTO RUE TIPO II – QUALIFICADOS	08/2023	RET 1112/GM/MS/14/08/2023	4	14/08/2023	28/08/23
8212	PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA (PEHU) - HOSPITAL GERAL	04/2025	RET/GM/MS 6879	-	25/04/2025	06/08/25

14

1.8.9 Incentivos

CÓD.	DESCRIÇÃO	PORTARIA	DATA PORTARIA	DATA/ATUALIZAÇÃO
------	-----------	----------	---------------	------------------

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

7101	ESTABELECIMENTO DE SAUDE SEM GERACAO DE CREDITO NA MEDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	1932	02/10/2020 7	05/11/2025
7102	ESTABELECIMENTO DE SAUDE SEM GERACAO DE CREDITO NA MEDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	1932	02/10/2020 7	05/11/2025

1.8.10 Outros

NÍVEL DE HIERARQUIA	TIPO DE UNIDADE	TURNO DE ATENDIMENTO
HOSPITAL GERAL		ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
HOSPITAL AVALIADO SEGUNDO O NBAH DO MS		
NÃO		

1.9 POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS

O Estabelecimento deverá desenvolver projetos e ações dentro das seguintes Políticas prioritárias:

1.9.1 Humanização:

- Implementar e manter serviço de Ouvidoria no Estabelecimento de Saúde, de acordo com a Resolução SESA nº 443/2013, Resolução nº 416/2016, Resolução nº 714/2022, **Resolução SESA nº 701/2023** e demais normativas que versem sobre o tema ou que vierem a alterar as regras já existentes, devendo disponibilizar condições mínimas para operacionalização do serviço.
- Adequar a área física para conforto de usuários, familiares e trabalhadores;
- Implementar atividades relacionadas a humanização;
- Viabilizar o acesso dos visitantes à equipe responsável pelo paciente;
- Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com as legislações específicas;
- Promover a visita ampliada aos pacientes internados nas enfermarias e na UTI;
- Garantir a presença de acompanhante nas 24 horas para crianças, adolescentes, gestantes (conforme Lei 11.108 de 7 de abril de 2005), idosos, portadores de necessidades especiais e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
- Identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, pronto socorros, ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

15

1.9.2 Política Nacional de Medicamentos

- ∅ Implementar a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998, no que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos (GENÉRICOS);
- ∅ Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias vigentes.

1.9.3 Saúde do Trabalhador

- ∅ Monitorar a incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e absenteísmo;
- ∅ Notificar as doenças relacionadas à saúde do trabalhador;
- ∅ Constituir-se em referência para os primeiros atendimentos aos servidores públicos, vítimas de acidentes com materiais biológicos, realizando o Teste Rápido quando indicado, preenchendo e encaminhando a notificação aos órgãos específicos.

1.9.4 Alimentação e Nutrição

- ∅ Atualizar protocolos clínico nutricionais para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequente no hospital, diferenciadas para as fases do ciclo de vida (adultos e idosos); e por nível de atendimento (emergência, cirúrgico, internações gerais).
- ∅ Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;
- ∅ Responsabilizar-se pela elaboração dos cardápios para dieta normal e para as patologias específicas, com porcionamento e intervalos de tempo específicos, bem como acompanhar o processo de elaboração, de acordo com a prescrição médica e avaliação do profissional nutricionista do Hospital;
- ∅ Padronizar as dietas específicas para preparo de exames;
- ∅ Capacitar os profissionais que trabalham na área de Alimentação e Nutrição e promover rotinas de apresentação de discussões sobre o tema/estudos de casos com equipes multidisciplinares;
- ∅ Garantir a segurança, a qualidade dos alimentos e prestação de serviços neste contexto, de forma a fornecer uma alimentação saudável aos pacientes e adequadas às dietas prescritas.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

1.9.5 Saúde da Mulher

Em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, promover ações de competência hospitalar para ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de saúde dentro das suas habilitações.

1.9.6 HIV/DST/AIDS

A testagem para detecção do HIV, Hepatites B e C e da Sífilis, deve ser disponibilizada nos serviços de saúde, inclusive nos de menor porte, garantindo acesso ao tratamento oportuno e um fluxo de cuidado integral a toda população.

1.9.7 Saúde Mental

Dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas ou de surtos psicóticos, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial, do Complexo Regulador, do SAMU-192, da rede de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados.

1.9.8 Política Nacional de Atenção Hospitalar

O hospital deverá atuar em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Portaria GM nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS.

1.9.9 Programa Nacional de Segurança do Paciente

Considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013 e RDC nº 036/2013 de 25 de julho de 2013, que estabelecem o Programa Nacional de Segurança do Paciente o Hospital deverá realizar as seguintes ações:

- Implantar os Núcleos de Segurança do Paciente;
- Elaborar os planos para Segurança do Paciente; e
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

2. GESTÃO

O Contrato em questão deverá contribuir para o aperfeiçoamento dos processos de gestão Hospitalar, assim como para os processos de gestão do SUS, de modo a maximizar os recursos alocados em benefício da população.

17

Deverá possuir um sistema de gestão de custos hospitalares e gerenciamento das unidades de forma integrada, possibilitando suporte às unidades, direcionamento das atividades de custeio e das tomadas de decisão gerencial.

Através de seu corpo de Diretores, Gestores e Profissionais deverá desenvolver relações com o Gestor Municipal, implementando programas integrados voltados à melhoria da qualidade de vida da população.

Deverá desenvolver processo de auditoria médica e de enfermagem, ligada a direção-geral, com objetivo de tornar eficaz o processo médico, bem como os produtos gerados por esses procedimentos.

O Hospital deve atuar de forma sistêmica, buscando minimizar os custos operacionais com o envolvimento de todo o seu corpo gerencial e profissional, através de ações conjuntas e planejadas com a finalidade de maximizar sua receita, dando suporte e equilíbrio econômico/financeiro para a Instituição.

No caso de abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital deverá haver pactuação prévia com os gestores das ações/atividades programadas a serem incorporadas ao Contrato, mediante aditivo.

O Hospital deverá ainda:

- Garantir o cumprimento dos compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
- Informar aos trabalhadores os compromissos da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
- Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR
Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

- ∅ Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
- ∅ Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- ∅ Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;

18

- ∅ Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;
- ∅ Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de informação do SUS.

2.1 PLANO DIRETOR DO HOSPITAL

O Hospital deverá contar com um Plano Diretor de Gestão, que obrigatoriamente será apresentado à Comissão Permanente de Avaliação do Contrato, no qual serão previstos sistemas:

- de acompanhamento de metas
- de avaliação de custos
- de acompanhamento da aplicação de recursos financeiros provenientes do SUS– de avaliação do nível satisfação do usuário.

3. DA OFERTA DE SERVIÇOS AO COMPLEXO REGULADOR DO SUS

O hospital deverá disponibilizar 100% da programação ambulatorial eletiva para o Complexo Regulador Estadual por meio de Sistema de Regulação Ambulatorial – CARE, conforme percentuais de consulta iniciais e de restritas/retorno estabelecidas no **Anexo I**. Este quantitativo poderá ser alterado de acordo com a necessidade do hospital e após pactuação com a SESA.

Os exames solicitados resultantes das consultas de especialidades encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual serão agendados no próprio serviço. Quando o hospital não ofertar os exames

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

por falta de habilitação SUS o paciente deverá ser contrarreferenciado

à Secretaria Municipal de Saúde do município de origem ou conforme os fluxos estabelecidos pelo gestor estadual/municipal.

Os hospitais que possuírem habilitações na alta complexidade não poderão contrarreferenciar os pacientes para realização de exames que estejam compreendidos dentro da programação hospitalar/ambulatorial obrigatória estabelecida pelas Portarias do Ministério da Saúde.

