



PLANO DE TRABALHO

SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

PLANO DE TRABALHO

Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo

2017



ANEXO TÉCNICO I - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

I - Características dos Serviços Contratados

1. Assistência Hospitalar
2. Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais
3. Atendimento a Urgência e Emergência
4. Atendimento Ambulatorial
5. Programas Especiais e Novas Especialidades de Atendimento

II – Estrutura e Volume de Atividades Contratadas

II.1 – Internações Hospitalares

II.1.1 – Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica (Enfermarias e/ou Pronto-Socorro)

II.1.2 – Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica (Enfermaria e/ou Pronto Socorro)

II.1.3 – Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial

II.2 – Atendimento Ambulatorial

II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas

II.2.b) Atendimento Ambulatorial em Especialidades Não Médicas

Grade de especialidades propostas – médicas e não médicas

II.3 – Atendimento à Urgências (âmbito hospitalar)

II.4 – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

II.4.1 – Serviços Sob Acompanhamento: Tratamento em Oncologia – Radioterapia e Quimioterapia



III – Informações complementares obrigatórias, a saber: Relatórios contábeis e financeiros; Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade; Relatórios de Custos; Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes; Outras, a serem definidas pelo tipo de unidade gerenciada.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CÓPIA
COLORIDA

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS



I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE (Lei Complementar nº 971/95), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA**, em decorrência da assinatura deste, presta serviços de assistência à saúde.

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

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos;

- ◆ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ◆ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ◆ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- ◆ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ◆ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ◆ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ◆ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



- ◆ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ◆ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ◆ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ◆ Sangue e hemoderivados;
- ◆ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ◆ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO**.

**CÓPIA
COLORIDA**

2. HOSPITAL DIA E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A assistência hospitalar em regime de hospital-dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria MS/GM nº. 44, de 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.



3.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- ◆ Primeira consulta: agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ Interconsulta
- ◆ Consultas subseqüentes (retornos)
- ◆ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede de referências regional (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros) ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendado por meio da Central de Regulação (CROSS).

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.3 Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

4.6 Com relação às sessões de Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litoripsia), SADT Externo (Diagnóstico em Laboratório Clínico – CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada mediante Termo de Retirratificação ao presente contrato.

O **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO** desenvolve Programas de Residência Médica subordinado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. A **CONTRATADA** é responsável pela manutenção dos referidos Programas definidos por Resolução do Secretário de Estado da Saúde, de acordo com as normas legais e as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica.



[Assinatura manuscrita]



**CÓPIA
COLORIDA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS N.
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES
Bel SEBASTIAO GONCALVES D.
AV. VER. NARCISO YAGUE GUIMAR.
AUTENTICAÇÃO

MOGI
DAS
CRUZES

07 JUL. 2017

AUTENTICO A PRESENTE COPIA REPROGRÁFICA
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE
FERNANDA DE A. SANTOS
RONAN S. EUFRAZINO
ANDRESSA DE C. MELO FERREIRA
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIROS



II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas

O volume de primeiras consultas em especialidades médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

ATENDIMENTO AMBULATORIAL Especialidades Médicas	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Primeira Consulta (agendamento CROSS)	-	-	-	-	-	-	2.625	2.625	2.625	2.625	2.625	2.625	15.750
Interconsulta	-	-	-	-	-	-	450	450	450	450	450	450	2.700
Consulta Subseqüente	-	-	-	-	-	-	5.850	5.850	5.850	5.850	5.850	5.850	35.100
Total Consultas	-	-	-	-	-	-	8.925	8.925	8.925	8.925	8.925	8.925	53.550

II.2.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não médicas.

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

ATENDIMENTO AMBULATORIAL Especialidades não médicas	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Primeira Consulta (agendamento CROSS)	-	-	-	-	-	-	50	50	50	50	50	50	300
Interconsulta	-	-	-	-	-	-	50	50	50	50	50	50	300
Consulta Subseqüente	-	-	-	-	-	-	700	700	700	700	700	700	4.200
Terapias (Sessões)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Atendimentos	-	-	-	-	-	-	800	800	800	800	800	800	4.800

