



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E TERCEIRO SETOR  
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO



## RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ANUAL<sup>(1)</sup>

EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO 07/2023  
HOSPITAL REGIONAL TEREZINHA GAIO BASSO  
PERÍODO - ANO DE 2024<sup>(2)</sup>

### NOME DO HOSPITAL

Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, CNES nº 6683134, CNPJ 08.776.971/0003-00.

### ENDEREÇO

Rua São Cristóvão, nº 335. Bairro São Gotardo, São Miguel do Oeste/SC - CEP: 89.900-000, Telefone: (49) 3631-1800.

### ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Instituto Santé.

### CONTRATO DE GESTÃO

Processo SES/SEA nº 3876/2023 referente ao Contrato de Gestão 07/2023.

Florianópolis, 29 de outubro de 2025.

(1) Este Relatório de Avaliação de Execução baseia-se no Relatório de Execução das Metas e Resultados da Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC), referente ao 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre e 4º trimestre de 2024 do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB) - PSES nº 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025, respectivamente.

(2) O Relatório Anual de 2024 é o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução enviados mensalmente pelo HRTGB, estes documentos podem ser localizados nos Processos Digitais SES nº 32500/2024 (Janeiro), 59163/2024 (Fevereiro), 85625/2024 (Março), 110870/2024 (Abril), 139240/2024 (Maio), 167856/2024 (Junho), 193819/2024 (Julho), 223496/2024 (Agosto), 251797/2024 (Setembro), 281325/2024 (Outubro), 307739/2024 (Novembro) e 9336/2025 (Dezembro).

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	4
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos ao CG 07/2023	5
3.2 Documentos de Referência	5
3.3 Estrutura e Volume da Produção Assistencial Contratada	6
3.4 Meta dos Indicadores de Qualidade Contratados	11
4- METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	14
4.1 Atendimento de Urgência e Emergência	14
4.2 Assistência Hospitalar (Internação)	17
4.3 Atendimento Ambulatorial	18
4.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	24
4.5 Análise da Produção Assistencial	23
5- RESULTADO DOS INDICADORES QUALIDADE	23
5.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	24
5.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)	24
5.3 Controle de Infecção Hospitalar (IH)	26
5.4 Mortalidade Operatória e Hospitalar	26
5.5 Segurança do Paciente	27
5.6 Análise dos Indicadores de Qualidade	28
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	28
6.1 Regras para Aferição Financeira da Produção Assistencial	29
6.2 Regras para Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade	31
7- PARECER CONCLUSIVO	32

# 1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

(<https://www.hrtgb.org/>)

O Hospital Regional Terezinha Gaio Basso é uma unidade pública do Governo do Estado de Santa Catarina e está localizado na cidade de São Miguel do Oeste, sendo administrado pela Organização Social Instituto Santé. O hospital oferece atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é reconhecido por seu atendimento humanizado de alta complexidade e ambulatório de especialidades, sendo referência em cerca de 30 municípios na região do Extremo Oeste de Santa Catarina.

Possui diversas especialidades médicas: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral e vascular, clínica médica em geral, gastroenterologia, ginecologia e obstetrícia, infectologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, radiologia, urologia, mastologia, nefrologia, dermatologia, oncologia, proctologia e hepatologia.

Em 2018 a unidade passou a oferecer assistência especializada ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento através de consultas, sessões de quimioterapia, procedimentos cirúrgicos, exames laboratoriais e de imagem. A partir de agosto de 2023, o HRTGB foi oficialmente reconhecido como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

As informações a seguir foram retiradas do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes ao mês de dezembro de 2024 e visam demonstrar alguns serviços e características técnicas da unidade Hospitalar, dentro do período de avaliação e elaboração deste relatório para a Comissão de Avaliação, Fiscalização e Monitoramento do Contrato de Gestão 07/2023, sítio eletrônico:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4217206683134?comp=2024012>

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	570
2- Total de leitos (incluindo UTI)	92
3- UTI Adulto tipo II	10
4- Leitos Cirúrgicos	35
5- Leitos Clínicos	34
6- Leitos Obstetrícia	07
7- Leitos Pediatria	06
8- Centro Cirúrgico	03 salas
9- Sala de Recuperação Pós Anestésica	07 leitos
10- Sala de Cirurgia Ambulatorial	03 salas
11- Sala de Pequena Cirurgia	02 salas
SERVIÇO DE APOIO	CARACTERÍSTICA
1- Ambulância	Terceirizado
2- Centro de Materiais e Esterilização_CME	Próprio
3- Farmácia	Próprio

4- Lavanderia	Próprio
5- Serviço de Nutrição e Dietética (Enteral e Parenteral)	Próprio
6- Serviço de Manutenção de Equipamentos	Próprio e Terceirizado
7- Serviço Social	Próprio
<b>SERVIÇO ESPECIALIZADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
1- Atenção a Doença Renal Crônica (diálise e hemodiálise)	Próprio e Terceirizado
2- Serviço de Atenção a Saúde Auditiva	Próprio
3- Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual	Próprio
4- Serviço de Atenção em Saúde Bucal (Cirurgia Bucomaxilofacial)	Próprio
5- Hospital Dia	Próprio
6- Serviço de Atenção a DST/ HIV/ AIDS	Próprio
7- Serviço de Atenção pré natal, parto e nascimento	Próprio
8- Serviço de Atenção Cardiovascular / Cardiologia	Próprio
9- Serviço de Cirurgia Reparadora (Queimados)	Próprio
10- Laboratório	Próprio
11- Anatomia Patológica	Próprio e Terceirizado
12- Serviço de Fisioterapia	Próprio
13- Serviço de Hemoterapia	Próprio
14- Serviços de Oncologia (Clínica e Cirúrgico)	Próprio e Terceirizado
15- Serviço de Traumatologia e Ortopedia	Próprio
<b>SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO _ SADT</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
1- Eletroencefalograma	Próprio
2- Eletrocardiograma	Próprio
3- Endoscopia (Digestiva, Respiratória, Urinária)	Próprio
4- Mamografia	Próprio
5- Radiologia	Próprio
6- Ressonância Magnética	Terceirizado
7- Tomografia Computadorizada	Próprio
8- Ultrassonografia (Convencional e com Doppler)	Próprio

## 2. HABILITAÇÕES

HABILITAÇÕES VIGENTES				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ORIGEM	INÍCIO	FIM
1706	UNACON	Nacional	08/2023	-
2601	UTI Adulto	Nacional	06/2012	-
2902	PMAE - COMPONENTE CIRURGIAS	Local	11/2023	-

### 3. COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

#### 3.1 Termos Aditivos ao CG 07/2023 (até dezembro de 2024)

Nº do Termo Aditivo (TA) ou Apostilamento	Data de publicação no DOE de SC	CLÁUSULA PRIMEIRA Trata do Objeto do Contrato de Gestão
1º TA	12/04/2024 DOE nº 22244	Constitui objeto do presente Termo Aditivo a alteração dos itens 2.28. e 2.30., bem como do subitem 2.30.1., da Cláusula Segunda do Contrato de Gestão nº 07/2023, considerando a Deliberação 30/CIB/2024, sobre a Comissão Hospitalar de Transplante do Hospital Regional Tipo 02.
2º TA	03/06/2024 DOE nº 22277	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recurso financeiro no valor de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), em parcela única, à Executora, proveniente de Emenda Individual, Proposta nº 36000512847202300, Portaria GM/MS nº 649/2023, para fins de aquisição de seis computadores desktop completos, um videocolonoscópio e dois videogastroscópios, destinados ao Hospital Regional Terezinha Gaio Basso.
3º TA	30/10/2024 DOE nº 22385	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recurso financeiro no valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), em parcela única, à Executora, proveniente de Emenda Individual, Proposta nº 36000602350202400, Portaria GM/MS nº 3.626/2024, para reparos, pinturas e adaptações no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso.

#### 3.2 Documentos de Referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão nº 07/2023, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Organização Social Instituto Santé, para o gerenciamento do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, de São Miguel do Oeste, em conformidade com a Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 4.272, de 28 de abril de 2006 e atualizações.

O volume, a estrutura das atividades contratadas e as regras para pagamento encontram-se nos Anexos Técnicos I (Descrição dos Serviços), II (Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade) e III (Sistemática de Pagamento, Cronograma de Desembolso Financeiro, Regras e Critérios para Aferição das Metas e Indicadores de Qualidade e, de Aplicação de Desconto) do Contrato de Gestão nº 07/2023 - Processo SES/SEA nº 3876/2023

Todas as prerrogativas contratuais presentes no corpo deste relatório referentes às Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade contratados e Sistemática de Pagamento, estão baseados no Contrato de Gestão e nos Termos Aditivos, devidamente publicados e passíveis de conferência no endereço eletrônico abaixo:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/organizacoes-sociais-os/contratos-de-gestao/contratos-de-gestao-vigentes>

### 3.3 Estrutura e Volume da Produção Assistencial Contratada

As Metas de Produção Assistencial (MP) propostas englobam os procedimentos a serem executados pelo Hospital Regional Terezinha Gaio Basso a nível hospitalar e ambulatorial, devidamente processados no DATASUS, bem como aqueles que ainda não são passíveis de processamento (pág. 30 do CG 07/2023).