4. PROGRAMA DE APOIO E QUALIFICAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO PARANÁ

O Programa se propõe a reestruturar o sistema hospitalar do estado de forma a ter hospitais qualificados em todo Paraná. Participam do Programa hospitais públicos e filantrópicos com

19
condições e capacidade de resolver problemas de saúde mais complexos e que atuam como referência na região onde estão inseridos.

O HOSPSUS tem por objetivo melhorar a oferta de leitos hospitalares qualificados, melhoria da qualidade de assistência, aumento da eficiência, eficácia e a equidade do sistema assistencial.

O Programa estabelece diretrizes e normas para a melhoria do acesso aos leitos hospitalares resolutivos de acordo com as redes de atenção prioritárias definidas no Plano de Governo – Rede Materno Infantil e Rede Urgência e Emergência.

A avaliação das metas pactuadas será realizada quadrimestralmente pelas Comissões Regionais de Acompanhamento e Avaliação. No **Anexo VIII** estão descritas as metas pactuadas.

5. COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO

A Comissão Permanente de Avaliação do Contrato deverá ser constituída da seguinte forma:

- Dois representantes do Estado, preferencialmente técnicos envolvidos com o serviço de controle e avaliação;
- Dois representantes do Hospital, sendo um representante da direção e um do corpo clínico;

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



- Um representante do Conselho Municipal de Saúde, representante do segmento dos usuários onde se localiza o hospital.
- Um representante do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde que deverá ser diferente do Município e onde está localizado o hospital.
- Um representante da Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente técnicos envolvidos com o serviço de controle e avaliação.

Quando o hospital for certificado como de ensino deverá ter na Comissão um representante dos docentes e um representante dos discentes.

Caberá à Comissão:

- ∅ Avaliação do cumprimento das metas qualquantitativas e físico-financeiras;
- ∅ Avaliação da capacidade instalada;
- ∅ Readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias após autorização da DCR/SESA, principalmente quando implicarem aumento do valor financeiro pactuado.

20

A pontuação atingida pelo Hospital na avaliação mensal de seu desempenho, realizada pela Comissão de Avaliação do Contrato, indicará o valor da parcela variável mensal a ser repassada ao Hospital.

Estão incluídos nos valores programados para internações hospitalares, todos os valores referentes às internações: hotelaria incluindo alimentação, honorários profissionais, medicamentos, materiais, exames complementares que forem necessários, sangue, hemoderivados, órteses e próteses previstas nas tabelas do SUS para uso hospitalar e diárias de acompanhante previstas nas normas. Nos atendimentos ambulatoriais aplicam-se as mesmas regras, de acordo com as normas do SUS.

Os nomes dos participantes das Comissões deverão ser encaminhados anualmente para a Seção de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Regional.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

6. DOS REPASSE, DA VALIDADE E DAS ALTERAÇÕES

Por se tratar de remuneração por serviços produzidos, serão utilizadas as tabelas de procedimentos do Sistema Único de Saúde, e o pagamento do faturamento hospitalar será creditado diretamente na conta cadastrada no SCNES, mediante apresentação de fatura registrada no Sistema de Informação Hospitalar, pós-processada e aprovada pelo Setor competente.

Este Descritivo tem validade concomitantemente ao Contrato nº 0306.3163/2024 contados a partir da data de sua assinatura, devidamente publicado no Diário Oficial do Estado.

Este Descritivo somente será alterado conjuntamente com o Contrato nº 0306.3163/2024 nas condições descritas naquele instrumento e devidamente publicado no Diário Oficial.

7. DA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Os hospitais contratualizados que possuem leitos de Unidade de Terapia Intensiva, habilitados junto ao SUS, terão metas de avaliação estabelecidas pela Central Estadual de Transplantes, bem como deverão seguir as normas da legislação em vigor. Para estes hospitais, com exceção dos têm como perfil assistencial predominante o de maternidade serão avaliados os indicadores de morte encefálica e parada cardiorrespiratória.

Deverão ter Comissão Intra Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT instituída e realizar busca ativa diária, identificando 100% dos pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, encefalopatias atóxicas

21
e tumor primário de sistema nervoso central. Deverão realizar o Protocolo de Morte Encefálica, entrevistar 100% dos familiares de potenciais viáveis para doação de órgãos.

Deverão também, identificar todos os óbitos em parada cardiorrespiratória de 03 a 70 anos, avaliar segundo os critérios de seleção para doação de tecidos, entrevistar 100% dos familiares de potenciais viáveis para doação de órgãos.

Mensalmente será emitido relatório pela Coordenação da Central Estadual de Transplantes e/ou Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) Regional com informação referente ao cumprimento das metas deste item e, consequentemente da pontuação na avaliação.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

A meta inicial do hospital de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada entrevista familiar será definida da seguinte forma:

Indicador de morte encefálica (400 pontos):

Média dos últimos 12 meses, com aumento de 10% a cada 6 meses. Para os hospitais que ainda não tem atividades relacionadas a captação de órgãos e tecidos para transplante a meta inicial para este indicador será de 30%;

Pontuação proporcional conforme percentual da meta atingida:

Percentual da meta atingida	Pontuação
100% ou mais	400
90 a 99%	300
80 a 89%	200
Abaixo de 80%	Zero

Indicador de parada cardiorrespiratória (300 pontos):

Meta mínima inicial de 30% para todos os hospitais, com aumento de 10% a cada 6 meses; Pagamento proporcional conforme pontuação atingida:

Percentual da meta atingida	Pontuação
100% ou mais	300
90 a 99%	225
80 a 89%	150
Abaixo de 80%	Zero

22

Os hospitais que já tiverem atingido a meta de consentimento familiar à doação superior ao estabelecido no Documento Descritivo/POA deverão mantê-la e empreender esforços para atingir percentual maior ou igual a 50.

Obs: Dados e metas qualitativas atualizadas conforme informação da Central de Transplantes.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

ANEXO I

PROGRAMAÇÃO ESTABELECIDA PARA ASSISTÊNCIAPROGRAMAÇÃO AMBULATORIALMÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL – FONTE 500

Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Estimativa Física Mensal	Estimativa Financeira Mensal
02.02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico	1122	R\$ 4.601,87
02.04 – Diagnóstico por Radiologia	150	R\$ 1.242,86
02.05.02.004-6 – Ultrassonografia de abdômen Total	12	R\$ 455,40
02.11.02.003-6 – Eletrocardiograma	10	R\$ 51,50
02.12.01 – Exame pré-transfusionais I e II	30	R\$ 511,20
Total do Grupo 02	1324	R\$ 6.862,83
Grupo de procedimento 03 – Procedimentos Clínicos		
03.01 – Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	672	R\$ 423,36
03.01 – Atendimento de Urgência na Atenção Especializada	150	R\$ 1.650,00
03.01 – Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	336	R\$ 2.116,80
03.01 – Consulta Médica na Atenção Especializada – Anexo Ia *	503	R\$ 5.030,00
03.02 – Fisioterapia	1130	R\$ 6.772,30
03.06 – Hemoterapia – Transfusão de Concentrado de Hemácias	15	R\$ 121,35
Total do Grupo 03	2806	R\$ 16.113,81
TOTAL DA MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	4130	R\$ 22.976,64

– Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024: Realizado aumento físico de 2.678 procedimentos na Média Complexidade Ambulatorial no valor financeiro mensal de R\$ 12.857,20, de acordo com o autorizado do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

ANEXO I A – CONSULTAS MÉDICAS DE OUTRAS ESPECIALIDADES

ANEXO Ia* – PROGRAMAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS A SEREM OFERTADAS PARA A CENTRAL DE REGULAÇÃO			
ESPECIALIDADE	PROGRAMADO	CONSULTAS INICIAIS	CONSULTAS RETORNO
Cirurgia Geral	25	22	3
Cirurgia Ginecológica	25	22	3
Cirurgia Otorrino	15	13	2
Cirurgia ortopédica	45	42	3
Anestesiologia	110	104	6
Nefrologia	115	100	15
Nefro Hemodiálise	168	0	168
TOTAL	503	303	200

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** As consultas especializadas foram distribuídas de acordo com a solicitação do prestador e anuência da regional de saúde.