Especialidades médicas	2017	Especialidades médicas	2017
Acupuntura		Mastologia	X
Alergia/Imunologia	X	Medicina do trabalho	
Anestesiologia	X	Medic. Int./Clín. Geral egressos	
Cardiologia	X	enfermaria	
Cirurgia Cardiovascular	X	Nefrologia	X
Cirurgia Geral	X	Neonatologia	
Cirurgia Pediátrica	X	Neurocirurgia	X
Cirurgia Plástica	X	Neurologia	X
Cirurgia Torácica	X	Obstetrícia	
Cirurgia Vascular	X	Oftalmologia	X
		Oncologia	X

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CÓPIA
COLORIDA

Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Otorrinolaringologia	X
Endocrinologia Infantil		Pediatria-egressos enfermarias	
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia		Proctologia	X
Genética Clínica		Psiquiatria	X
Geriatría		Reumatologia	X
Ginecologia		Urologia	X
Hematologia	X	Pneumologia Infantil	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço	X	Neurologia Infantil	X
Infectologia		Oncoginecologia	X

Especialidades não médicas	2017	Especialidades não médicas	2017
Enfermeiro	X	Nutricionista	X
Farmacêutico	X	Psicólogo	
Fisioterapeuta	X	Terapeuta Ocupacional	
Fonoaudiólogo	X	Odontologia Buco/Maxilo	X

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) ()
 Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) (X)

Consulta de Urgência	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Total	-	-	-	-	-	-	11.200	11.200	11.200	11.200	11.200	11.200	67.200

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO
(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **8.946** exames no período de julho a dezembro/2017, a pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio do agendamento na Central de Regulação (CROSS), nas quantidades especificadas (o volume disponibilizado para agendamento deve corresponder, no mínimo, ao definido na tabela abaixo, por grupo):

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT. E INTERD.
 E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES - SP
 Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAIS
 AV VER. NARCISO YAGUE GUIMARÃES, 786
 AUTENTICAÇÃO

MOGI
 DAS
 CRUZES

07 JUL. 2017

ANTENÇÃO A PRESENTE CÓPIA REPRESENTA O ORIGINAL
 FERNANDA DE A. SANTOS
 RONAN S. EUFRAZINO
 ANDRESSA DE C. L. FERREIRA
 VALIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICAÇÃO
 CÓPIA EXTRAÍDA POR TER...



[Handwritten signature]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CÓPIA
COLORIDA

SADT Externo	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Radiologia (exclui RX simples)	-	-	-	-	-	-	350	350	350	350	350	350	2.100
Ultrassonografia	-	-	-	-	-	-	300	300	300	300	300	300	1.800
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	300	300	300	300	300	300	1.800
Ressonância Magnética	-	-	-	-	-	-	200	200	200	200	200	200	1.200
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	-	-	-	-	-	-	120	120	120	120	120	120	720
Radiologia Interv.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagnósticos em Especialidades	-	-	-	-	-	-	221	221	221	221	221	221	1.326
Procedimentos Especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	-	-	-	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	8.946

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

TRATAMENTO CLÍNICO	1º semestre						2º semestre						Total
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Trat. em Oncologia - Radioterapia	-	-	-	-	-	-	600	1.200	1.200	1.600	1.600	1.600	7.800
Trat. em Oncologia - Quimioterapia	-	-	-	-	-	-	756	756	756	756	756	756	4.536
Trat. em Nefrologia - Trat. Dialítico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Especializada - Litotripsia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-	1.356	1.956	1.956	2.356	2.356	2.356	12.336

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, PESSOAS NAT. E INTERD. E TUTELAS. SEDE - MOGI DAS CRUZES - SP
S/01 SEBASTIAO GONCALVES DE MORAIS
AV. VER. NARCISO YAGUE GUIMARAES, 766
Mogi das Cruzes - SP
AUTENTICACAO

07 JUL. 2017

Valor P/ Autenticacao R\$

AUTENTICO A PRESENÇA DA CÓPIA FOTOGRAFICA A QUE CONFERE COMO ORIGINAL PORQUE DOU FE.