O Hospital deverá informar mensalmente as Metas de Produção Assistencial (MP), que estão relacionados à quantidade de assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à capacidade instalada, efetividade da gestão e ao desempenho da unidade (pág. 38 do CG 07/2023).

As MP deverão ser enviadas em relatórios oficiais através de processo eletrônico, ou outro sistema informado pelo ÓRGÃO SUPERVISOR, **até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente** à Gerência de Acompanhamento e Execução das Metas Contratuais - GAEMC (pág. 38 do CG 07/2023).

O acompanhamento das atividades realizadas pela EXECUTORA será efetuado através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Ministério da Saúde, bem como através de sistemas de informação, formulários e instrumentos para registro de dados de produção e gerenciais definidos pelo ÓRGÃO SUPERVISOR (págs. 28-29 do CG 07/2023).

São consideradas Metas de Produção Assistencial deste Contrato de Gestão, as seguintes modalidades:

- MP I – Atendimento de Urgência e Emergência;
- MP II – Assistência Hospitalar - Internações;
- MP III – Atendimento Ambulatorial;
- MP IV – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

Para fins de aferição financeira, conforme o Anexo Técnico III, as especialidades das Modalidades: Assistência Hospitalar, Atendimento Ambulatorial e SADT Externo, possuem peso percentual que corresponde ao valor a ser pago para cada especialidade (pág. 38 do CG 07/2023).

As Metas de Produção Assistencial poderão ser reavaliadas e alteradas semestralmente, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão e seus Anexos Técnicos I e II (pág. 38 do CG 07/2023).

#### 3.3.1 Atendimento de Urgência e Emergência

O Atendimento de Urgência e Emergência será realizado no serviço de Pronto Socorro do Hospital, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente, na modalidade “Porta Aberta”, ou seja, atendendo pacientes referenciados, encaminhados pelo Município e pela Central de Regulação de Urgências e Emergências do SAMU, e os que chegarem de forma espontânea (pág. 39, item 1.5.2 do CG 07/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **2.500 (dois mil e quinhentos reais) atendimentos**, observando a variação  $\pm 15\%$ .

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
1) Atendimento de Urgência e Emergência em Atenção Especializada	-
2) Cirurgias de Urgência e Emergência	-
<b>TOTAL</b>	<b>2.500</b>

Fonte: CG nº 07/2023, pág. 38.

### 3.3.2 Assistência Hospitalar - Internações

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos em saúde oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) contemplados na tabela unificada do SUS - SIGTAP (pág. 31, item 19 do CG 07/2023).

A assistência hospitalar poderá ser realizada em regime de Hospital-Dia, entendida como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas (pág. 33, item 22 do CG 07/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **600 (seiscentas) saídas hospitalares**, com variação de  $\pm 10\%$ , que serão avaliadas conforme as regras de aferição do Anexo Técnico III (pág. 39 do CG 07/2023).

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR			
ESPECIALIDADES MÉDICAS	TCGA <sup>(*)</sup>	Meta Mês	Distribuição Peso %
1) Cirurgia Cirúrgica	-	210	30%
2) Clínica Médica	-	210	30%
3) Oncológica Clínica	-	70	15%
4) Oncológica Cirúrgica	54		
5) Clínica Gineco/Obstétrica	-	60	15%
6) Clínica Pediátrica	-	50	10%
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>600</b>	<b>100%</b>

Fonte: CG nº 07/2023, pág. 39

<sup>(\*)</sup>TCGA - Termo de Compromisso de Garantia de Acesso de Alta Complexidade em Oncologia. UNACON (17.06). Portaria de Consolidação nº 02/2017. Portaria de parâmetros referenciais SAE/MS nº1.399/2019. Plano de Ação da Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina - DELIBERAÇÃO 161CIB/2022. Portaria de Habilitação GM/MS nº 1.084/2023.

O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR (correspondem às saídas dos leitos clínicos e cirúrgicos através da alta hospitalar, transferência externa ou óbito) que será acompanhada através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital e encaminhada para a Gerência de Processamento (GMAPS) da SES/SC para fins de processamento pelo Ministério da Saúde (MS).

As saídas cirúrgicas pactuadas correspondem as cirurgias não programadas de pacientes internados, as cirurgias programadas de pacientes eletivos, em lista de espera, encaminhados pela Central de Regulação de Internações Hospitalares e de pacientes do trauma ortopédico também em lista de espera.

As cirurgias realizadas de Urgência e Emergência, de pacientes em demanda espontânea ou referenciada também poderão ser computadas neste indicador (pág. 40 do CG 07/2023).

O Hospital deverá destinar, no mínimo 15% (quinze por cento), do volume total de cirurgias realizadas no mês, aos pacientes eletivos, em lista de espera, encaminhados pela Central de Regulação de Internações Hospitalares (*drive cirúrgico*) (pág. 33 do CG 07/2023).

Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado e a assistência através de equipe de saúde multidisciplinar, conforme a necessidade do paciente durante a internação hospitalar (pág. 40 do CG 07/2023).

### 3.3.3 Atendimento Ambulatorial

O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial do Estado, em especialidades previamente definidas, conforme o volume mensal pactuado (pág. 42 do CG 07/2023).

Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente. As consultas médicas ambulatoriais poderão ser realizadas à distância, na modalidade de Telemedicina.

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **4.114 (quatro mil, cento e quatorze) consultas e procedimentos**, observando a variação de  $\pm 10\%$ , que serão avaliados conforme as regras de aferição do Anexo Técnico III (pág. 40 do CG 07/2023).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
CONSULTAS MÉDICAS	1ª Consulta TCGA(*)	1ª Consulta Regulação	Agenda Interna Hospital	Total Meta Mês	Distribuição Peso %
1) Anestesiologia	10	-	50	60	1%
2) Cardiologia	-	120	120	240	25%
3) Cirurgia Geral	-	70	70	140	5%
4) Cirurgia Vascular	-	75	75	150	5%
5) Clínica Médica Geral	-	-	08	08	1%



6) Gastroenterologia	10	15	25	50	2%
7) Ginecologia/Obstetrícia	10 (Gineco)	25	35	70	2%
8) Hepatologia	-	15	15	30	2%
9) Infectologia	-	5	65	70	2%
10) Mastologia	10	-	10	20	1%
11) Neurocirurgia	-	5	15	20	1%
12) Neurologia	-	20	20	40	2%
13) Oftalmologia	-	300	305	605	11%
13) Oncologia Clínica	125	255	400	800	14%
14) Oncologia Cirúrgica	20				
15) Ortopedia/Traumatologia	-	300	300	600	11%
16) Otorrinolaringologia Adulto	-	100	100	200	7%
17) Otorrinolaringologia Pediátrica	-	25	25	50	3%
18) Pediatria	-	-	40	40	2%
19) Pneumologia	-	10	10	20	1%
20) Proctologia	5	15	20	40	3%
21) Urologia	10	35	35	80	3%
<b>PROCEDIMENTOS AMBULATORIAS</b>	<b>1ª Consulta TCGA(*)</b>	<b>1ª Consulta Regulação</b>	<b>Agenda Interna Hospital</b>	<b>Total Meta Mês</b>	<b>Distribuição Peso %</b>
Procedimentos Oflamológicos (fotocoagulação a laser, outros...)	-	30	-	30	2%
Procedimentos de Quimioterapia (nº de sessões)	-	-	360	360	8%
<b>CONSULTAS NÃO MÉDICAS</b>	<b>1ª Consulta TCGA(*)</b>	<b>1ª Consulta Regulação</b>	<b>Agenda Interna Hospital</b>	<b>Total Meta Mês</b>	<b>Distribuição Peso %</b>
Bucomaxilofacial	-	03	03	06	1%
Fonoaudiologia	-	-	180	180	2%
Nutrição Clínica	-	-	15	15	1%
Psicologia	-	-	190	190	2%
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4.114</b>	<b>100%</b>

Fonte: CG nº 07/2023, págs. 40 - 41.

(\*) **TCGA (Termo de Compromisso de Garantia de Acesso)** de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Plano de Ação da Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina - DELIBERAÇÃO 161CIB/2022. Portaria de Habilitação GM/MS nº 1.084/2023.

Serão considerados Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais aqueles realizados no ambulatório que não requeiram hospitalização. Ficam excluídos desta meta os procedimentos de retirada de pontos e curativos simples pós-operatório (pág. 34 do CG 07/2023).

Os quantitativos previstos para as consultas ambulatoriais deverão ser distribuídos de forma que, pelo menos 50% de cada especialidade, seja destinado para Primeira Consulta, estes deverão ser regulados pela Central de Regulação Ambulatorial, na sua integralidade, sendo o restante garantido como Consulta de Egresso e Subsequente, respeitando a normas da Regulação (pág. 35 do CG 07/2023).

3.3.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

O SADT Externo deverá ser programado para atender das 7h às 17h, no mínimo, de segunda a sexta-feira, disponibilizando exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos no ambulatório, egressos do próprio Hospital e encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial do Estado provenientes da Atenção Básica, para os serviços previamente definidos após pactuação com o Hospital, no limite da capacidade operacional do SADT (pág. 36 do CG 07/2023).