24

ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL – FONTE 500		
Grupo 02-Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Estimativa Física Mensal	Estimativa Financeira Mensal
02.06 – Tomografia	35	R\$ 3.471,33
02.07 – Ressonância Magnética	30	R\$ 8.062,50
Total do Grupo 02	65	R\$ 11.533,83
TOTAL DA ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	65	R\$ 11.533,83

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Realizado aumento físico de 05 procedimentos financeiro na Alta Complexidade Ambulatorial no valor financeiro de R\$ 540,00 de acordo com o autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

FAEC AMBULATORIAL – FONTE 600		
Grupo 03 – Procedimentos Clínicos	Estimativa Física Mensal	Estimativa Financeira Mensal
03.05 – Tratamento em Nefrologia – Hemodiálise	1040	R\$ 253.499,14
Total do Grupo 03	1040	R\$ 253.499,14
Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos		
04.18.01 – Cirurgia em Nefrologia (Acesso – Fístula)	21	R\$ 10.050,06
Total do Grupo 04	21	R\$ 10.050,06
Grupo 07 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais		
07.02.10 – OPM em nefrologia	25	R\$ 2.180,93
Total do Grupo 07	25	R\$ 2.180,93
TOTAL FAEC AMBULATORIAL	1086	R\$ 265.730,13

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Incorporado 1.086 procedimentos físicos no FAEC Ambulatorial no valor financeiro mensal de R\$ 265.730,13, em atendimento a Portaria nº 3.757 de 16/05/2024 que habilita o estabelecimento como Unidade de Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) – com início das atividades para realizar a Hemodiálise e autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

PROGRAMAÇÃO ESTABELECIDA PARA ASSISTÊNCIA PROGRAMAÇÃO HOSPITALAR

MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR – FONTE 600		
Caráter de internamento	Estimativa Física Mensal	Estimativa Financeira Mensal
AIH de Urgência/Emergência	268	R\$ 259.569,71
AIH de U/E para Neurologia/neurocirurgia	2	R\$ 15.000,00
AIH Eletivo Cirurgia Ortopédica	45	
AIH Eletivo Cirurgia Ginecológica	25	
AIH Eletivo Cirurgia Geral	25	
AIH Eletivo Cirurgia Otorrinolaringologia	15	
Portaria nº 160/2022 e Portaria nº 404/2022: Reajuste dos valores da diária UTI Habilitados para 06 Leitos UTI Adulto Tipo II	-	R\$ 19.920,24
Portaria GM/MS nº 1988/2023: Habilitação de 03 Novos Leitos de UTI Adulto tipo II	-	R\$ 49.275,00
TOTAL MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	380	R\$ 563.764,95

Histórico de alterações:

- Incorporadas 2 AIHs no valor de R\$ 15.000,00 para procedimentos de neurologia/neurocirurgia de acordo com autorização da SGS/SESA em 08/11/2017 no Protocolo 13.610.198-6. Mensalmente a Comissão Regional de Acompanhamento do contrato deverá atestar que no período avaliado o prestador realizou os dois internamentos/procedimentos de neurocirurgia e, ainda, que este serviço esteve em funcionamento ininterrupto no período;
- Documento Descritivo atualizado em 07/06/22: Incorporado o valor mensal de R\$ 19.920,24 referente ao aumento da diária de 06 *Leitos de UTI Adulto Tipo II*, considerando a Portaria GM/MS nº 160 de 27 de janeiro de 2022, onde concedeu reajuste nos valores dos procedimentos de Diária de Unidade de Terapia Intensiva e Portaria GM/MS nº 404 de 25 de fevereiro de 2022 que repassa os recursos financeiros ao MAC. Os valores estabelecidos têm por base de cálculo a quantidade de leitos de UTI habilitados no CNES na competência de Dezembro/2021, multiplicado por 0,90 (taxa média de ocupação), multiplicado por 365 dias, multiplicado pelo valor correspondente ao reajuste concedido;
- Documento Descritivo atualizado em 21/02/2024: Incorporado o valor financeiro mensal de R\$ 49.275,00 na Média Complexidade Hospitalar, referente a Portaria GM/MS nº 1.988/2023 que habilita 3 novos leitos de UTI Adulto tipo II, bem como, a inclusão de 18 AIHs na U/E, no valor financeiro mensal de 18.000,00, considerando a habilitação dos novos leitos de UTI habilitados;
- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Aumento de 55 AIHs de Urgência/Emergência e Eletiva na Média Complexidade Hospitalar, com aumento do custo médio da AIH de R\$ 1.429,72 para R\$ 1.483,59, de acordo com o autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

ANEXO II LINHAS DE CUIDADO

LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	
GRUPO DE PROCEDIMENTO	ESTIMATIVA MENSAL
020201002 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXAC	23
020201012 DOSAGEM DE ACIDO ÚRICO	9
020201021 DOSAGEM DE CÁLCIO	82
020201027 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	9
020201028 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	9
020201029 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	9
020201031 DOSAGEM DE CREATININA	56
020201038 DOSAGEM DE FERRITINA	23
020201039 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	23
020201042 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	23
020201043 DOSAGEM DE FOSFORO	86
020201047 DOSAGEM DE GLICOSE	52
020201050 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	23
020201060 DOSAGEM DE POTÁSSIO	86
020201062 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACO	23
020201063 DOSAGEM DE SÓDIO	86
020201065 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-P	82
020201066 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	23
020201067 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	9
020201069 DOSAGEM DE UREIA	132
020201076 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	1
020202030 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	65
020202037 HEMATÓCRITO	65
020202038 HEMOGRAMA COMPLETO	23
020203030 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 +	9
020203063 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRAANTIG	16
020203067 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIR	16
020203097 PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	16
020206025 DOSAGEM DE HORMÔNIO TIROESTIMULANTE DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR	9

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

020206027 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	16
020206037 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	9
020207008 DOSAGEM DE ALUMÍNIO	9
021102003 ELETROCARDIOGRAMA	10
021201002 EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS I	15

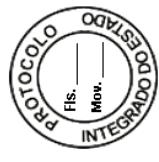
27

021201003 EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS II	15
030101004 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL	336
030101007 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIAL	283
030110001 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NAAT	672
030602006 TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMA	15
0305010093 HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA EXCEPC.	10
0305010107 HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA	996
0305010115 HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOG.	24
0305010123 HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOG.	10
0418010030 CONFECÇÃO DE FISTULAARTERIO-VENOSA	6
0418010048 IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMAN.	3
04180010064 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/H	6
0418020019 INTERVENÇÃO EM FÍSTULAARTÉRIO-VENOSA	3
0418020027 LIGADURA DE FISTULAARTERIO-VENOSA	3
070210001 CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEM.	3
070210002 CATETER P/ SUBCLÁVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIÁLISE	7
0702100099 DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LÚMEN	8
0702100102 GUIA METÁLICO P/ INTRODUÇÃO DE CATETER DUPLO LUMEN	7
TOTAL	3554

28

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP:80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br





ANEXO III
INDICADORES GERADORES ASSISTENCIAIS

Fonte/Periodicidade	Parâmetro/Pontuação
Declaração do gestor ou CRESems	Mensal Cumprido: 100 pontos, Não cumprido: 0 ponto 100
Declaração do gestor ou CRESems	Mensal Cumprido: 100 pontos, Não cumprido: 0 ponto 100
Declaração do gestor ou CRESems	Mensal Cumprido: 100 pontos, Não cumprido: 0 ponto 100
Planilha do prestador Mensal	
Planilha Regional de Saúde Prestador	Mensal Cumprido: 100 pontos, Não cumprido: 0 ponto 100
SIH Mensal	Mensal até 5 dias: 100 pontos, % de 100 pontos, 100 até 4 dias: 100 pontos, 100



