

**PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL ANUAL – POA**

I – Considerações introdutórias

Em face da solicitação expressa do **CONVENIENTE** para que se promovesse a adequação da atividade hospitalar às disponibilidades de recursos públicos, as partes promovem o redimensionamento do Plano Operativo Assistencial – POA, nos termos que seguem.

Considerando que nos últimos anos, houve aumentos expressivos de custos sejam materiais, medicamentos;

Considerando que o Hospital optou em manter os serviços da UTI GERAL, e que o recurso repassado não é o suficiente para fazer frente as despesas, gerando mais custos a serem honrados pelo hospital;

Considerando o aumento expressivo na taxa ocupacional no Hospital;

Considerando que o recurso fixo federal se mantém os mesmo valores desde o início do funcionamento do Hospital;

Considerando o aumento da inflação nos últimos anos;

Diante disso, os serviços que eram prestados no POA anterior, precisou ser readequado para garantir os serviços prestados e o equilíbrio financeiro do Hospital.

Os serviços previstos neste Plano Operativo Assistencial – POA foram implementados respeitando os seguintes serviços:

1. **ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR** – R\$ 1.248.394,32 (um milhão duzentos e quarenta e oito mil, trezentos e noventa e quatro reais e trinta e dois centavos), com oferecimento dos serviços de ambulatório de especialidades, SADT (Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapia), Cirurgias Eletivas e Maternidade.
2. **LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA** – R\$ 142.197,91 (cento e quarenta e dois mil, cento e noventa e sete reais, noventa e um centavos), com implantação de 22 (vinte e dois) Leitos de Retaguarda Clínicos, da Política Nacional de Urgências e Emergência, sendo 11 (onze) Leitos Novos e 11 (onze) Leitos Qualificados.
3. **UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI** – R\$ 164.250,00 (cento e sessenta e quatro mil e duzentos e cinquenta reais), com a habilitação de 10 (dez) Leitos de UTI, conforme Portaria GM/MS no 220 de 27 de janeiro de 2022.

4. **TOTAL – 1.554.842,23** (um milhão, quinhentos e cinquenta e quatro mil, oitocentos e quarenta e dois reais e vinte e três centavos) repassado mensalmente pela Secretaria Municipal de Saúde e Secretário do Estado de Santa Catarina.

Este Plano Operativo Assistencial deverá ser revisto a partir do recebimento de incentivos financeiros não previsto nos serviços acima descrito. A Política Hospitalar Catarinense (PHC), assim que iniciado deverá respeitar as metas estabelecidas em Plano de Trabalho apresentados no momento da habilitação/credenciamento na PHC.



Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500



**PROGRAMA DE TRABALHO – DE 01 DE JUNHO DE 2022 A 30 DE MAIO DE 2023**

**1. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MENSAL EM SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**

| PRODUÇÃO: Serviços Ambulatório de Especialidades – Consultas                   |                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Serviços                                                                       | Quantidade Mensal      | Observação I                                                                                                                 | Observação II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Consultas Ambulatoriais – reguladas e agendadas via SISREG                     | <b>850</b>             | Considera-se consulta e retorno como 2 procedimentos na contagem de produção (todas as solicitações autorizadas via SISREG). | Dentro das seguintes especialidades: anestesiológica, cardiologista, cirurgia geral, cirurgia vascular, oftalmologia, urologia cirúrgica, proctologia cirúrgica, otorrinolaringologia cirúrgica, ortopedia cirúrgica, ginecologia cirúrgica, e outras de acordo com a necessidade apontada pela Central de Regulação de Biguaçu. |
| Consultas Ambulatoriais Pediatria                                              | <b>50 pediatriacas</b> | Médicos que atuam no CPN                                                                                                     | Necessidade da região: Consultas em pediatria.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>A oferta de consultas deve ser ofertada conforme necessidade da região.</b> |                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MENSAL EM SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS**

| PRODUÇÃO: SADT – EXAMES ELETIVOS E DIAGNÓSTICO |                                                                 |                                                                                |                                                                         |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Serviço                                        | Quantidade Mensal                                               | Observação I                                                                   | Observação II                                                           |
| Raio X Referenciado                            | Livre Demanda                                                   | Horário comercial, atendimento realizado durante as faltas do Raio X agendado. | Hospital contará com aparelhos de raio X fixo e móvel para atendimento. |
| Raio X Ambulatorial                            | 600 exames                                                      | Com agendamento realizado via SISREG.                                          | Hospital contará com aparelhos de raio X fixo e móvel para atendimento. |
| Anatomopatológico                              | Livre Demanda (referente a procedimentos cirúrgicos realizados) | Terceirizado                                                                   | Para pacientes internados                                               |

**Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

|                                                     |               |                                                                    |                                                                         |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Videonasofibroscopia                                | 30exames      | Realizado por profissional médico                                  | Exames ambulatorial agendado pelo SISREG                                |
| Eletrocardiograma                                   | Livre Demanda | Realizado por profissional de nível técnico em enfermagem          | Interpretado por profissional médico cardiologista                      |
| Laboratório de Análises Clínicas                    | Livre Demanda | Realizado por profissional de nível técnico de enfermagem          | Serviço 24h, destinados as demandas de atendimento internas do Hospital |
| Tomografia Referenciada (pacientes internados)      | Livre Demanda | Serviços destinados as demandas de atendimento interno do Hospital | Equipe Permanente contratada de Técnicos de Radiologia                  |
| Tomografia Ambulatorial                             | 100 exames    | Com agendamento realizado via SISREG.                              | Equipe permanente contatada para manuseio e laudo de TC                 |
| Exames Oftalmológicos Ambulatorial (pré-operatório) | 50 exames     | Exames pré-operatório                                              | Realizado pelo médico oftalmologista durante a consulta                 |

**3. PRODUÇÃO CIRÚRGICA MENSAL**

| PRODUÇÃO CIRURGIAS ELETIVAS |                                                                 |                                                                               |                                                                                                          |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Serviços                    | Quantidade Mensal                                               | Observação I                                                                  | Observação II                                                                                            |
| Cirurgias Eletivas          | 20<br>Obs: As cirurgias Eletivas serão realizadas também na PHC | Cirurgias Eletivas dentro das especialidades cirúrgicas ofertadas no Hospital | Realizadas Cirurgias de Caráter Hospitalar (AIH) e autorizados pela Central Estadual de Regulação (CER). |
| Cirurgias Catarata          | 70                                                              | Cirurgias Eletivas de Catarata                                                | Realizadas Cirurgias Caráter Ambulatorial (APAC) e autorizados pela Central de Regulação de Biguaçu.     |
| Tratamento Esclerosante     | 30                                                              | Tratamento de espuma com o Cirurgião Vascular                                 | Realizadas Cirurgias Caráter Ambulatorial (APAC) e autorizados                                           |

**Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500**

|  |  |  |                                             |
|--|--|--|---------------------------------------------|
|  |  |  | pela Central de<br>Regulação de<br>Biguaçu. |
|--|--|--|---------------------------------------------|

**Notas importantes sobre os atendimentos descritos acima:**

- Caso a **CONVENIADO** tenha incremento de novos recursos, não previsto neste Plano Operativo, novas metas deverão ser pactuadas pelo tempo que perdurar os novos recursos;
- A **CONVENIADA** disponibilizará agenda dos procedimentos cirúrgicos previamente a Central de Regulação do Estado e o agendamento de exames pré-operatório (raio X, ECG e exame de laboratório), após autorização de cirurgia pela Central Estadual, é de responsabilidade dos municípios (Centrais Reguladoras dos 24 municípios) que pertence o usuário autorizado, ou seja, os municípios deverão encaminhar os exames pré-operatórios realizados;
- A **CONVENIADA** deve comunicar a saída de médicos especialistas (atendimento ambulatorial) de seu quadro de profissional a Central de Regulação do município e efetuar a reposição do profissional médico especialista em um prazo mais rápido possível;

**4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MENSAL - MATERNIDADE**

| PRODUÇÃO: Internação pré-parto, parto e pós-parto (CPN) e atendimento obstétrico emergência |                                                       |                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Serviços                                                                                    | Quantidade Mensal                                     | Observação                                                                                                                                                |
| Produção do Serviço de Internação em pós-parto, atendimento no Centro de Parto Normal (CPN) | Demanda de pacientes espontânea.                      | Atendimento a gestante em trabalho de parto no Pronto Atendimento Obstétrico, CPN, Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico (pré-parto, parto e pós-parto) |
| Produção de atendimento obstétrico de emergência                                            | Demanda de pacientes espontânea.                      | Atendimento a gestante no Pronto Atendimento Obstétrico                                                                                                   |
| Atendimento Pediátrico no nascimento                                                        | Demanda de pacientes RN no parto e pós parto imediato | Atendimento ao nascimento do RN e eventuais pacientes que mantém em atendimento                                                                           |

Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500

## 5. PRODUÇÃO - LEITOS DE RETAGUARDA

| PRODUÇÃO: Internação em Clínica Médica Referenciada (em paciente dia)            |                                                                     |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Serviço                                                                          | Quantidade Mensal                                                   | Observação                                         |
| Produção do Serviço de Internação em Clínica Médica<br>(22 Leitos de Retaguarda) | Demanda de pacientes encaminhado pela Central de Regulação Estadual | Com prescrição diária através de 01 visita médica. |

### Notas sobre leitos de retaguarda

- a) Caso a média de internação for superior aos 7,5 dias devemos considerar a capacidade estrutural de atendimento para computar o número de paciente-dia;
- b) os recursos para esta etapa são oriundos da **Política Nacional de Urgência e Emergência (Leitos de Retaguarda)**, composto por valor fixo de R\$ 142.197,91 (sendo R\$ 85.318,75 mensais referentes a 11 leitos Novos e R\$56.879,16 mensais referentes a 11 leitos qualificados), conforme característica dos leitos;
- c) Caso o Estado ou a União repassem ao Fundo Municipal de Saúde, valores relativos ao faturamento da produção deste leito, o montante será repassado ao Hospital, como complemento de receita.

Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500



PREFEITURA DE  
**BIGUAÇU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**6. PRODUÇÃO MENSAL – LEITOS DE UTI GERAL**

| PRODUÇÃO: Internação em UTI GERAL                                                   |                                                                     |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Serviço                                                                             | Quantidade Mensal                                                   | Observação                                |
| Produção do Serviço de Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – 10 Leitos | Demanda de pacientes encaminhado pela Central de Regulação Estadual | Com equipe de enfermagem e equipe médica. |

**PLANILHA GERAL DO HOSPITAL REGIONAL HELMUTH NASS**

**VALORES DE REPASSE PARA HOSPITAL**

|                           | Valor Mensal            |
|---------------------------|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL MENSAL</b> | <b>R\$ 1.248.394,32</b> |

|                          | Valor Anual             |
|--------------------------|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL ANUAL</b> | <b>R\$14.980.731,84</b> |

**VALORES DE REPASSE REFERENTE AO LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA**

|                           | Valor Mensal          |
|---------------------------|-----------------------|
| <b>TOTAL GERAL MENSAL</b> | <b>R\$ 142.197,91</b> |

|                          | Valor Anual             |
|--------------------------|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL ANUAL</b> | <b>R\$ 1.706.374,92</b> |

**VALORES DE REPASSE REFERENTE A UTI**

|                           | Valor Mensal          |
|---------------------------|-----------------------|
| <b>TOTAL GERAL MENSAL</b> | <b>R\$ 162.250,00</b> |

|                          | Valor Anual             |
|--------------------------|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL ANUAL</b> | <b>R\$ 1.947.000,00</b> |

**TOTAL REPASSE RECEBIDO PELO HOSPITAL**

Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500

|                           |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------|
|                           | <b>Valor Mensal Segunda Etapa</b> |
| <b>TOTAL GERAL MENSAL</b> | <b>R\$ 1.554.842,23</b>           |

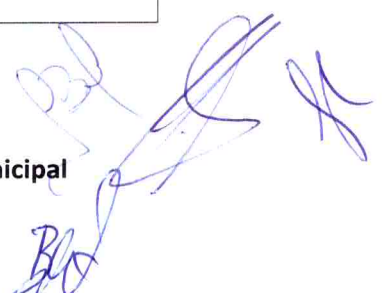
|                          |                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------|
|                          | <b>Valor Anual Segunda Etapa (em ano cheio)</b> |
| <b>TOTAL GERAL ANUAL</b> | <b>R\$ 18.658.106,76</b>                        |

#### REGRAS A SEREM SEGUIDAS

- O cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas neste plano operativo deverá ser avaliada pela Comissão Permanente de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão do Hospital Regional Helmuth Nass (nomeados no Decreto nº 059/2021 em 19 de abril de 2021, publicado no diário oficial do município Edição 3.478 de 22 de abril de 2021);
- As metas quantitativas poderão ser avaliadas mensalmente ou trimestralmente de acordo com critérios estabelecidos pela Comissão Permanente de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão do Hospital;
- O pagamento será proporcional ao percentual do cumprimento das metas observado o quadro a seguir:

|                                    | <b>ATIVIDADE REALIZADA</b>                | <b>VALOR A PAGAR</b>                                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1- CONSULTAS AMBULATORIAIS         | Entre 11 e 25% acima do volume contratado | De 111% a 125% x peso percentual da atividade x orçamento do Hospital |
| 2 - SADT – EXAMES                  | Até 10% acima de volume contratado        | 100% do peso percentual da atividade                                  |
| 3 - CONSULTAS CIRURGIA             | Entre 85% e 100% do volume contratado     | 100% do peso percentual da atividade                                  |
| 4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MENSAL –  | Entre 70% e 84,99% do volume contratado   | 90% x peso percentual das atividades x orçamento do Hospital          |
| MATERNIDADE                        | Menos que 70% do volume contratado        | 70% x peso percentual da atividade x orçamento Hospital               |
| 5. PRODUÇÃO - LEITOS DE RETAGUARDA |                                           |                                                                       |

Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, s/n – Anexo a Policlínica Municipal  
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290  
Telefone (48) 3039-8500



- d) No caso da avaliação quantitativa serem realizados trimestralmente, se necessário, os valores eventualmente pagos a maior no período, serão deduzidos no pagamento dos meses do período subsequente, de acordo com o percentual de cumprimento de metas;
- e) Se o cumprimento de metas quantitativos for abaixo de 50% (cinquenta por cento) do estipulado, ou 30% (trinta por cento) acima do estipulado, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, o plano operativo e os valores contratuais serão revistos;
- f) Os valores referentes a UTI, serão repassados mensalmente, independente de ocupação hospitalar e/ou serviços em funcionamento no Hospital;
- g) Para metas qualitativas avaliadas mensalmente haverá pagamento mensal de valores de acordo com alcance das metas, observado o que segue;
  - 1 – Manter em funcionamento as comissões previstas no convênio 004/2015 (CCIH, prontuários e óbitos, ética médica, padronização medicamentos), sendo apresentadas documentação de comprovação do funcionamento (os documentos devem conter: ata das reuniões – com no mínimo 50% mais um – com descrição dos membros presentes, descrição de cargo e nomes dos funcionários pertencentes a comissão);
  - 2 – Manter em funcionamento pesquisa de satisfação dos clientes internados e do ambulatório, sendo apresentado os dados com mais detalhamento (metodologia utilizada, período de coleta, local de atendimento);
  - 3 – Apresentar o índice de infecção hospitalar mensalmente;
  - 4 – Apresentar a taxa de mortalidade operatória trimestral;
  - 5 – Apresentar a taxa de mortalidade da UTI trimestralmente;
  - 6 – Apresentar a taxa de mortalidade do Ambulatório trimestralmente;
  - 7 – Apresentar a taxa de cirurgias de urgência mensalmente;
  - 8 – Política de educação permanente – apresentar quantitativos de cursos realizados e quantidade de participante (avaliação, verificação e relevância dos treinamentos ofertados), disponibilizar os treinamentos para a região de abrangência do Hospital;
  - 9 – Ter gestão qualificada – apresentar relatório de atividades estatísticas, financeira e custos;

- h) A prestação de contas deverá se dar de acordo com o que está definido na CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA do Convênio 004/2015, devendo o Hospital encaminhar a Secretaria Municipal de Saúde o “relatório de produção física, acompanhado dos registros médicos e registros dos agendamentos do SISREG, para avaliação”;
- i) Para melhoria de avaliação das contas, o Hospital deve encaminhar a Secretaria de Saúde o descritivo dos gastos relacionados aos seus setores conforme descritivo do POA, possuindo as especificações por item e valores envolvidos nos serviços prestados;
- j) A contratação de funcionários e/ou serviços, assim como eventuais desligamentos, que implicam em custos e/ou gastos do Hospital, devem ser informados a Comissão Permanente de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão do Hospital Regional Helmut Nass e a Secretaria Municipal de Saúde.
- k) Não haverá redução de pagamentos, se as metas quantitativas não forem atingidas por falta de demanda.



### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- 1 – Os valores previstos neste POA poderão ser alterados, de comum acordo com o gestor municipal e estadual e a CONVENIADA, mediante celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado sendo que no caso da necessidade de recursos adicionais, estes serão provenientes da área dominada Teto de Média e Alta Complexidade do Fundo Municipal de Saúde e de acordo com disponibilidade orçamentária (a Comissão Permanente de Acompanhante e Fiscalização do Convênio deve ser informada de eventuais Termos Aditivos);
- 2 – Conforme definido no Convênio 004/2015, CLÁUSULA QUARTA, item IV, “As aquisições de bens duráveis realizadas pela CONVENIADA poderão ser efetuadas com recursos do SUS, desde que seja suficiente e não prejudique a operacionalização das atividades do Hospital”, observado o seguinte:
- a) Os bens adquiridos com recursos públicos serão incorporados ao patrimônio da Concedente ou da fonte pagadora do recurso;
  - b) Os itens necessários à implantação de novas ofertas de serviços e/ou equipamentos do hospital, deverão ser disponibilizados, se diretamente o equipamento, até 30 dias antes da implantação dos respectivos serviços;
  - c) Os recursos de investimentos, destinados às aquisições dos bens, deverão ter fonte identificada e os respectivos montantes não serão deduzidos do custeio do mês;
  - d) Os investimentos a serem realizados para eventuais nova oferta de novos serviços e/ou necessidade de compra de equipamento por parte do Hospital, deve ser apresentado uma projeção de investimentos necessários para funcionamento do serviço e somente liberado após parecer de Comissão Permanente de Acompanhamento e Fiscalização de Convênio e aprovação do Secretário Municipal de Saúde e/ou Prefeito (ambos devem ocorrer através de documento oficial);
  - e) A CONVENIENTE é responsável exclusiva pelas reformas e adequações exigidas pelo Serviço de Vigilância Sanitário, para início das atividades a serem implementadas.
- 3 – Conforme definido no Convênio 004/2015, CLÁUSULA QUARTA, item VII, “o acesso às ações e serviços contratados deverá ocorrer de acordo com as regras e fluxos estabelecidos pelo gestor, por meio de referência contrarreferência, local e regional, respeitando-se os mecanismos vigentes das centrais de regulação e os regramentos da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES”. E item IX, “a prescrição de medicamentos deverá observar a

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e as padronizações específicas feitas pelo gestor municipal ou estadual do SUS”.

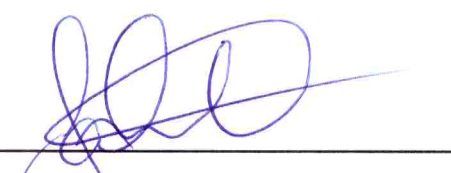
4 – Conforme definido no Convênio 004/2015, CLÁUSULA QUINTA, item II, são encargos comuns, a “elaboração e implantação/implementação de protocolos assistenciais e operacionais e de encaminhamentos de usuários entre os estabelecimentos da rede para as ações e serviços de saúde”.

5 – Conforme Convênio 004/2015 celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu e Beneficência Camiliana do Sul, definido em seu item 2.1.12, a **CONVENIADA** deverá: “manter sistema informatizado adequado e específico para o controle administrativo, documental, indicadores de produção e metas de atendimento da unidade hospitalar objeto da concessão. Este sistema deverá ser um BI (Business Intelligence), para gerir informações à SMS e também deverá estar instalado em seu escritório neste município, com consulta de dados liberada para o gestor indicado pelo Secretário Município de Saúde”.

6 – Em observância à lei municipal nº 3.147/2011, todos os materiais identidade visuais relacionadas ao hospital deverão ter seu completo: Hospital Regional de Biguaçu Helmuth Nass.

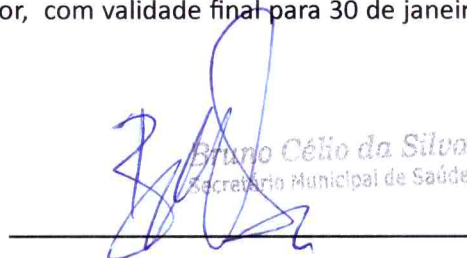
7 – A partir da assinatura do presente Plano Operativo Assistencial Anual, a **CONVENIADA** enviará a disponibilidade de agenda no mês subsequente, conforme metas aqui pactuadas, cabendo à regulação o seu agendamento também conforme metas aqui pactuadas.

8 – Este Plano Operativo Assistencial substitui o anterior, com validade final para 30 de janeiro de 2022.



---

**Salmir da Silva**  
Prefeito de Biguaçu



---

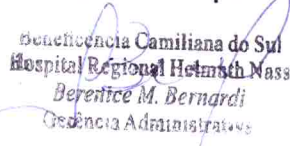
**Bruno Célio de Souza**  
Secretário Municipal de Saúde



---

Beneficência Camiliana do Sul  
Hospital Regional Helmuth Nass  
**Márcio Sottana**  
Diretor Administrativo  
CRA/SC 29693

**Márcio Sottana**  
Administrador Hospitalar



---

Beneficência Camiliana do Sul  
Hospital Regional Helmuth Nass  
**Berenice M. Bernardi**  
Gestora Administrativa