O Hospital deverá manter os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Interno ininterruptamente (24 horas por dia), por meio da disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação do próprio Hospital (pág. 36 do CG 07/2023).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **3.110 (três mil, cento e dez) exames**, observando a variação  $\pm 15\%$ , que serão avaliados conforme as regras de aferição do Anexo Técnico III (pág. 42 do CG 07/2023).

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO					
EXAMES	TCGA(*)	Oferta Regulação	Agenda Interna Hospital	Total Meta Mês	Distribuição Peso %
1) Colonoscopia	100	-	-	100	8%
2) Endoscopia	118	82	50	250	15%
3) Exames de Anatomia Patológica	158	92	250	500	20%
4) Mamografia	87	38	125	250	10%
5) Radiologia	-	-	1.000	1.000	15%
6) Retinografia Colorida Binocular	-	-	10	10	2%
7) Tomografia/Angiotomografia	73	127	200	400	18%
8) Ultrassonografia	400	-	200	600	12%
TOTAL	-	-	-	3.110	100%

Fonte: CG nº 07/2023, pág. 42.

(\*) **TCGA** - Termo de Compromisso de Garantia de Acesso

Para fins de aferição de meta serão considerados exames externos os atendimentos realizados em caráter eletivo, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada mês, tendo como parâmetro o dia em que o paciente

realizou o exame no Hospital. Esta meta será acompanhada através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e os quantitativos contratados para os exames realizados por meio do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo deverão ser regulados pela Central de Regulação do Estado.

### 3.4 Meta dos Indicadores de Qualidade Contratados

O Hospital deverá informar mensalmente os Indicadores de Qualidade (IQ), que medem aspectos relacionados à eficiência dos processos de trabalho e à satisfação dos usuários, fornecendo subsídios para a implementação de ações para melhoria contínua do atendimento (pág. 43 do CG 07/2023).

Os IQ deverão ser enviados mensalmente em relatórios oficiais através de processo eletrônico, ou outro sistema informado pelo ÓRGÃO SUPERVISOR, até o **15º (décimo quinto) dia do mês subsequente** à Gerência de Acompanhamento e Execução das Metas Contratuais – GAEMC.

São considerados Indicadores de Qualidade deste Contrato de Gestão:

- IQ 1 - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- IQ 2 - Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU);
- IQ 3 - Controle de Infecção Hospitalar (IH);
- IQ 4 - Mortalidade Operatória e Hospitalar;
- IQ 5 - Segurança do Paciente.

Os IQ poderão ser reavaliados trimestralmente, ou seja, alterados ou introduzidos novos Indicadores de Qualidade, considerando o desenvolvimento da gestão, a complexidade do Hospital e a inserção de novas tecnologias em saúde (pág. 43 do CG 07/2023).

#### 3.4.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar no mês (pág. 43 do CG 07/2023).

Este indicador compara o volume das saídas hospitalares por mês em relação ao volume de produção das contas hospitalares encaminhadas para a Gerência de Monitoramento, Avaliação e Processamento em Saúde (GMAPS) da SES conforme o cronograma estabelecido. Espera-se que o número de AIH's apresentadas seja igual ou maior que o volume de saídas hospitalares.

**Meta:** atingir 100% (cem por cento) de todas as AIH's autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês de competência.

### 3.4.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) tem por finalidade avaliar o nível de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes sobre o atendimento do Hospital, através da aplicação de um questionário padrão, que avalia a percepção do usuário sobre a estrutura, limpeza, nutrição e o atendimento dos profissionais (pág. 44 do CG 07/2023).

Este indicador será avaliado por meio do percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados, bem como, por meio do nível geral de satisfação dos usuários.

A PSU deverá ser avaliada mensalmente, em 04 (quatro) Grupos de Usuários a serem pesquisados, o quadro a seguir estabelece os grupos, público-alvo da pesquisa com o percentual mínimo (meta) para cada grupo pesquisado:

UNIDADES PARA APLICAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		
SETOR		% de PSU Mensal
A	Pacientes ou acompanhantes em atendimento no serviço de urgência e emergência	3%
B	Pacientes ou acompanhantes de pacientes internados	10%
C	Pacientes ou acompanhantes de pacientes em atendimento ambulatorial ou SADT Externo	3%
D	Pacientes ou acompanhantes de pacientes após alta hospitalar	10%
TOTAL		26%

Fonte: CG nº 07/2023, pág. 44.

**Meta:** atingir o percentual mínimo de pacientes/acompanhantes entrevistados em cada grupo e o nível de satisfação geral do hospital deverá ser igual ou maior que 90% (noventa por cento).

### 3.4.3 Controle de Infecção Hospitalar (IH)

“A Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (Portaria GM/MS nº 2.616/1998). Os Indicadores de Controle de IH têm por finalidade avaliar a qualidade da assistência na prevenção e controle das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (pág. 44-45 do CG 07/2023).

A seguir, os indicadores a serem monitorados neste contrato:

- Taxa de Infecção Geral Hospitalar;
- Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto;

- c) Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC) em UTI Adulto;
- d) Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto.

**Meta:** envio do relatório mensal, elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da unidade, que contenha o valor dos indicadores mensais, a análise dos resultados com o comparativo de referência e o plano de ação com as medidas de correção e controle, quando se fizerem necessárias. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro e médico infectologista do serviço.

#### 3.4.4 Mortalidade Operatória e Hospitalar

Os Indicadores de Mortalidade serão medidos através da Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) pela Classificação ASA e Taxa de Mortalidade Institucional (TM).

A Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) é a relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram durante ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período (pág. 46 do CG 07/2023).

As informações enviadas pelo Hospital referente ao TMO deverão estar dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (novembro de 2012).

A Taxa de Mortalidade Institucional (TM) é medida através da relação percentual entre o número de óbitos ocorridos após 24 horas da admissão e o número de saídas hospitalares no mesmo período.

A Classificação do Estado Físico da ASA, segue os critérios adotados pela classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5:

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASA		
Classes	TMO	Pacientes cirúrgicos segundo a classificação ASA
ASA-1	0 a 0,1%	Paciente saudável
ASA-2	0,3 a 5,4%	Paciente com doença sistêmica leve
ASA-3	1,8 a 17,8%	Paciente com doença sistêmica grave
ASA-4	7,8 a 65,4%	Paciente com doença sistêmica grave com ameaça constante à vida
ASA-5	9,4 a 100%	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia

Fonte: Taxa de Mortalidade Operatória. MS / ANVISA (nov.2012). CG nº 07/2023, pág. 46.

**Meta:** envio do relatório mensal, elaborado pela Comissão de Óbito do Hospital, com a análise dos resultados da TMO e TM, com o comparativo de referência, devidamente assinado pelos seus membros.

### 3.4.5 Segurança do Paciente

Indicadores de Segurança do Paciente são medidas que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes.

O indicador de Incidência de Lesão por Pressão (LPP) na UTI Adulto é calculado através do número de eventos adversos de LPP, dividido pelo número de pacientes em risco no setor no período, multiplicado por cem (pág. 47 do CG 07/2023).

**Meta:** envio do relatório mensal, elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com o resultado mensal do índice de LPP nas UTI's Adulto e o comprovante da notificação do evento adverso, quando ocorrer, no sistema de monitoramento do Ministério da Saúde. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro responsável e Diretor Geral do Hospital. Também deverá ser enviado o registro de treinamento trimestral de protocolos de segurança do paciente e outros treinamentos relacionados.

## 4. RESULTADO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

A cada 06 (seis) meses ou semestre, o Órgão Supervisor procederá à análise das Metas de Produção Assistencial realizadas pela Executora, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento das metas. Caso o período não complete o semestre do ano de exercício, a aferição financeira será realizada proporcionalmente ao período.

As Metas de Produção Assistencial poderão ser reavaliadas e alteradas semestralmente, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão e seus Anexos Técnicos I e II (pág. 37 do CG 07/2023). A repactuação das Metas de Produção, também poderão ocorrer a qualquer momento, através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, se as condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem sobre as atividades realizadas pelo Hospital (pág. 49 do CG 07/2023).

A seguir estão os serviços que compõem as “Metas Quantitativas” com os gráficos que demonstram a relação entre o realizado pelo Hospital e a meta de produção contratada, referentes ao 1º semestre e 2º semestre de 2024, conforme informações encaminhadas pela GAEMC, por meio do Processo Digital SES 208899/2024 e 98167/2025, respectivamente.

### 4.1 Atendimento de Urgência e Emergência

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **2.500 (dois mil e quinhentos reais) atendimentos** de Urgência e Emergência, observando a variação  $\pm 15\%$ , que foram avaliadas conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira.