NºDescrição do indicador	
1	Não recusa acesso à cirurgia eletiva a pacientes que necessitem de procedimentos de encadeados como disponíveis pelo hospital dentro das metas físicas estabelecidas, sem que haja justificativa técnica para recusa.
2	Não recusa acesso à cirurgia ortopédica de continuidade de tratamento de média complexidade do paciente atendido na urgência e emergência com cirurgia inicial realizada pelo próprio prestando dentro das metas pactuadas, sem que haja justificativa técnica para recusa.
3	Não recusa acesso ao paciente com fixadores externos que necessitem de tratamento cirúrgico definitivo de média complexidade, dentro das metas pactuadas, sem que haja justificativa técnica para recusa.
4	Apresentar relatório de cirurgias eletivas reunião de contrataulação e referente ao mês avaliado, disponibilizado em tabela contendo quantidade, qualitativamente os seguintes dados: município de origem, cirurgias realizadas e cirurgias faturadas.
5	Apresentar relatório de detalhado padronizado regionalmente quanto ao faturamento das aíse posteriomente apresentadas no Sistema de Internação Hospitalar – SIHD2
6	Tempo médio de permanência – leitos de clínica médica e SIH hospital
7	Taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto
8	Tempo médio de permanência – leitos de clínica cirúrgica e SIH hospital



662

133

Comissão de ôbitos do hospital	Mensal		até 4%: 100 pontos, até 4%: 100 pontos,	100
Relatório da CCH do hospital	Mensal		Apresentou relatório: 50 pontos, não apresentou: 0 pontos	50
Apresentação da data da reunião mensal do Núcleo de Segurança do Paciente contemplando as atividades descritas na RDC 036/2013.	Mensal		Não cumpriu: 0 pontos, Cumpriu: 100 pontos	100
Apresentar relatório de notificação NOTIVISADOS eventos adversos relativos ao mês avaliado	Mensal		Não cumpriu: 0 pontos, Cumpriu: 100 pontos	100
Relatório do Sistema Estadual de Regulação do SUS	Mensal		Cumpriu: 200 pontos; Não cumpriu: 0 pontos.	200
Relatório do Sistema Estadual de Regulação do SUS	Mensal		Cumpriu: 200 pontos; Não cumpriu: 0 pontos.	200
Divisão de Auditoria da Regional de Saúde/Auditoria Municipal	Mensal		100%: 50 pontos.	50
Divisão de Auditoria da Regional de Saúde/Auditoria Municipal	Mensal		100%: 50 pontos.	50
Relatório do Sistema Estadual de Regulação do SUS	Mensal		100%: 200 pontos.	200
Relatório da Central Estadual de Transplantes ou da OPO – Regional			Mensal Atingiu 100% ou mais da meta: 400 pontos, entre 90 e 99% da meta: 300 pontos, entre 80 e 89%: 200 pontos, abaixo de 80% da meta: 0 pontos.	400







ANEXO IV

INDICADORES SISTENCIAS DE REDES

1

Fonte Parâmetro	Pontuação
Mensal Declaração da Coordenação do SAMU 192 ou do gestor quando não houver SAMU 192 na região	Cumprido: 200 pontos; não cumprido: 0 pontos
Mensal Declaração da Coordenação do SAMU 192 ou do gestor quando não houver SAMU 192 na região.	Cumprido: 200 pontos; não cumprido: 0 pontos
Mensal Declaração da Coordenação do SAMU 192 ou do gestor quando não houver SAMU 192 na região.	Cumprido: 200 pontos; não cumprido: 0 pontos

PONTUAÇÃO MÁXIMA: **600**

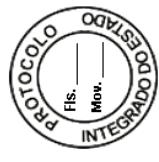


RedeDescrição do indicador Periodicidade	
1	URGÊNCIA EMERGÊNCIA
2	URGÊNCIA EMERGÊNCIA
3	URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Mantener servicio de urgencia y emergencia, general y especializada, cuando existente, en funcionamiento 24 horas.

Não recusar acesso ao usuário em situação de urgência/emergência

Mantener clínica de plantón médica 24 horas de acuerdo con especialidades pactuadas para atención de los pacientes referenciados por el SAMU 192 en los contratos/POA.





ANEXO V
INDICADORES DE GESTÃO

		Periodicidade Parâmetro	Pontuação
Apresentar cópia do Plano e evidências de implantação.	anual	Cumprido=100 pontos, Não cumprido=0 ponto	100
Apresentar pesquisas mensais de satisfação dos usuários	mensal	Cumprido:100 pontos; não cumprido:0 pontos	100
Relatório encaminhado pelo Coordenador da Central Macrorregional de Regulação de Leitos	mensal	até 5% = 200 pontos, entre 6 e 10% = 100 pontos, >10% = 0	200
PONTUAÇÃO MÁXIMA:			400



Descrição do indicador/Fonte	
1	Existência de Plano Diretor de Gestão ou Plano de Ação Gerencial
2	Realização de pesquisas de satisfação dos usuários
3	Percentual de rejeições automatizadas pelos estabelecimentos executantes quando solicitada via pela Central de Regulação de Leitos



ANEXO VI

AVALIAÇÃO DAS METAS E INDICADORES PACTUADOS

O repasse dos valores definidos no orçamento pré-fixado dar-se-á de acordo com a análise de desempenho, sendo 40% vinculados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% vinculados ao cumprimento das metas quantitativas pactuadas. As metas quantitativas, referentes à produção hospitalar e ambulatorial, serão avaliadas separadamente.

Os valores referentes ao INTEGRASUS e IAC/IGH, serão pagos aos hospitais de acordo com a avaliação e durante o prazo que forem repassados do Ministério da Saúde ao Fundo Estadual de Saúde. O mesmo ocorrerá com outros valores variáveis advindos de programas do Ministério da Saúde.

A análise do desempenho deverá ser atestada pela Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato a cada mês por meio de relatório a ser encaminhado à DCR/SESA.

Caso o hospital não atinja pelo menos 70% das metas pactuadas por 03 meses consecutivos ou 05 meses alternados poderá ter o instrumento contratual e POA revisados pela Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato. Nesta revisão será feito o ajuste para baixo das metas e do valor financeiro de acordo com a produção hospitalar, mediante aprovação da SESA.

A Unidade Hospitalar que apresentar percentual de cumprimento de metas superior ao percentual de 105% por 12 meses consecutivos poderá ter as suas metas e valores contratuais revisadas pela Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato. Esta revisão tem por objetivo o reajuste e este poderá ser aprovado pela SESA de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira.

Para o orçamento pós-fixado o repasse de recursos se dará de acordo com a produção ambulatorial e hospitalar apresentada nos sistemas de processamento do SUS – Paraná e de acordo com o orçamento.

Em virtude do relatório de avaliação não ser encaminhado pela Comissão até o dia 15 de cada mês, a pontuação dos indicadores será zerada e o hospital receberá por produção, ou seja, sem os incentivos.

O valor referente aos 60% do valor pré-fixado, que corresponde às metas quantitativas pactuadas separadamente na parte ambulatorial e hospitalar, será definido de acordo com o percentual que cada programação financeira representa no Documento Descritivo / POA.

AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS (60% do valor pré-fixado)

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



A avaliação das metas quantitativas será feita de acordo com o cumprimento do pactuado (anexo I) na produção ambulatorial e hospitalar aprovada na média complexidade (recurso MAC) conforme relatório proveniente do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD. Segue abaixo quadro modelo para avaliação:

AVALIAÇÃO DAS METAS AMBULATORIAIS (R\$ 16.121,88)¹			
GRUPO DE PROCEDIMENTOS	META FÍSICA PACTUADA	META FÍSICA REALIZADA	PERCENTUAL ATINGIDO³
Grupo 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.324		
Grupo 03 – Procedimentos clínicos	2.806		
PERCENTUAL TOTAL ATINGIDO			

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PERCENTUAL ATINGIDO	% DE REPASSE
Igual ou superior a 90%	100%
De 80% a 89%	90%
De 70% a 79%	80%
Igual ou abaixo de 69%	Pagamento do valor proporcional ao percentual da meta atingido

Observações:

- 1 – Em casos excepcionais onde tenha ocorrido grande quantidade de rejeição de procedimentos a apreciação pode ser feita pela quantidade apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA, desde que seja consenso da Comissão de Acompanhamento do Contrato, conste na ata da reunião mensal e que estes procedimentos sejam desconsiderados na reapresentação;
- 2 – Em casos excepcionais onde tenha ocorrido grande quantidade de rejeição de AIHs a apreciação pode ser feita pela quantidade apresentada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIHD, desde que seja consenso da Comissão de Acompanhamento do Contrato, conste na ata da reunião mensal e que estas internações sejam desconsideradas na reapresentação;
- 3 – A avaliação do percentual atingido em relação ao pactuado para cada item das metas ambulatoriais e hospitalares deverá ser realizada de forma separada, sendo que o valor máximo a ser



considerado para este percentual é de 100%. O percentual total atingido nas metas quantitativas AMBULATORIAIS será definido pela média dos percentuais atingidos em cada grupo, separadamente. O percentual total atingido nas metas quantitativas HOSPITALARES será definido pela **média ponderada** dos percentuais atingidos em cada complexidade, separadamente.

AVALIAÇÃO DAS METAS HOSPITALARES (R\$ 395.573,62)²			
INTERNAMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	META FÍSICA PACTUADA	META FÍSICA REALIZADA	PERCENTUAL ATINGIDO³
Urgência/Emergência	270		
Eletivo	110		
PERCENTUAL TOTAL ATINGIDO			

○ Se no momento da avaliação houver produção aprovada de AIHs da média complexidade com caráter de atendimento diferente do pactuado como meta no POA, estas deverão ser incluídas como meta física realizada em urgência/emergência e/ou eletivo, de acordo com a análise da Comissão Regional de Acompanhamento do Contrato;

○ Em situações excepcionais, a solicitação de pagamento de extração pelo prestador, só será permitido, caso comprovado que a produção física e financeira conjunta aprovada no SIA e do SIHD seja superior ao valor total pré-fixado.

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PERCENTUAL ATINGIDO	% DE REPASSE
Igual ou superior a 90%	100%
De 80% a 89%	90%
De 70% a 79%	80%
Igual ou abaixo de 69%	Pagamento do valor proporcional ao percentual da meta atingido

Nas situações em que o hospital não atingir o percentual mínimo de 70% nas metas ambulatoriais e hospitalares perderá o direito ao repasse referente aos 40% das metas qualitativas.



Haverá a apresentação normal de toda a produção do SUS, tanto da produção ambulatorial quanto do hospitalar nos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) do SUS.

Estes constituir-se-ão em parâmetros de avaliação para o Plano Operativo.

AVALIAÇÃO DAS METAS DA QUALIDADE (40% do valor pré-fixado)

A avaliação das metas da qualidade será realizada de acordo com a pontuação atingida nos grupos de indicadores (anexos III a V) sendo:

AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS (R\$ 274.463,67)		
INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA PACTUADA	PONTUAÇÃO ATINGIDA ⁴
Indicadores Gerais Assistenciais	2750	
Indicadores Assistenciais de Redes	600	
Indicadores de Gestão	400	
PONTUAÇÃO TOTAL ATINGIDA	3.750	

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PONTUAÇÃO	% DE REPASSE
De 3.750 a 3.350	100 %
3.349 a 2.950	90 %
2.949 a 2.550	80 %
Abaixo de 2.550	ZERO ⁵

Observações:

- 4 – O percentual de repasse das metas qualitativas será definido pela soma das pontuações atingidas; 5 – Caso o hospital não atinja no mínimo 70% dos indicadores das metas qualitativas perderá o direito de receber o recurso referente aos 40% do valor pré-fixado.

A avaliação das metas pactuadas deverá ser realizada mensalmente conforme modelo de relatório padrão (anexo VI). O relatório de avaliação e a ata da reunião deverão conter a rubrica, em todas as folhas e assinatura na última, de todos os participantes da Comissão Regional de Acompanhamento do Contrato.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



Para os hospitais que possuem habilitações na alta complexidade não será permitida alteração da programação ambulatorial, em especial da média complexidade, em relação à quantidade mínima de exames e consultas estabelecidas nas Portarias do Ministério da Saúde. A Regional de Saúde será responsável pelo monitoramento desta programação em conjunto com o Departamento de Organização e Gestão de Sistemas – DVOGS/DCR. Qualquer alteração referente a estes procedimentos deverá ter autorização expressa da DCR/SESA.

Para avaliação das metas quantitativas pactuadas deve ser considerada a programação de média complexidade do recurso MAC, descrita no Anexo I, que deverá ser compatível com a programação no SIA e SIHD. Caso seja necessário a programação ambulatorial de média complexidade poderá ser readequada dentro do limite financeiro, com exceção dos procedimentos descritos no parágrafo anterior, desde que seja aprovada pela Comissão Regional de Acompanhamento do Contrato. Se isto ocorrer deve ser considerada como meta pactuada para avaliação esta nova programação. Esta nova programação deve ser informada ao DVOGS/DCR para autorização.

Nos meses em que houver pactuações de AIHs, mudança da programação ambulatorial com impacto financeiro, ou ainda, recurso proveniente de habilitação por Portaria Ministerial o cálculo referente à avaliação das metas ambulatoriais e hospitalares deverá ser atualizado de acordo com os novos valores.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



ANEXO VII

**MODELO PADRÃO DE RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA
COMISSÃO REGIONAL DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
---º REGIONAL DE SAÚDE – SCRACA**
RELATÓRIO CONCLUSIVO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

De acordo com as metas quantitativas e qualitativas pactuadas no Plano Operativo Assistencial, a Comissão Regional Permanente de Acompanhamento do Contrato realizou avaliação de desempenho do Hospital _____ - CNES: _____, referente à competência _____ do ano de 20_____, conforme quadros abaixo:

1- Referente às metas QUANTITATIVAS pactuadas (60% do valor pré-fixado):
AVALIAÇÃO DAS METAS AMBULATORIAIS – R\$

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	META FÍSICA PACTUADA	META FÍSICA APROVADA	PERCENTUAL ATINGIDO
Grupo 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica			
Grupo 03 – Procedimentos clínicos			
Grupo 04 – Procedimentos cirúrgicos			
TOTAL			

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PERCENTUAL ATINGIDO	% DE REPASSE
Igual ou superior a 90%	100%
De 80% a 89%	90%
De 70% a 79%	80%
Igual ou abaixo de 69%	Pagamento do valor proporcional ao percentual da meta atingido

AVALIAÇÃO DAS METAS HOSPITALARES – R\$

INTERNAMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	META FÍSICA PACTUADA	META FÍSICA APROVADA	PERCENTUAL ATINGIDO**
Urgência/Emergência			
Eletivos			
Outros			
TOTAL			

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PERCENTUAL ATINGIDO	% DE REPASSE
Igual ou superior a 90%	100%
De 80% a 89%	90%
De 70% a 79%	80%
Igual ou abaixo de 69%	Pagamento do valor proporcional ao percentual da meta atingido

OBS: Nas situações em que o hospital não atingir o percentual mínimo de 70% nas metas ambulatoriais e hospitalares perderá o direito ao repasse referente aos 40% das metas qualitativas. O hospital que não atingir no mínimo 70% das metas ambulatoriais e hospitalares por três meses consecutivos ou cinco meses alternados terá seu Plano Operativo revisado.