FERNANDA DE A. SANTOS
 RONAN S. EUFRAUZINO
 ANDRESSA DE C. MELO FERREIRA

Escritores

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE.
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIROS

[Assinatura]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CÓPIA
COLORIDA

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por estas determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, PESSOAS NAT. E INTERD.
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES - SP
Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAIS
AV. VER. NARCISO YAGUE GUIMARÃES, 766
AUTENTICAÇÃO

MOGI
DAS
CRUZES

07 JUL 2017

Valor-PI
Autenticação

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPRODUZIDA
CONFERE COM O ORIGINAL DO SELO
 FERNANDA DE A. SANTOS
 RONAN S. EUFRAZINO
 ANDRESSA DE C. MELO PER. T. FERREIRA
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIRO





ANEXO TÉCNICO II

I – Sistemas de Pagamento

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto dos Indicadores de Produção do Orçamento de Custeio por modalidade de contratação.

Tabela II – Cronogramas de desembolso de Recursos Financeiros e de Avaliação e Valoração dos Indicadores.

II – Sistemática e Critérios de Pagamento

II.1 – Avaliação e Valoração dos Indicadores de Qualidade com Periodicidade Trimestral.

II.2 – Avaliação e Valoração dos Desvios dos Indicadores de Produção com Periodicidade Semestral (Por modalidade de contratação da atividade assistencial)

Tabela III - Valoração dos Desvios dos Indicadores de Produção (Modalidade de Contratação da Atividade Assistencial)

Tabela III.1 – Para Contratos de Gestão e gerenciamento de Unidades Hospitalares

Tabela III.2 – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de unidades exclusivamente Ambulatoriais e de outros tipos de atividades.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CÓPIA
COLORIDA

ANEXO TÉCNICO II
SISTEMA DE PAGAMENTO

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT. E INT.
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES - SP
Bel. SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAIS
AV. VER. NARCISO YAGUE GUIMARÃES, 786
AUTENTICAÇÃO

MOGI
DAS
CRUZES

07 JUL. 2017

Valor R\$
Autenticação

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPRODUTIVA A QUE
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE DEU FE
 FERNANDA DE A. SANTOS
 RONAN S. EUFRAUZINO
 ANDRESSA DE C. MELO FERREIRA
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
CÓPIA EXTRAIDA POR TERCEIROS

115527
AUTENTICAÇÃO
1607A B0449970

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam, estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 07 (sete) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica
- (X) Hospital Dia Cirúrgico /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos Externos – SADT Externo
- () Outros Atendimentos.

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO** para o período de julho a dezembro/2017, fica estimado em **R\$ 86.530.746,00 (oitenta e seis milhões, quinhentos e trinta mil e setecentos e quarenta e seis reais)** e será distribuído percentualmente nos termos indicado na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:

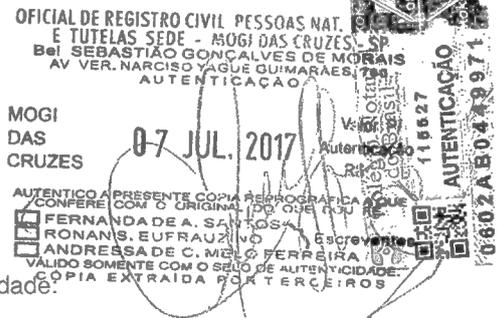
TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Saídas hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	28,00
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	28,00
HD/Cirurgia Ambulatorial	0,50
Urgência	29,00
Ambulatório - Especialidades Médicas	12,50
Ambulatório – Especialidades Não Médicas	0,50
SADT Externo	1,50
TOTAL	100%



CÓPIA
COLORIDA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o período de **julho a dezembro/2017**, dar-se-ão na seguinte maneira:

TABELA II – CRONOGRAMAS

2017			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES	
Mês	Valor	Indicadores de Qualidade	Indicadores de Produção
Janeiro	-	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	-		
Março	-		
Abril	-	2º trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	
Maio	-		
Junho	-	3º trimestre - consolidação das informações em outubro, avaliação em novembro	2º semestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Julho	R\$ 14.421.791,00		
Agosto	R\$ 14.421.791,00	4º trimestre - consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Setembro	R\$ 14.421.791,00		
Outubro	R\$ 14.421.791,00		
Novembro	R\$ 14.421.791,00		
Dezembro	R\$ 14.421.791,00		
Total	R\$ 86.530.746,00		

4.2 A **avaliação** e a **valoração dos Indicadores de Qualidade** serão realizados nos meses de maio, agosto, novembro e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um **desconto financeiro a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre**, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores, pelo **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO**.