A seguir, no quadro 01, apresenta-se o quantitativo de atendimentos de Urgência e Emergência realizados pelo Hospital no ano de 2024, discriminados por semestre.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - Ano de 2024					
ATENDIMENTOS	Meta Mês	1º SEMESTRE		2º SEMESTRE	
Atendimento de urgência e emergência em atenção especializada adulto	2.500	Contratado	Realizado	Contratado	Realizado
Cirurgia de urgência e emergência		15.000	23.549	15.000	23.487
TOTAL	2.500	15.000	23.549	15.000	23.487
Δ%		156,99%		156,58%	

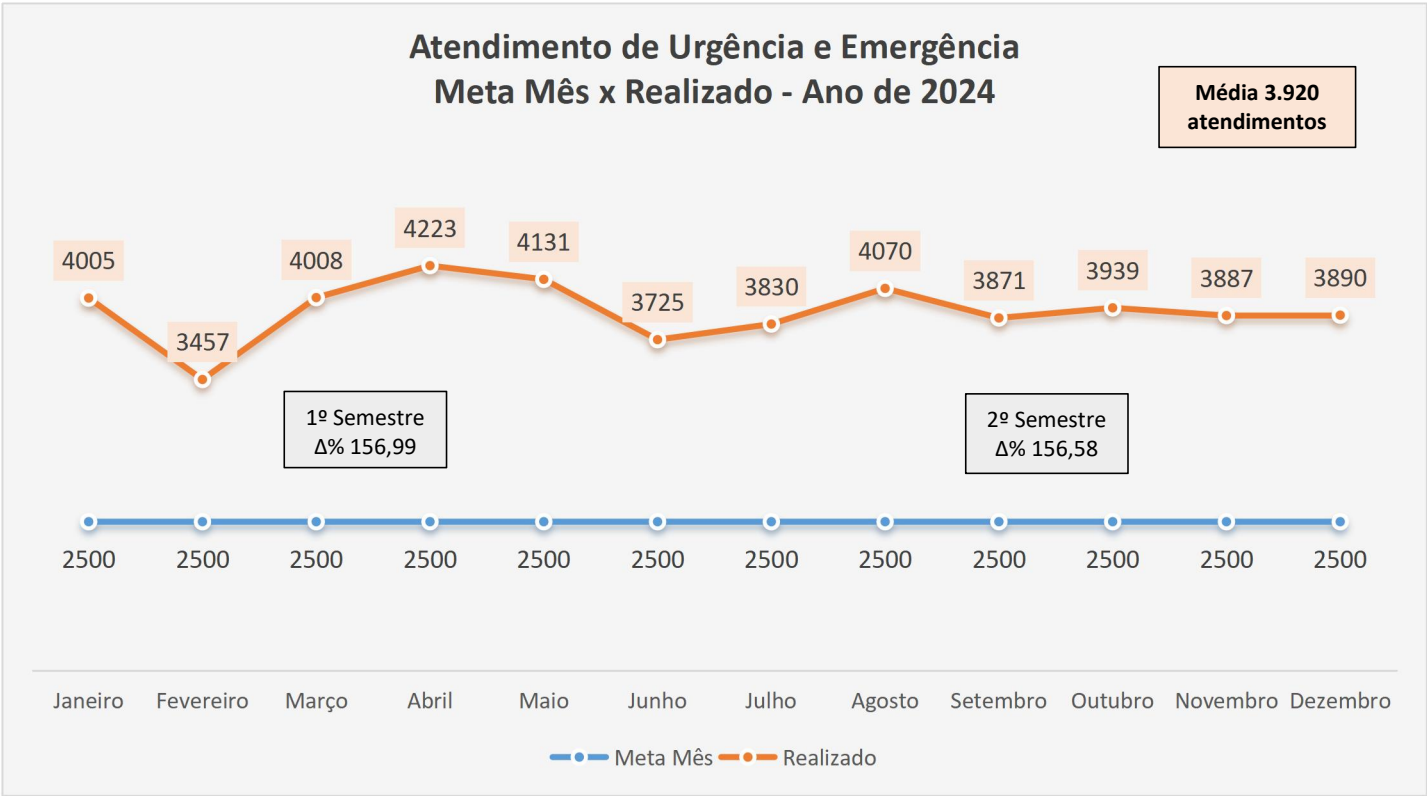
Quadro 01: Atendimento de Urgência e Emergência, por semestre - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

No Quadro 02, segue o quantitativo mensal de atendimentos de Urgência e Emergência realizados pelo HRTGB no ano de 2024.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - Ano de 2024													
Atendimentos	Meta Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Atendimento de urgência e emergência em atenção especializada adulto	2.500	3.559	3.121	3.589	3.830	3.707	3.268	3.236	3.620	3.470	3.539	3.535	3.437
Cirurgia de urgência e emergência		446	336	419	393	424	457	594	450	401	400	352	453
TOTAL	2.500	4.005	3.457	4.008	4.223	4.131	3.725	3.830	4.070	3.871	3.939	3.887	3.890

Quadro 02: Atendimento de Urgência e Emergência - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

A seguir, apresenta-se a representação gráfica dos atendimentos de de Urgência e Emergência da unidade gerenciada no ano de 2024, comparando a meta mensal com o realizado em cada mês.



O hospital realizou uma média mensal de aproximadamente 3.920 atendimentos de Urgência e Emergência. No 1º semestre de 2024, a unidade atingiu 156,99% da meta contratada, executando volume superior ao previsto e alcançando 100% do peso percentual da atividade, resultando na obtenção integral do valor à modalidade. A aferição financeira de Metas de Produção Assistencial referente ao 1º semestre encontra-se no Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

Para o 2º semestre de 2024, foram contratados 29.880 atendimentos de Urgência e Emergência e a unidade realizou 32.853 atendimentos, atingindo 156,58% da meta pactuada, portanto ultrapassando o volume contratado para o período e permanecendo dentro dos parâmetros estabelecidos. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial relativa ao 2º semestre consta do Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre do ano de exercício.

Este Relatório de Avaliação Anual de 2024 apresenta um compilado dos dados já divulgados nos relatórios trimestrais, desta forma, não trará novamente as aferições financeiras.



4.2 Assistência Hospitalar – Internação

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **600 (seiscentas) saídas hospitalares** com variação de  $\pm 10\%$ , que foram avaliadas conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira.

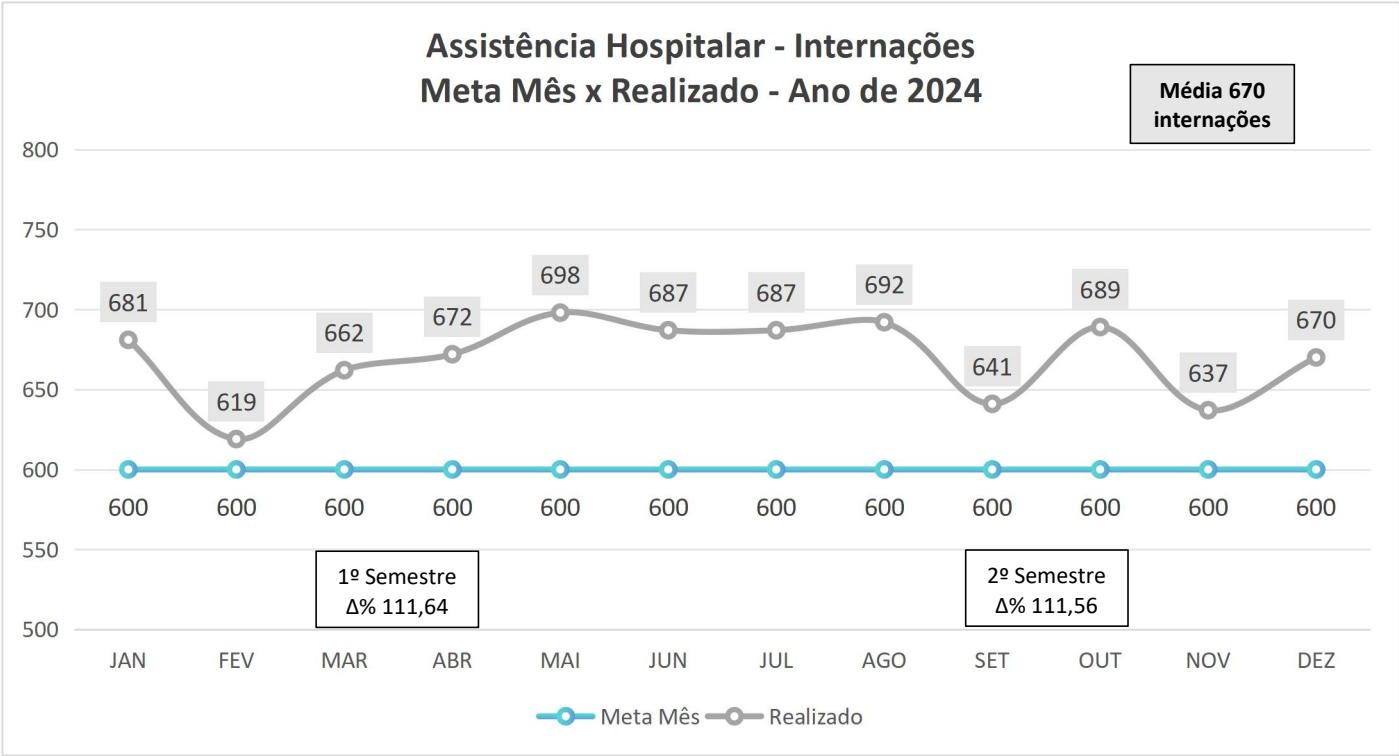
No Quadro 03, apresenta-se o resumo das internações hospitalares de acordo com volume total contratado e o realizado, juntamente com o percentual de cumprimento de meta, no ano de 2024, separados por semestre.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - Ano de 2024																
CLÍNICAS	Meta Mês	Contratado Semestre	1º SEMESTRE DE 2024							2º SEMESTRE DE 2024						
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
Clínica Cirúrgica	210	1.260	238	237	226	239	225	232	1.397	220	234	189	212	201	180	1.236
Clínica Médica	210	1.260	216	170	208	232	244	252	1.322	265	262	238	227	225	269	1.486
Oncologia Clínica	70	420	15	8	12	11	11	8	396	12	8	14	17	17	21	396
Oncologia Cirúrgica			63	61	56	53	44	54		63	53	55	47	55	34	
Clínica Gineco / Obstetrícia	60	360	94	85	97	79	101	87	543	68	82	94	80	75	98	497
Clínica Pediátrica	50	300	55	58	63	58	72	54	361	29	53	51	106	64	68	401
TOTAL	600	3.600	681	619	662	672	698	687	4.019	687	692	641	689	637	670	4.016
Δ%			111,64%							111,56%						

Quadro 03: Internações Hospitalares - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

O Gráfico 02 demonstra a quantidade mensal contratada e realizada, bem como o percentual de alcance da meta para o serviço de Assistência Hospitalar - Internações, por semestre, no ano de 2024.