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



2- Referente às metas **QUALITATIVAS** pactuadas (40% do valor pré-fixado):

AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS – R\$		
INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA PACTUADA	PONTUAÇÃO ATINGIDA
Indicadores Gerais Assistenciais		
Indicadores Assistenciais de Redes		
Indicadores de Gestão		
PONTUAÇÃO TOTAL ATINGIDA		

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PONTUAÇÃO	% DE REPASSE
De --- a ---	100 %
De --- a ---	90 %
De --- a ---	80 %
Abaixo de ---	ZERO

Assim, devem ser repassados ao hospital os valores abaixo relacionados:

Dos 60%	Valor referente às metas ambulatoriais	R\$
	Valor referente às metas hospitalares	R\$
Dos 40%	Valor referente às metas qualitativas	R\$
TOTAL A SER REPASSADO		R\$

Comissão de Acompanhamento do Contrato responsável por esta avaliação:

De acordo:

Direção do DVAGS ou SCRCA: _____
(assinatura e carimbo)

Diretor da Regional de Saúde: _____
(assinatura e carimbo)

Data:

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br

4
0

ANEXO VIII
PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO HOSPSUS
(AVALIAR DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO SESA VIGENTE)

Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Preditivos e Plurihospitalares do SUS do Paraná Padrão de Avaliação dos Requisitos de Acompanhamento - Incoterms					
Anexo III					
[Mês/Ano]					
DADOS GERAIS	Hospital:				
	Município:				
	RS:				
Assinalar a classificação que corresponde ao parecer da Comissão Regional do HOSPSUS em relação às metas e compromissos analisados:					
I - REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					
1	ÁREA: GESTÃO - 40 pontos	Cumpriu	Não Cumpriu	Pontuação	Avaliação
1.1	Subárea: Direção				
1.1.1	Membros do Diretório do Hospital com Especialização em (participando do Curso em) Gestão Hospitalar (Considerar para este item membros do Diretório do Hospital participando do CGH do HOSPSUS.)			15	
1.1.2	Implementação e Implantação do Plano Diretor (Considerar para este item que os participantes do CGH estão apresentando as produções das Oficinas no CGH e estão reproduzindo as Oficinas no Hospital)			15	
1.2	Subárea: Gestão da Informação Hospitalar				
1.2.1	Notificação compulsória de doenças e agravos (Apresentado relatório emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período da competência, e à declaração do Gestor Municipal comprovando a notificação de 100% das agravos.)			10	
	Total:			40	
2	ÁREA: ESTRUTURA - 80 pontos	Cumpriu	Não Cumpriu	Pontuação	Avaliação
2.1	Subárea: Informações gerais				
2.1.1	Atualização das informações do CNES (apresentado declaração do Gestor informando que as informações disponibilizadas no CNES estãoividuais e devidamente de instituição.)			5	
2.1.2	Licença Sanitária atualizada (anexar cópia da licença sanitária)			20	
2.2	Subárea: Hemoterapia				
2.2.1	Possui Agência Transfusional de acordo com a legislação			5	
2.3	Subárea: Unidades de Tratamento Intensivo				
2.3.1	Ampliar nº letos de UTI para mínimo de 10% dos letos gerais ou manter os já existentes			5	
2.3.2	Manter ou ampliar número de letos de UTI/SUS existentes no CNES na data da Implantação do Programa			5	
2.3.3	Manter ou ampliar número de letos gerais existentes no CNES na data da Implantação do Programa			5	
2.4	Subárea: Leitos para Central de Leitos/Regulação				
2.4.1	Disponibilizar todos os letos/SUS de UTI para a Central de Leitos/Regulação sobre demanda da sua unidade			10	
2.4.2	Disponibilizar todos os letos gerais/SUS para a Central de Leitos/Regulação (apresentado relatório da Central de Leitos/Regulação)			5	
	Total:			60	
3	ÁREA: PROCESSOS - 360 pontos	Cumpriu	Não Cumpriu	Pontuação	Avaliação
3.1	Subárea: Comissões				
3.1.1	Comissão de Verificação de Órgãos (Apresentado relatório das 2 últimas reuniões de Comissão de Verificação de Órgãos, com análise dos dados do protocolo para efeitos de desempenho das órgãos infantis e maternas)			10	
3.1.2	Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (Apresentado relatório das 2 últimas reuniões da Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Destacar na reunião enunciados os itens relacionados às ações relativas ao controle e ao monitoramento das infecções)			10	
3.1.3	Manter Comitê Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante ativa (esse item será avaliado pela Central de Transplantes da SESA)			5	
3.2	Subárea: Rede de Urgências e Emergências				
3.2.1	Pronto atendimento funcionando 24 horas			15	
3.2.2	Atende SAMU/SATE			15	
3.2.3	Serviço com classificação de risco implantada. Apresentar percentual de pacientes atendidos na unidade de emergência submetidos à classificação de risco discriminado por nível de prioridade			15	
3.2.4	Não recusar acesso de usuário para atendimento de urgência e emergência (auditoria ou ex-officio)			50	
3.2.5	Percentual de pacientes com tempo porta-balão inferior a 90 minutos (somente para hospitais que têm serviço de hemodinâmica)			10	
3.2.6	Protocolos clínicos implantados (Trombo, AVE, IAM, de acordo com o perfil do hospital, a partir de dezembro/2020)			15	

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



Анексо III

Respostas qualificadas em todo período		Mês/Año			
Indicador	Descrição	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
3.3.7 Existência de padronização da assistência de enfermagem (Procedimentos Operacionais Padrões - POPs)				15	
3.4 Programa de Humanização					
3.4.1 Implantação de Política ou Estratégias de Humanização (demonstrar a utilização das diretrizes da Política Nacional de Humanização)				5	
3.4.2 Ouvidoria (Apresentar relatório de denúncias e resoluções)					
3.6 Segurança do Paciente					
3.6.1 Implantada atividade relacionada a segurança do paciente, no mínimo duas das seguintes atividades: protocolo de higienização das mãos, cirurgia segura, acesso venoso, queda de paciente, úlcera por pressão (apresentar protocolo e evidências de implantação)				15	
3.6.2 Notifica regularmente no Sistema On-line de Notificação de Infecção Hospitalar - SONIH				30	
3.8 Subárea: Relação com os usuários					
3.6.1 Realização de pesquisa de satisfação de usuários (no mínimo quadrienal)				5	
Total				215	
Total Geral				315	
4 Dados a serem informados		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
4.1 Hospitalares					
4.1.1 Taxa de Cesáreas					
4.1.2 Tempo médio de permanência - TMP geral					
4.1.3 TMP- Unidade de Tratamento Intensivo- Adulto					
4.1.4 TMP – Unidade de Tratamento Intensivo- Neonatal					
4.1.5 Taxa de ocupação					
4.1.6 Taxa de ocupação – Unidade de Tratamento Intensivo- Adulto					
4.1.7 Taxa de ocupação – Unidade de Tratamento Intensivo- Neonatal					
4.1.8 Número de partos realizados no período					
4.1.9 Número de partos de alto risco realizados no hospital					
4.1.10 Número de gestantes vinculadas com estratificação de risco, conforme pactuação atendidas pelo hospital					
4.1.11 Incidência de queda de paciente					
4.1.12 Percentual de pacientes intubados em relação aos pacientes internados na UTI					
4.1.13 Número de pacientes atendidos encaminhados pela Central de Regulação de Leitos (relatório mensal por tipo de leito)					
4.2 Pediátricas					
4.2.1 Número de partos pactuados com o hospital					
4.2.2 Número de partos de alto risco estimados para a região ou macrometropólis					

As metas do HOSPSUS terão avaliação quadrienal. Os indicadores serão monitorados quadrienalmente.