4.3. A **avaliação** e a **valoração dos Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais) serão realizados nos meses de agosto e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor de 10% a 30% do custeio da unidade no semestre**, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na **TABELA III – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DAS QUANTIDADES POR MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS** e de acordo com a **DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO** nas modalidades de contratação das atividades assistenciais, conforme TABELA I, constante no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

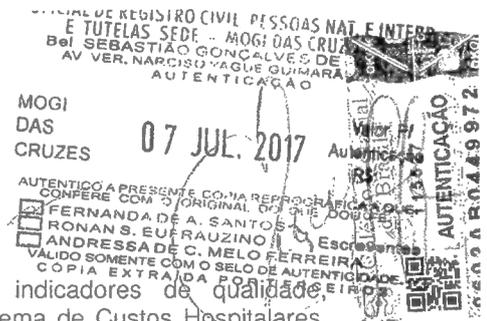
5. Visando o acompanhamento e avaliação do **Contrato de Gestão** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO**.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.



CÓPIA
COLORIDA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

5.4. A **CONTRATADA** deverá encaminhar mensalmente as Certidões Negativas de Débitos Trabalhistas e Tributários, Certificado de Regularidade do FGTS e Extratos Bancários.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do **Contrato de Gestão**.

7. Nos meses de maio, agosto, novembro e fevereiro do ano subsequente, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo dos **Indicadores de Qualidade**, que poderão ensejar desconto conforme desempenho em relação às metas, nos termos citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de agosto e fevereiro do ano subsequente, a **CONTRATANTE** procederá à análise dos **Indicadores de Produção** (modalidades de contratação das atividades assistenciais) realizada pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste **Contrato de Gestão**.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar desconto financeiro, bem como re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Retirratificação ao **Contrato de Gestão**, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do **Contrato de Gestão**.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Retirratificação ao **Contrato de Gestão** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II. 1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE COM PERIODICIDADE TRIMESTRAL

Os valores percentuais apontados na tabela inserida no Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores selecionados serão utilizados como base de cálculo do valor a ser descontado, em caso de descumprimento de metas, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO COM PERIODICIDADE SEMESTRAL (QUANTIDADE POR MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)

Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação que ocorrerão nos meses de agosto e fevereiro do ano seguinte.

1. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de

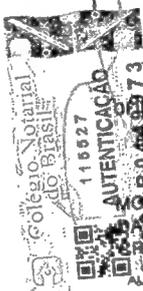


recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

TABELA III – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)

TABELA III.1 – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de unidades hospitalares.

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA DO VALOR A PAGAR (EM REAIS)
Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
HOSPITAL DIA cirúrgico/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
AMBULATÓRIO Especialidades Médicas	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
AMBULATÓRIO Especialidades não médicas	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)



REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT E INTERD.
 TABELIÃO DE TITULAS SEDE - MOGI DAS CRUZES, SP
 SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAIS
 N.º 11.8527-1
 VER. NARCISO VAGUE QUIMARÃES, 706
 AUTENTICAÇÃO
 Valor P/ Autenticação R\$
 07 JUL 2017
 AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPRODUTIVA QUE CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE DOU FE.
 FERNANDA A. SANTOS Escreventes
 RONAN S. EUFRAZINO
 ANDESSA DE C. MELO FERREIRA
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE.
 CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIROS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CÓPIA
COLORIDA

TABELA III. 2 – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de unidades exclusivamente Ambulatoriais e de outros tipos de atividades.

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA DO VALOR A PAGAR (EM REAIS)
(Cada modalidade de atividade assistencial contratada das unidades exclusivamente Ambulatoriais e das outras unidades)	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT. E INTERD.
E TUTELAS SEDE - MOGIDAS CRUZES - SP
Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAIS
AV. VER. NARCISO VAGUE GUIMARÃES, 1766
AUTENTICAÇÃO

MOGI
DAS
CRUZES

07 JUL 2017

Valor PI
Autenticação
R\$

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA QUE
CONFERE COM O ORIGINAL DO TÍTULO DOUFE
 FERNANDA DE A. SANTOS, Escrevente
 RONAN S. EUFRAZINO
 ANDRESSA DE C. MELO FERREIRA
VALIDO SOMENTE COM O BELO DE AUTENTICIDADE.
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIROS



Mud