Gráfico 02



Nas Internações Hospitalares do ano de 2024, a unidade registrou uma média aproximada de 670 internações mensais. No 1º semestre, atingiu 111,64% da meta contratada, alcançando 100% do valor destinado para a modalidade. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial desse período encontra-se no Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

No 2º semestre de 2024, a unidade atingiu 111,56% da meta, realizando volume superior ao contratado para o período e, portanto, permanecendo dentro da meta pactuada. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse semestre consta do Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre do ano de exercício.

Este Relatório de Avaliação Anual de 2024 apresenta um compilado dos dados já divulgados nos relatórios trimestrais e, dessa forma, não trará novamente as aferições financeiras.

4.3 Atendimento Ambulatorial

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **4.114 (quatro mil, cento e quatorze mil reais) consultas e procedimentos**, observando a variação de  $\pm 10\%$ , que foram avaliados conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira.

Nos Quadros 04 e 05, apresenta-se o quantitativo realizado pelo Hospital por especialidade, no Ano de 2024.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - Ano de 2024																
ESPECIALIDADES MÉDICAS	Meta Mês	Contratado Semestre	1º SEMESTRE DE 2024							2º SEMESTRE DE 2024						
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
Anestesiologia	60	360	78	110	91	92	101	107	579	125	127	107	136	102	79	676
Cardiologia	240	1.440	154	225	230	204	222	189	1.224	181	237	172	218	154	163	1.125
Cirurgia Geral	140	840	240	215	242	215	216	238	1.366	267	251	212	189	177	165	1.261
Cirurgia Vascular	150	900	171	142	153	139	162	161	928	136	139	154	145	143	154	871
Clínica Médica Geral	8	48	8	10	6	7	3	10	44	5	12	5	7	4	7	40
Gastroenterologia	50	300	57	40	51	42	40	41	271	48	33	51	58	48	28	266
Ginecologia/Obstetrícia	70	420	74	55	60	63	57	58	367	44	37	44	34	42	45	246
Hepatologia	30	180	19	27	25	26	27	30	154	28	26	15	13	14	26	122
Infectologia	70	420	66	68	50	53	48	77	362	36	52	53	60	45	42	288
Mastologia	20	120	31	14	15	15	17	22	114	16	15	19	17	16	17	100
Neurocirurgia	20	120	22	17	19	22	13	20	113	22	24	19	20	18	23	126
Neurologia	40	240	55	43	41	72	54	59	324	53	45	63	77	65	54	357
Oftalmologia	605	3.630	502	426	477	524	436	485	2.850	650	465	511	549	428	441	3.044
Oncologia Clínica	800	4.800	827	703	801	858	787	732	4.708	805	828	767	880	789	745	4.814
Oncologia Cirúrgica			258	230	278	250	205	192	1.413	218	197	205	214	177	201	1.212
Ortopedia/Traumatologia	200	1.200	748	546	620	572	625	565	3.676	730	613	578	537	496	481	3.435
Otorrinolaringologia Adulta	50	300	113	136	130	142	149	153	823	157	148	141	164	133	134	877
Otorrinolaringologia Pediátrica	40	240	42	40	38	37	38	38	233	36	32	30	42	38	26	204
Pediatria	20	120	145	118	110	108	78	65	624	60	73	56	59	54	50	352
Pneumologia	40	240	89	23	25	41	29	19	226	21	22	32	37	41	19	172
Proctologia	80	480	16	15	35	29	19	19	133	29	32	24	28	28	18	159
Urologia	60	360	76	83	70	70	76	42	417	68	67	46	83	44	50	358
Sub Total	3.333	19.998	3.791	3.286	3.567	3.581	3.402	3.322	20.949	3.735	3.475	3.304	3.567	3.056	2.968	20.105
Δ%			104,76%							100,54%						

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	Meta Mês	Contratado Semestre	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
Procedimentos Oftalmológicos (fotocoagulação a laser, outros...)	30	180	40	42	54	48	35	33	252	28	46	20	29	23	36	182
Procedimentos de Quimioterapia (nº de sessões)	360	2.160	460	448	427	466	467	458	2.726	491	477	476	499	488	476	2.907
Sub Total	390	2.340	500	490	481	514	502	491	2.978	519	523	496	528	511	512	3.089
Δ%			127,26%							132,01%						
CONSULTAS NÃO MÉDICAS	Meta Mês	Contratado Semestre	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
Bucomaxilofacial	6	36	10	16	5	7	12	4	54	11	8	6	4	7	4	40
Fonoaudiologia	180	1.080	237	189	168	202	199	189	1.184	146	180	169	167	69	119	850
Nutrição Clínica	15	90	20	20	17	22	18	25	122	14	20	19	19	16	15	103
Psicologia	190	1.140	162	207	203	312	284	269	1.437	181	212	181	173	157	125	1.029
Sub Total	391	2.346	429	432	393	543	513	487	2.797	352	420	375	363	249	263	2.022
Δ%			119,22%							86,19%						

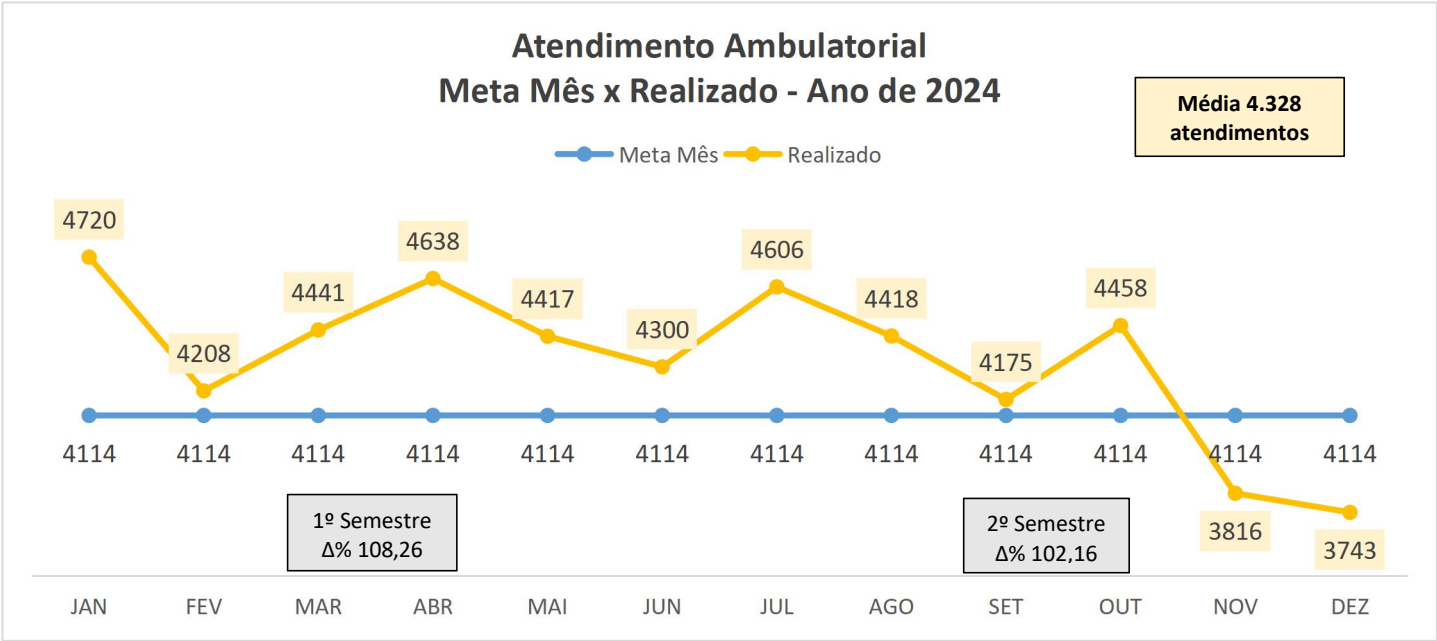
Quadro 04: atendimentos Ambulatoriais, por especialidade - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

RESUMO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL - Ano de 2024														
ESPECIALIDADES	Meta Mês	Contratado Semestre	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Consultas Médicas	3.333	19.998	3.791	3.286	3.567	3.581	3.402	3.322	3.735	3.475	3.304	3.567	3.056	2.968
Procedimentos Ambulatoriais	390	2.340	500	490	481	514	502	491	519	523	496	528	511	512
Consultas não médicas	391	2.346	429	432	393	543	513	487	352	420	375	363	249	263
Total	4.114	24.684	4.720	4.208	4.441	4.638	4.417	4.300	4.606	4.418	4.175	4.458	3.816	3.743
Δ%			1º SEMESTRE DE 2024 = 108,26%						2º SEMESTRE DE 2024 = 102,16%					

Quadro 05: Atendimento Ambulatorial - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

O gráfico 03, demonstra o comparativo entre a meta mensal e o quantitativo realizado no ano de 2024 para os Atendimentos Ambulatoriais.