O desembolso das parcelas se dará da seguinte forma:

100% da parcela – do 1º ao 4º mês

80% fixo e 20% variável – do 5º ao 8º mês, mediante avaliação de metas

60% fixo e 40% variável – do 9º ao 12º mês, mediante avaliação de metas

50% fixo e 50% variável – a partir do 13º mês, mediante avaliação das metas

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – PCR

Rua Piquiri 170 – Reboucas – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA O HOSPITAL

ORÇAMENTO – Bloco da Média e Alta Complexidade		
Programação Orçamentária Para o Hospital	Estimativa Financeira Mensal	Estimativa Financeira Anual
PRÉ-FIXADO		
Média Complexidade Ambulatorial – Fonte 500	R\$ 22.976,64	R\$ 275.719,68
Média Complexidade Hospitalar – Fonte 600	R\$ 563.764,95	R\$ 6.765.179,40
IAC/IGH – Incentivo a Contratualização – Fonte 600	R\$ 87.255,58	R\$ 1.047.066,96
INTEGRASUS – Fonte 600	R\$ 12.162,00	R\$ 145.944,00
Total Pré-Fixado	R\$ 686.159,17	R\$ 8.233.910,04
PÓS-FIXADO		
Alta Complexidade Ambulatorial – Fonte 500	R\$ 11.533,83	R\$ 138.405,96
FAEC Ambulatorial – Fonte 600	R\$ 265.730,13	R\$ 3.188.761,56
Total Pós-Fixado	R\$ 277.263,96	R\$ 3.327.167,52
TOTAL GERAL	R\$ 963.423,13	R\$ 11.561.077,56

Histórico de alterações:

Media Complexidade Ambulatorial:

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Realizado aumento físico de 2.678 procedimentos na Média Complexidade Ambulatorial no valor financeiro mensal de R\$ 12.857,20, de acordo com o autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

Alta Complexidade Ambulatorial:

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Realizado aumento físico de 05 procedimentos financeiro na Alta Complexidade Ambulatorial no valor financeiro de R\$ 540,00 de acordo com o autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

FAEC Ambulatorial:

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Incorporado 1.086 procedimentos físicos no FAEC Ambulatorial no valor financeiro mensal de R\$ 265.730,13, em atendimento a Portaria nº 3.757 de 16/05/2024 que habilita o estabelecimento como Unidade de Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) – com início das atividades para realizar a Hemodiálise e autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

Media Complexidade Hospitalar:

- **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Aumento de 55 AIHs de Urgência/Emergência e Eletiva na Média Complexidade Hospitalar, com aumento do custo médio da AIH de R\$ 1.429,72 para R\$ 1.483,59, de acordo com o autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

Cálculo da parcela variável – pré-fixado	Valores
--	---------

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



Metas quantitativas – 60%	R\$ 411.695,50
Metas qualitativas – 40%	R\$ 274.463,67
Total	R\$ 686.159,17

43

ORÇAMENTO HOSPSUS Fase 01 – TESOURO DO ESTADO – FONTE 500		
Programação orçamentária para o Hospital	Estimativa Financeira Mensal	Estimativa Financeira Anual
Pré-fixado		
Rede de Urgência e Emergência (Tipologia E)	R\$ 77.000,00	R\$ 924.000,00
TOTAL	R\$ 77.000,00	R\$ 924.000,00

– **Documento Descritivo Atualizado em 25/09/2024:** Valores atualizados de acordo com as informações da área técnica às fls. 267-270 do protocolo, considerando o quantitativo de leitos totais SUS (com exceção dos leitos de isolamento e de cuidados intermediários), assim como a porcentagem de leitos de UTI, atualmente a instituição faria jus ao recebimento de R\$70.000,00 mensal, com acréscimo de incremento de R\$7.000,00 relativo ao porte assistencial (Tipologia E), correspondendo ao repasse total de R\$77.000,00, com ciência e autorizo do Sr. Secretário de Estado da Saúde às fls. 281.

INCENTIVOS – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – FONTE 600		
Pré-fixado	Estimativa Mensal	Estimativa Anual
Qualificação de 4 leitos de UTI Adulto Tipo II – RUE Portaria nº 1112/GM/MS de 14/08/2023 e Ret. 14/03/2024	R\$ 35.180,16	R\$ 422.161,92
Porta de Entrada Hospitalar de Urgência Geral – RUE – Portaria GM/MS nº 6.879, de 17 de abril de 2025 e Ret. 06/08/2025	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
TOTAL	R\$ 135.180,16	R\$ 1.622.161,92

– **Documento Descritivo atualizado em 07/11/2025:** incorporado o valor financeiro mensal de R\$ 100.000,00, referente a habilitação como referência de Porta de Entrada Hospitalar e Recurso a Ser Mantido – RUE – Portaria GM/MS nº

6.879, de 17 de abril de 2025 e Ret. 06/08/2025, autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde;

RESOLUÇÃO SESA Nº 383/2025 – COFINANCIAMENTO DE PROCEDIMENTOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS – HEMODIÁLISE E DIÁLISE – FONTE 500			
Código do Procedimento	Valor Unitário Complementar	Estimativa Física Mensal	Estimativa Financeira Mensal
03.05.01.010-7 – Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	R\$ 40,00	768	R\$ 30.720,00
03.05.01.009-3 – Hemodiálise excepcionalidade (máximo 1 sessão por semana)	R\$ 40,00	10	R\$ 400,00

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



03.05.01.011-5 – Hemodiálise em pacientes com sorologia positiva Para HIV e/ou Hepatite B e/ou C (máximo 3 sessões por semana)	R\$ 32,60	192	R\$ 6.259,20
03.05.01.012-3 – Hemodiálise em pacientes com sorologia	R\$ 32,60	10	R\$ 326,00

44

positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou C – excepcionalidade (máximo 1 Sessão por semana)			
03.05.01.020-4 – Hemodiálise Pediátrica (máximo 4 sessões por semana)	R\$ 36,36	0	R\$ 0,00
03.05.01.016-6 – Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente Submetido a DPA/DPAC	R\$ 35,81	0	R\$ 0,00
TOTAL	*	980	R\$ 37.705,20

– **Documento Descriptivo atualizado em 07/11/2025:** incorporado o valor financeiro mensal de R\$ 37.705,20, referente a Resolução SESA nº 383/2025, de 28/02/25, que instituiu o cofinanciamento de procedimentos de terapia Renal Substitutiva – TRS, na modalidade Hemodiálise e Diálise aos usuários do SUS, com recursos do Tesouro do Estado – Fonte 500, e, autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

ORÇAMENTO POR FONTE

FONTE	Estimativa Financeira Mensal	Estimativa Financeira Anual
Fonte 500	R\$ 149.215,67	R\$ 1.790.588,04
Fonte 600	R\$ 1.064.092,82	R\$ 12.769.113,84
TOTAL	R\$ 1.213.308,49	R\$ 14.559.701,88

Curitiba, Datado e Assinado Digitalmente/Eletronicamente.

<i>Assinado Eletronicamente</i> Secretário de Estado da Saúde do Paraná	<i>Assinado Eletronicamente</i> Sociedade Beneficente São Camilo
---	--

Testemunhas:

<i>Assinado Eletronicamente</i> Fiscal do Contrato	<i>Assinado Eletronicamente</i> Gestora do Contrato
--	---

45

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E REGULAÇÃO – DCR

Rua Piquiri 170 – Rebouças – Curitiba – PR. CEP: 80230-140. 41 3330.4300. www.saude.pr.gov.br



ePROTOCOLO



Documento: **5DocumentoDescritivoFINAL.pdf**

Assinatura Qualificada realizada por: em 19/11/2025 15:26, em 19/11/2025 15:49.