Gráfico 03



Os Atendimentos Ambulatoriais no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso no Ano de 2024 totalizaram aproximadamente 4.328 atendimentos.

No 1º semestre, a unidade realizou 26.724 atendimentos e atingiu 108,26% da meta contratada, alcançando 100% do valor destinado ao serviço. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse período consta do Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

No 2º semestre de 2024 a unidade realizou 25,216 atendimentos e alcançou 102,16% da meta, atingindo igualmente 100% do valor destinado ao serviço. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente ao 2º semestre está registrada no Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre do ano de exercício.

Este Relatório de Avaliação Anual de 2024 apresenta um compilado dos dados já divulgados nos relatórios trimestrais e, portanto, não trará novamente as aferições financeiras.

4.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo - SADT

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de 3.110 (três mil, cento e dez reais) exames, observando a variação ± 15%, que foram avaliados conforme sistemática de pagamento e regras para aferição financeira.

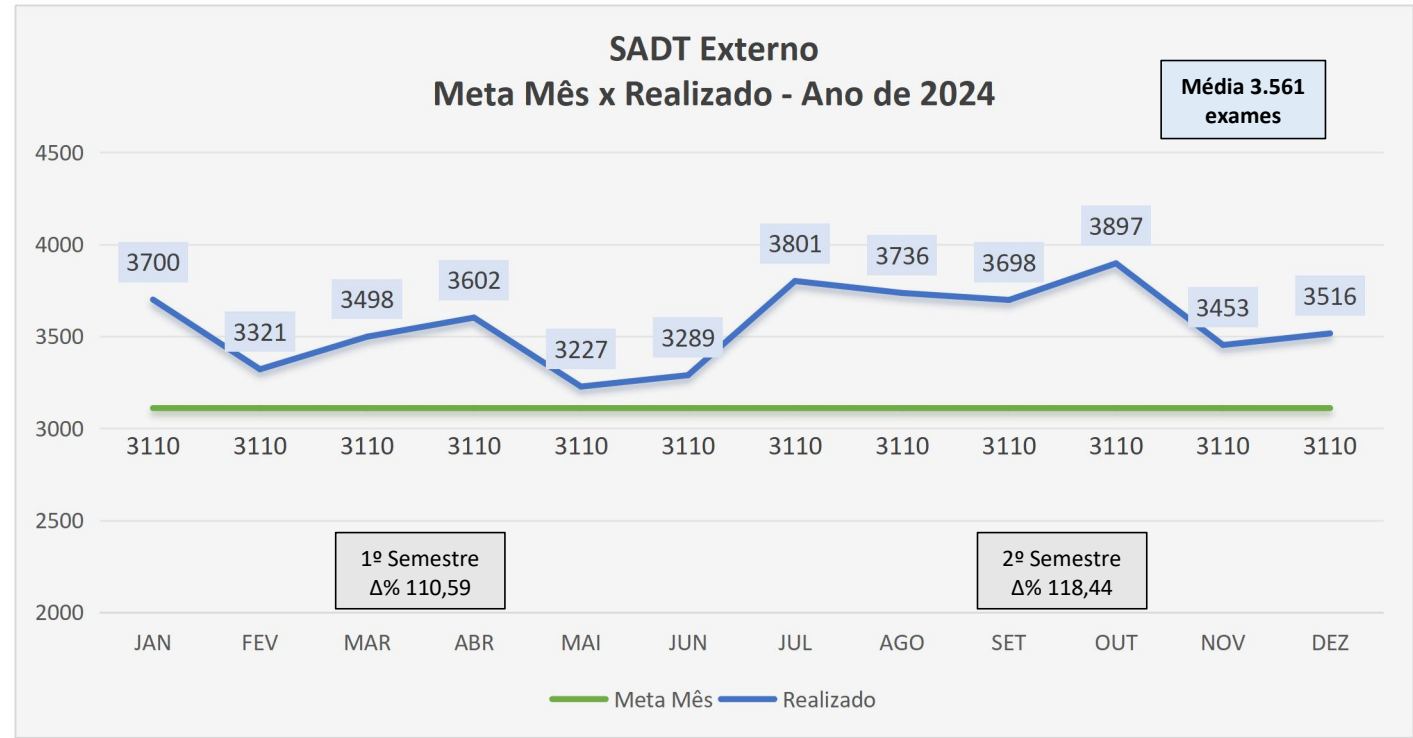
Segue no quadro 06, a quantidade de exames realizados no HRTGB durante o Ano de 2024.

SADT EXTERNO - Ano de 2024													
EXAMES	Meta Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Colonoscopia	100	89	87	72	110	77	98	113	94	98	90	79	79
Endoscopia	250	220	221	205	236	246	192	228	227	231	234	221	217
Exames de Anatomia Patológica	500	710	816	723	799	739	786	916	895	895	950	913	802
Mamografia	250	213	212	212	210	236	222	220	248	248	247	229	214
Radiologia	1.000	1.476	1.148	1.202	1.245	1.061	1.171	1.351	1.285	1.275	1.250	1.151	1.161
Retinografia Colorida Binocular	10	13	8	4	9	7	3	9	17	8	8	0	9
Tomografia/Angiotomografia	400	509	347	490	384	363	392	446	454	427	437	403	525
Ultrassonografia	600	470	482	590	609	498	425	518	516	516	681	457	509
TOTAL	3.110	3.700	3.321	3.498	3.602	3.227	3.289	3.801	3.736	3.698	3.897	3.453	3.516
Δ%	1º SEMESTRE DE 2024 = 110,59%							2º SEMESTRE DE 2024 = 118,44%					

Quadro 06: SADT Externo - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

O gráfico 04, apresenta os exames do SADT Externo realizados pelo HRTGB, mostrando o comparativo entre a meta mensal e o realizado ao longo do Ano de 2024.

Gráfico 04



A média de exames realizados no SADT Externo no ano de 2024 foi de aproximadamente 3.561 exames. No 1º semestre, a unidade atingiu 110,59% da meta, realizando volume superior ao contratado e cumprindo a meta pactuada. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse período consta do Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

No 2º semestre de 2024, a unidade alcançou 118,44% da meta, novamente executando volume acima do contratado para o período. A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente ao 2º semestre encontra-se no Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre do ano de exercício.

Este Relatório de Avaliação Anual de 2024 apresenta um compilado dos dados já divulgados nos relatórios trimestrais e, portanto, não trará novamente as aferições financeiras.

4.5 Resumo dos Resultados da Produção Assistencial

O Quadro 07 demonstra a relação entre a meta total contratada, por semestre, e o total realizado pelo Hospital, apresentando a variação percentual de cumprimento de meta para cada modalidade.

RESUMO DOS RESULTADOS DAS METAS DE PRODUÇÃO - Ano de 2024						
MODALIDADE	META MÊS	Contratado Semestre	Realizado 1º SEMESTRE	Δ%	Realizado 2º SEMESTRE	Δ%
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	2.500	15.000	23.549	156,99%	23.487	156,58%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	600	3.600	4.019	111,64%	4.016	111,56%
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	4.114	24.684	26.724	108,26%	25.216	102,16%
SADT EXTERNO	3.110	18.660	20.637	110,59%	22.101	118,44%

Quadro 07: Resumo da Produção Assistencial - Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES nº 208899/2024 e 98167/2025.

5. RESULTADO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade, estes poderão ser reavaliados trimestralmente, ou seja, alterados ou introduzidos novos indicadores, considerando o desenvolvimento da gestão, a complexidade do Hospital e a inserção de novas tecnologias em saúde (pág. 42 do CG 07/2023).

Os Indicadores de Qualidade (IQ) medem aspectos relacionados à eficiência dos processos de trabalho e à satisfação dos usuários, fornecendo subsídios para a implementação de ações para melhoria contínua do atendimento. Os IQ deverão ser enviados mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente à Gerência de Acompanhamento e Execução das Metas Contratuais - GAEMC.



A seguir estão os indicadores que compõem as “Metas Qualitativas”, avaliados no Ano de 2024, de acordo com as informações validadas e encaminhadas pela GAEMC através dos Processos Digitais SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

5.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar no mês. Espera-se que o número de AIH’s apresentadas seja igual ou maior que o volume de saídas hospitalares.

No Quadro 07, apresenta-se o resultado deste indicador no Ano de 2024, com base nas informações validadas pela GAEMC.