Assinatura Avançada realizada por: em 17/11/2025 10:17 Local: SESA/DGS/CCCS,
() em 17/11/2025 10:34 Local: SESA/06/SCRC.

Inserido ao protocolo **23.895.845-8** por: em: 17/11/2025 08:54.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:



1º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ

Autorizado	Secretário de Estado da Saúde, Carlos Alberto Gebrim Preto, em 17 de novembro de 2025
Contratante	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde
Contratado	Maternidade Nossa Senhora da Luz/Associação Missionária de Beneficência das Irmãs Servas do Espírito Santo, inscrito no CNPJ sob nº 80.234.826/0011-26, CNES nº 2582716, com sede à Rua Brasil nº 2667, Centro, na cidade de Medianeira no Estado do Paraná.
Objeto	<p>1.Este Termo Aditivo tem por objeto a PRORROGAÇÃO do prazo de vigência do Contrato nº 0306.3274/2025 nos termos de sua Cláusula Décima Segunda;</p> <p>2.Fica prorrogada a vigência do contrato pelo prazo de 12 (doze meses), a partir de 31/12/2025 até 31/12/2026;</p> <p>3.Fica mantido o valor mensal do contrato, de R\$ 246.835,71;</p> <p>4.As despesas deste Termo Aditivo correrão à conta da Dotação Orçamentária nº 4760.10302358.485, Elemento de Despesa nº 3390.3900, Fonte de Recursos nº 500;</p> <p>5.Ratificam-se as demais cláusulas e condições estabelecidas no contrato inicial;</p>
Contrato nº	nº 0306.3274/2025
Processo nº	24.843.949-1
Valor até	R\$ 246.835,71 mensal
Data da assinatura	19 de novembro de 2025
Assinam	Secretário de Estado da Saúde e o representante legal do Contratado.

1º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

DOCUMENTO DESCRIPTIVO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ

Autorizado	Secretário de Estado da Saúde, Carlos Alberto Gebrim Preto, em 17 de novembro de 2025
Contratante	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde.
Contratado	Maternidade Nossa Senhora da Luz/Associação Missionária de Beneficência das Irmãs Servas do Espírito Santo, inscrito no CNPJ sob nº 80.234.826/0011-26, CNES nº 2582716, com sede à Rua Brasil nº 2667, Centro, na cidade de Medianeira no Estado do Paraná.
Objeto	Definir a missão institucional do Hospital no âmbito do modelo assistencial estabelecido para o SUS/Paraná, definir as suas áreas de atuação e compromissos assistenciais com base na Resolução SESA nº 904/2023 e/ou Resolução SESA nº 905/2023.
Contrato nº	nº 0306.3274/2025
Processo nº	24.843.949-1
Valor até	R\$ 246.835,71 mensal
Data da assinatura	19 de novembro de 2025
Assinam	Secretário de Estado da Saúde e o representante legal do Contratado.

1º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ

Autorizado	Secretário de Estado da Saúde, Carlos Alberto Gebrim Preto, em 05 de novembro de 2025
Contratante	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde
Contratado	Hospital Regional de Caridade Nossa Sra Aparecida / Sociedade Beneficente São Camilo, inscrito no CNPJ sob o nº 60.975.737/0062-73, CNES nº 2568349, com sede à BR 476 KM 3 Bairro São Joaquim, na cidade de União da Vitória Estado do Paraná.
Objeto	<p>O presente Termo Aditivo ao Contrato nº 0306.3163/2024, tem por objeto a alteração em caráter qualitativo de acréscimo devido à publicação da Portaria GM/MS nº 6.879, de 17 de abril de 2025, que inclui a Porta de Entrada Hospitalar de Urgência Geral e Recurso a ser Mantido, e, devido a Resolução SESA nº 383/2025, de 27/02/2025 que institui o cofinanciamento de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS, na modalidade de hemodiálise e diálise, aos usuários do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná, conforme detalhado abaixo:</p> <p>Fica aditivado o acréscimo qualitativo financeiro mensal</p>

	de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), e anual de R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais), referente à publicação da Portaria GM/MS nº 6.879/2025 – Fonte 600;
	Fica aditivado o acréscimo qualitativo financeiro mensal de R\$ 37.705,20 (trinta e sete mil e setecentos e cinco reais e vinte centavos) e anual de R\$ 452.462,40 (quatrocentos e cinquenta e dois mil e quatrocentos e sessenta e dois reais e quarenta centavos), referente à publicação da Resolução SESA nº 383/2025 – Fonte 500;
Contrato nº	nº 0306.3163/2024,
Processo nº	23.895.845-8
Valor até	R\$ 1.213.308,49 mensal
Data da assinatura	19 de novembro de 2025
Assinam	Secretário de Estado da Saúde e o representante legal do Contratado.

1º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

DOCUMENTO DESCRIPTIVO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ

Autorizado	Secretário de Estado da Saúde, Carlos Alberto Gebrim Preto, em 05 de novembro de 2025
Contratante	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde.
Contratado	Hospital Regional de Caridade Nossa Sra Aparecida / Sociedade Beneficente São Camilo, inscrito no CNPJ sob o nº 60.975.737/0062-73, CNES nº 2568349, com sede à BR 476 KM 3 Bairro São Joaquim, na cidade de União da Vitória Estado do Paraná.
Objeto	Definir a missão institucional do Hospital no âmbito do modelo assistencial estabelecido para o SUS/Paraná, definir as suas áreas de atuação e compromissos assistenciais e tem validade de 24 meses contados a partir da data de sua assinatura, devidamente publicado no Diário Oficial do Estado
Contrato nº	nº 0306.3163/2024,
Processo nº	23.895.845-8
Valor até	R\$ 1.213.308,49 mensal
Data da assinatura	19 de novembro de 2025
Assinam	Secretário de Estado da Saúde e o representante legal do Contratado.

EXTRATO DE CONTRATO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ

Autorizado	Secretário de Estado da Saúde, Carlos Alberto Gebrim Preto, em 12 de novembro de 2025
Contratante	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde
Contratado	Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida/CIS Centro Integrado Saúde, situado à Rua Francisco Claudino dos Santos, nº 490, bairro Iguaçu, na cidade de Fazenda Rio Grande, inscrito no CNPJ sob o nº 14.736.446/0010-84, CNES nº 0017574, no Estado do Paraná.
Objeto	O presente instrumento tem por objeto a contratualização de SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES , conforme programação assistencial descritas em Documento Descritivo previamente definido entre as partes, dentro dos limites quantitativos que serão distribuídos por níveis de complexidade no ato da convocação e de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde dos usuários do SUS, formalizando a relação entre o Gestor Estadual e o prestador de serviços assistenciais à saúde, cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, devidamente habilitado/crediado ao SUS.
Contrato nº	nº 0306.3375/2025
Processo nº	23.963.261-0
Valor até	R\$ 1.727.622,75 mensal
Data da assinatura	19 de novembro de 2025
Assinam	Secretário de Estado da Saúde e o representante legal do Contratado.

DOCUMENTO DESCRIPTIVO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ

Autorizado	Secretário de Estado da Saúde, Carlos Alberto Gebrim Preto, em 12 de novembro de 2025
Contratante	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde.
Contratado	Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida/CIS Centro Integrado Saúde, situado à Rua Francisco Claudino dos Santos, nº 490, bairro Iguaçu, na cidade de Fazenda Rio Grande, inscrito no CNPJ sob o nº 14.736.446/0010-84, CNES nº 0017574, no Estado do Paraná.

<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código: 827c40f170e0f22abc38d2ad95c1f9cc