IQ I - APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
META: atingir 100% de todas as AIH’s autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês.					
Indicador	Meta Mensal	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº de AIH’s apresentadas à GEMAPS	100%	2.022	2.163	2.120	2.150
Nº de Saídas Hospitalares informadas pelo Hospital no mês		1.962	2.057	2.020	1.996
Δ%		103,06%	105,15%	104,95%	107,72%

Quadro 07: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar no Ano de 2024.

Fonte: Relatório GAEMC - SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

5.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) tem por finalidade avaliar o nível de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes sobre o atendimento do Hospital, através da aplicação de um questionário padrão, que avalia a percepção do usuário sobre a estrutura, limpeza, nutrição e o atendimento dos profissionais.

Este indicador será avaliado mensalmente, em 04 (quatro) Grupos de Usuários a serem pesquisados, por meio do *percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados*, bem como, por meio do *nível geral de satisfação dos usuários*.

Nos Quadros 08 e 09, apresentam-se os resultados deste indicador, com a avaliação de cumprimento de meta realizada pela GAEMC, referente ao Ano de 2024.



IQ II - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
a) Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados em cada grupo					
META: atingir o percentual mínimo de pacientes/acompanhantes entrevistados em cada grupo de usuário.					
Urgência e Emergência	Meta Mensal	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº Total de Pacientes Atendidos	3%	10.269	11.125	10.327	10.502
Nº Total de Avaliações Realizadas		677	491	571	604
Δ%		6,59%	4,41%	5,53%	5,75%
Pacientes Internados	Meta Mensal	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº Total de Pacientes Atendidos	10%	1.970	2.015	2.028	1.989
Nº Total de Avaliações Realizadas		430	395	358	394
Δ%		21,83%	19,60%	17,65%	19,81%
Ambulatório ou SADT Externo	Meta Mensal	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº Total de Pacientes Atendidos	3%	14.067	13.126	13.066	1.989
Nº Total Avaliações Realizadas		1.162	996	877	394
Δ%		8,26%	7,59%	6,71%	7,80%
Após Alta Hospitalar	Meta Mensal	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº Total de Pacientes Atendidos	10%	1.941	2.031	2.000	1.996
Nº Total de Avaliações Realizadas		451	502	384	381
Δ%		23,24%	24,72%	19,20%	19,09%

Quadro 08: Pesquisa de Satisfação - Percentual de Pacientes/Acompanhantes Entrevistados no Ano de 2024.  
 Fonte: Relatório GAEMC - SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

IQ III - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
b) Nível de Satisfação Geral					
META: o nível de satisfação geral do hospital deverá ser igual ou maior que 90% (noventa por cento).					
Questionário	Meta Mensal	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº de manifestações registradas	90%	11.641	9.536	12.587	21.321
Nº de manifestações com "Muito Satisfeito + Satisfeito"		11.641	9.359	12.136	20.800
Δ%		98,48%	98,14%	96,42%	97,56%

Quadro 09: Pesquisa de Satisfação - Nível de Satisfação no Ano de 2024.  
 Fonte: Relatório GAEMC - SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

### 5.3 Controle de Infecção Hospitalar (IH)

“A Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (Portaria GM/MS nº 2.616/1998). Os Indicadores de Controle de IH têm por finalidade avaliar a qualidade da assistência na prevenção e controle das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.

No Quadro 10, apresenta-se o resultado deste indicador, conforme informações fornecidas pela GAEMC, referente ao Ano de 2024.

IQ III - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (IH)				
<b>META:</b> enviar o relatório mensal, elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da unidade, que contenha o valor dos indicadores mensais, a análise dos resultados com o comparativo de referência e o plano de ação com as medidas de correção e controle, quando se fizerem necessárias. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro e médico infectologista do serviço.				
Indicadores	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Taxa de Infecção Geral Hospitalar	1,26%	1,46%	1,34%	1,85%
Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto	14,62	20,16	18,82	20,04
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC) em UTI Adulto	0.00	3,35	1,89	1,23
Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	54,68%	69,73%	55,71%	69,82%

Quadro 10: Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar no Ano de 2024.  
Fonte: Relatório GAEMC - SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

### 5.4 Mortalidade Operatória e Hospitalar

Os Indicadores de Mortalidade serão medidos através da Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) pela Classificação ASA e Taxa de Mortalidade Institucional (TM). A Classificação do Estado Físico da ASA, segue os critérios adotados pela classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5.

No Quadro 11, apresenta-se o resultado das taxas de mortalidade da unidade, referente ao Ano de 2024, com base na avaliação realizada pela GAEMC.

IQ IV - INDICADORES DE MORTALIDADE				
<b>META:</b> enviar o relatório mensal, elaborado pela Comissão de Óbito do Hospital, com a análise dos resultados da TMO e TM, com o comparativo de referência, devidamente assinado pelos seus membros.				
Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
ASA I = 0 a 0,1%	0,32%	0,00%	0,00%	0,00%
ASA II = 0,3 a 5,4%	0,14%	0,41%	0,56%	0,25%
ASA III = 1,8 a 17,8%	6,54%	7,22%	5,30%	6,25%
ASA IV = 7,8 a 65,4%	11,11%	24,54%	20,95%	26,98%
ASA V = 9,4 a 100%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%
Taxa de Mortalidade Institucional (TM)	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº de óbitos após de 24 horas de admissão no hospital no mês	24	29	30	81
Nº de saídas hospitalares no mês	654	686	673	1996
<b>Taxa de Mortalidade Institucional</b>	<b>3,72%</b>	<b>4,18%</b>	<b>4,41%</b>	<b>4,06%</b>

Quadro 11: Indicadores de Mortalidade no Ano de 2024.

Fonte: Relatório GAEMC - PSES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

### 5.5 Segurança do Paciente

Indicadores de Segurança do Paciente são medidas que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes.

No Quadro 12, apresenta-se o resultado deste indicador, com base nos dados avaliados pela GAEMC, referente ao Ano de 2024.

IQ V - INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE				
<b>META:</b> enviar o relatório mensal, elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com o resultado mensal do índice de LPP nas UTI's Adulto e o comprovante da notificação do evento adverso, quando ocorrer, no sistema de monitoramento do MS. O relatório deverá estar assinado pelo enfermeiro responsável e Diretor Geral do Hospital. Também deverá ser enviado o registro de treinamento trimestral de protocolos de segurança do paciente e outros treinamentos relacionados.				
Indicador	1º Trimestre de 2024	2º Trimestre de 2024	3º Trimestre de 2024	4º Trimestre de 2024
Nº de notificações de LPP na UTI no mês	4,67	6	26	17
Nº de pacientes em risco para LPP no mês	42,00	39	138	108
Indicador de Incidência de Lesão (LPP) na UTI	10,60%	16,93%	18,84%	15,74%

Quadro 12: Indicadores de Segurança do Paciente no Ano de 2024.

Fonte: Relatório GAEMC - SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025.

## 5.6 Análise dos Indicadores de Qualidade

De acordo com as informações enviadas pelo HRTGB, referentes ao Ano de 2024, e validadas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC) por meio do Processos Digitais SES 136205/2024, 208899/2024, 311307/2024 e 98167/2025, considera-se que houve o cumprimento das metas referentes aos Indicadores Apresentação de AIH, Pesquisa de Satisfação do Usuário, Controle de Infecção Hospitalar, Taxa de Mortalidade Operatória e Segurança do Paciente.

## 6. REGRAS PARA PAGAMENTO

Conforme o Anexo Técnico III, que descreve a sistemática de pagamento para o Contrato de Gestão 07/2023, o orçamento inicial pactuado para o gerenciamento do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso foi de R\$ 5.561.423,96 (cinco milhões, quinhentos e sessenta e um mil, quatrocentos e vinte e três reais e noventa e seis centavos), sendo este valor repassado mensalmente pelo Órgão Supervisor (pág. 48 do CG 07/2023).

O valor do custeio mensal é composto por uma parte fixa equivalente a 60% e uma parte variável, referente às metas de Produção Assistencial e os Indicadores de Qualidade, que correspondem a 40% do orçamento mensal, sobre o qual poderão incidir descontos pelo não cumprimento de metas.

Caso a EXECUTORA se manifeste favorável, poderá reservar até 2% para fins de investimento, assim o valor da parte variável corresponderá a 38% ou 39% do valor do custeio mensal. O percentual para investimentos, se refere à aquisição de bens permanentes e adequações físicas, em conformidade com o estabelecido no Decreto nº 1.323, de 21 de dezembro de 2012, ou legislação que vier a substituí-lo (pág. 48 do CG 07/2023).

O valor da parte variável será distribuído da seguinte forma:

DISTRIBUIÇÃO DO VALOR VARIÁVEL	PERÍODO DE AFERIÇÃO
70% para as Metas de Produção Assistencial	Semestral no Ano de exercício
30% para os Indicadores de Qualidade	Trimestral no Ano de exercício

Fonte: CG nº 07/2023, pág. 48.

O valor de 70% da parte variável do custeio mensal será distribuído entre as modalidades assistenciais e corresponde ao cumprimento das Metas de Produção Assistencial (MP), como segue:

MODALIDADES ASSISTENCIAIS	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL - MP
Atendimento de Urgência e Emergência	15%
Assistência Hospitalar	40%
Atendimento Ambulatorial	30%
SADT Externo	15%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fonte: CG nº 07/2023, págs. 48 - 49.

O valor de 30% da parte variável do custeio mensal será distribuído entre os Indicadores de Qualidade e corresponde ao cumprimento das Metas Qualitativas, como segue:

INDICADORES DE QUALIDADE	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL - IQ
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	20%
PSU - N° de Pesquisas Realizadas	10%
PSU - Nível de Satisfação Geral do Usuário	10%
Controle de Infecção Hospitalar	20%
Mortalidade Operatória e Hospitalar	20%
Segurança do Paciente	20%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fonte: CG nº 07/2023, pág. 49.

As metas de Produção Assistencial serão aferidas financeiramente a cada 6 meses e os Indicadores de Qualidade a cada 3 meses. A repactuação das MP e IQ poderão ocorrer a qualquer momento, através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, caso condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem sobre as atividades realizadas pelo Hospital (pág. 49 do CG 07/2023).

## 6.1 Regras para Aferição Financeira da Produção Assistencial

A Aferição Financeira das Metas de Produção Assistencial ocorrerá a cada seis meses e refere-se à verificação do percentual de cumprimento das metas resultante da relação entre os serviços contratados, os resultados alcançados e as regras para pagamento constantes no CG 07/2023, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades pactuadas, oferta de serviços e demanda, identificando possíveis descontos por não cumprimento de meta (págs. 49-50 do CG 07/2023).

As Metas de Produção para: Assistência Hospitalar, Atendimento Ambulatorial e SADT Externo serão aferidas de forma global, desde que todas as clínicas, especialidades e exames contratados na modalidade, com meta individual determinada, tenham o cumprimento da meta mês igual ou acima de 50% do volume pactuado.

Caso a unidade realize igual ou abaixo de 49,99% da meta estabelecida em alguma atividade, a aferição financeira deixará de ser global naquela modalidade e será realizada por atividade, considerando o seu peso percentual, de acordo com o Anexo Técnico II, excetuando-se as situações devidamente comprovadas de vagas ofertadas à Central de Regulação através do SISREG e ausência de demanda no período para o Hospital (pág. 50 do CG 07/2023).

O Quadro a seguir define o pagamento dos serviços realizados conforme o percentual de cumprimento de meta resultante da relação entre a quantidade contratada, a quantidade realizada para cada modalidade e a avaliação entre a oferta e a demanda, devidamente comprovadas pela Central de Regulação:

MODALIDADES	CUMPRIMENTO DA META	VALOR A PAGAR
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Menos que 70% do volume contratado	70% do valor da atividade
<b>INTERNAÇÃO</b>	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 89,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Entre 50% e 69,99% do volume contratado	70% do valor da atividade
	Menos que 50% do volume contratado	0% do valor da atividade
<b>AMBULATÓRIO</b>	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 89,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Entre 50% e 69,99% do volume contratado	70% do valor da atividade
	Menos que 50% do volume contratado	0% do valor da atividade
<b>SADT EXTERNO</b>	Acima do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do valor da atividade
	Menos que 70% do volume contratado	70% do valor da atividade

Fonte: CG nº 07/2023, págs. 50-51.

## 6.2 Regras para Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade

A Aferição Financeira dos Indicadores de Qualidade ocorrerá a cada três meses e refere-se à verificação do cumprimento dos indicadores contratados, avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades e suas respectivas regras para pagamento, identificando possíveis descontos por não cumprimento de meta (pág. 50 do CG 07/2023).

O Quadro abaixo, define o pagamento dos Indicadores de Qualidade, conforme o percentual de cumprimento de meta resultante da relação entre a quantidade ou regra estabelecida para cada indicador.

INDICADORES	CUMPRIMENTO DA META	VALOR A PAGAR
<b>APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	Acima do volume pactuado	100% do valor do indicador
	Entre 90% e 100% do volume	100% do valor do indicador
	Entre 70% e 89,99% do volume	90% do valor do indicador
	Entre 50% e 69,99% do volume	70% do valor do indicador
	Menos de 50% do volume	0% do valor do indicador
<b>PSU - QUANTIDADE DE ENTREVISTADOS</b>  <b>PSU - NÍVEL DE SATISFAÇÃO</b>	Acima do volume pactuado	100% do valor do indicador
	Entre 90% e 100% do volume	100% do valor do indicador
	Entre 70% e 89,99% do volume	90% do valor do indicador
	Entre 50% e 69,99% do volume	70% do valor do indicador
	Menos de 50% do volume	0% do valor do indicador
<b>CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>	Relatório enviado conforme solicitado	100% do valor do indicador
	Relatório enviado incompleto	90% do valor do indicador
	Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador
<b>MORTALIDADE OPERATÓRIA</b>	TMO dentro dos parâmetros e recomendações da ANS (nov./2012) e Relatório conforme solicitado	100% do valor do indicador
	Relatório enviado incompleto	90% do valor do indicador
	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação da ANS (nov./2012) e Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador
<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	Relatório enviado conforme solicitado	100% do valor do indicador
	Relatório enviado incompleto	90% do valor do indicador
	Relatório não enviado no prazo	0% do valor do indicador

Fonte: CG nº 07/2023, págs. 50-51.

## 7. PARECER CONCLUSIVO

Analisando as metas pactuadas com a Organização Social Instituto Santé, estabelecidas por meio do CG nº 07/2023 e seus Anexos Técnicos, e considerando as informações enviadas pelo Hospital Regional Terezinha Gaio Basso - HRTGB, conclui-se que, no ano de 2024, houve o cumprimento integral de todos os Indicadores de Qualidade contratados, não havendo impacto financeiro para o período.

Em relação às Metas de Produção Assistencial, verifica-se que, no 1º semestre de 2024, houve o cumprimento acima de 100% nos serviços de Atendimento de Urgência e Emergência (156,99%), Assistência Hospitalar (111,64%), Atendimento Ambulatorial (108,26%) e SADT Externo (110,59%). A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse período consta do Relatório de Avaliação de Execução do 2º trimestre do ano de exercício.

No 2º semestre de 2024, identifica-se o cumprimento de meta acima de 100% nos serviços de Atendimento de Urgência e Emergência (156,58%), Assistência Hospitalar (111,56%), Atendimento Ambulatorial (100,54%) e SADT Externo (118,44%). A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial referente a esse período consta do Relatório de Avaliação de Execução do 4º trimestre do ano de exercício.

Este Relatório de Avaliação Anual de 2024 apresenta um compilado dos dados já divulgados nos relatórios trimestrais e, portanto, não trará novamente as aferições financeiras.

Com o objetivo de controlar o cumprimento das metas pactuadas e acompanhar o desempenho das atividades assistenciais prestadas pela Executora aos usuários da unidade, encaminhamos este relatório para análise e aprovação da Comissão de Avaliação, Fiscalização e Monitoramento (CAF), constituída para o acompanhamento do contrato de gestão do HRTGB/IS.

*(Assinado Digitalmente)*

Ana Paula Falácio

Juliana Bosa de Vasconcelos Moreira

Membros Assistentes da Comissão de Avaliação, Fiscalização e Monitoramento - CAF

Superintendência das Organizações Sociais e Terceiro Setor - SUT

MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO - CAF  
CONTRATO DE GESTÃO nº 07/2023

Portaria nº 1345 de 07/10/2025

**I - Representante da Secretaria de Estado da Saúde de SC:**

Nicolli Martins Maciel, como Titular e Presidente.



**II - Representante da Sociedade Civil indicado pelo Conselho Estadual de Saúde:**

Agostinho Luiz Schiochetti, como Titular.

**III - Representante da Regional de Saúde de São Miguel do Oeste:**

Andréia Lopes, como Titular.

**IV - Representante da Regulação da Secretaria de Estado da Saúde:**

Elen Débora Brinker Siqueira, como Titular.



## Assinaturas do documento



Código para verificação: **FJ7IL485**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **JULIANA BOSA DE VASCONCELOS MOREIRA** (CPF: 035.XXX.149-XX) em 28/11/2025 às 17:31:04  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 05/06/2023 - 16:17:12 e válido até 05/06/2123 - 16:17:12.  
(Assinatura do sistema)
- ✓ **ANA PAULA FALÁCIO** (CPF: 029.XXX.779-XX) em 01/12/2025 às 13:28:08  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/07/2022 - 18:38:06 e válido até 01/07/2122 - 18:38:06.  
(Assinatura do sistema)
- ✓ **NICOLLI MARTINS MACIEL** (CPF: 055.XXX.449-XX) em 02/12/2025 às 15:42:49  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/05/2023 - 13:56:33 e válido até 02/05/2123 - 13:56:33.  
(Assinatura do sistema)
- ✓ **ELEN DEBORA BRINKER SIQUEIRA** (CPF: 009.XXX.339-XX) em 03/12/2025 às 08:15:06  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2022 - 11:50:24 e válido até 13/07/2122 - 11:50:24.  
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAyNzgxNzNfMjgwNjYyXzlwMjVfRko3SUw0ODU=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00278173/2025** e o código **FJ7IL485** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.