

CÓPIA  
COLORIDA

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAL  
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES  
Boi SEBASTIÃO GONÇALVES DE MOURA  
RUA OLÍMPIO PAIVA, 108  
- AUTENTICAÇÃO

MOGI  
DAS  
CRUZES

04 MAR. 2021

AUTENTICAÇÃO PRESENTE COPIA REPRODUZIDA  
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE DO  
KEVIN VICTORINO DOS SANTOS  
ROBERTA DOS SANTOS  
RAFAEL SOARES S. DE OLIVEIRA  
VALIDO SOMENTE COM O SELDO DE AUTENTICAÇÃO  
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIRO

AUTENTICAÇÃO  
175527  
AU0602AB0698443

**Termo de Aditamento Nº 01/21**

**DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA PARA ASSINATURA DE TERMO  
DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO**

**Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual**

<b>CONTRATANTE</b>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
<b>OSS CONTRATADA</b>		SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
<b>OBJETO DO CONTRATO</b>		HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO
<b>CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO EM</b>		23/06/2017
<b>JUSTIFICATIVA</b>	(x)	Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão para custeio das atividades no exercício de 2021.
	( )	Desconto de valor financeiro - Indicadores de Produção - Item 8 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão
	( )	Desconto de valor financeiro - Indicadores de Qualidade - Item 7 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão
	( )	Ajustes eventuais - Item 10 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão: IDENTIFICAR AJUSTE
	( )	Repasse para Programa Especial - Item 4 do Anexo Técnico I do Contrato de Gestão: IDENTIFICAR PROGRAMA
<b>DECLARAÇÃO DE INTERESSE</b>	As partes acima identificadas declaram estar de pleno acordo com a emissão de Termo de Aditamento em atendimento ao disposto no Contrato de Gestão, nos itens e cláusulas acima especificados.  São Paulo, 30 de dezembro de 2020.	
<b>PELA CONTRATANTE</b>	 _____ Dr. Jeancarlo Gorinchteyn Secretário de Estado da Saúde	
<b>PELA OSS CONTRATADA</b>	Dr. Eduardo Ribeiro Secretário Executivo Secretaria de Estado da Saúde   _____ Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira Diretor Presidente	





**ANEXO RP-05 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - CONTRATOS DE GESTÃO**

CONTRATANTE: **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

CONTRATADA: **SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA** gerenciadora do **HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO**

CONTRATO DE GESTÃO Nº (DE ORIGEM): 001.0500.000019/2017

OBJETO: Alterações de cláusulas do Contrato de Gestão, bem como a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO**, no exercício de 2021, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

- a. Anexo Técnico I - Descrição de Serviços
- b. Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento
- c. Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade

**CÓPIA  
COLORIDA**

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 176.847.500,00

EXERCÍCIO (1): 2021

ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL : (2) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP - CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

São Paulo, 30 de dezembro de 2020.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: 111.746.368-07


**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira  
Cargo: Diretor Presidente  
CPF: 042.038.438-39

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**  
**Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: 111.746.368-07

Assinatura: \_\_\_\_\_

  
Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

**Responsáveis que assinaram prestação de contas:**  
**Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

Nome: Danilo Cesar Fiore  
Cargo: Coordenador de Saúde  
CPF: 345.074.868-82


Assinatura: \_\_\_\_\_

  
Tiago Silva Birkholz Duarte  
Coordenador de Saude - Substituto  
SES/CGCSS

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**  
**Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:**

Nome: Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira  
Cargo: Diretor Presidente  
CPF: 042.038.438-39

Assinatura: \_\_\_\_\_





CÓPIA  
COLORIDA

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



**TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/21**

Processo Origem nº 001.0500.000019/2017

Processo 2021 SES-PRC-2020/49405

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT. E INTERD.  
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES - SP  
Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAIS  
RUA OLEGÁRIO PAIVA, 188  
- AUTENTICAÇÃO -

MOGI  
DAS  
CRUZES

04 MAR. 2021

AUTENTICAÇÃO A PRESENTE CÓPIA REPRODUZIDA  
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUAL  
KEVIN VICTORINO DOS SANTOS  
ROBERTA DOS SANTOS DE OLIVEIRA  
RAFAEL SOARES S. DE OLIVEIRA  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO  
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIRO



TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO  
CELEBRADO EM 23/06/2017 ENTRE O ESTADO DE SÃO  
PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE, E A SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA QUALIFICADA COMO  
**ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA  
REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E  
SERVIÇOS DE SAÚDE, NO **HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
LUZIA DE PINHO MELO**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. Jeancarlo Gorinchtyn**, brasileiro, casado, médico, RG nº 17.321.176, CPF nº 111.746.368-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, com CNPJ/MF nº 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº 903878, com endereço à Rua Napoleão de Barros, 715 - Vila Clementina - São Paulo - SP e com estatuto arquivado no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica/SP, registrado sob nº 440.472 em 05/06/2017, neste ato representada por seu **Diretor Presidente Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 7.791.138-6 SSP/SP, CPF nº 042.038.438-39, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 001.0500.000019/2017, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente TERMO DE ADITAMENTO, conforme disposto na Cláusula Nona - Da Alteração Contratual do Contrato de Gestão referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto alterações de cláusulas do Contrato de Gestão celebrado em 23/06/2017, bem como a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO**, no exercício de 2021, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

- Anexo Técnico I - Descrição de Serviços;
- Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento;
- Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade.



**CLÁUSULA SEGUNDA**  
**DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

Em consonância com a Resolução SS nº 36, de 23 de Março de 2020, necessária a alteração de dispositivos da Minuta do Contrato de Gestão.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O item 6, da Cláusula Segunda – Obrigações e Responsabilidades da Contratada, do contrato de gestão passa a vigorar com a seguinte redação:

6. *Administrar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;*
  - 6.1- *Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;*
  - 6.2- *Na aquisição de bens móveis deverão ser efetuados os respectivos patrimoniamiento e registro no Sistema de Administração e Controle Patrimonial (ACP), observada a Cláusula Terceira, item 3 do presente contrato.*
  - 6.3- *A **CONTRATADA** deverá proceder à devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas ou se tornem inservíveis.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Inclui-se a Cláusula Décima Segunda – Da Permissão de Uso do Imóvel com a seguinte redação:

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**

**DA PERMISSÃO DE USO DO IMÓVEL**

*A **CONTRATANTE**, por este contrato, permite o uso do imóvel, onde está instalada a Unidade, exclusivamente para operacionalizar a gestão e execução das atividades e serviços de saúde objeto do presente contrato.*

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

*A **CONTRATADA** poderá, a partir da assinatura do presente instrumento e enquanto perdurar sua vigência, ocupar o imóvel a título precário e gratuito.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

*O desvio da finalidade na utilização do imóvel poderá ensejar rescisão do contrato de gestão, sem que a **CONTRATADA** tenha direito a qualquer pagamento ou indenização, seja a que título for, inclusive por benfeitorias nele realizadas, ainda que necessárias, as quais passarão a integrar o patrimônio do Estado.*

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

*A **CONTRATADA** poderá, por sua conta e risco, ceder parte do imóvel a terceiros para fins de exploração comercial, tais como lanchonete e estacionamento, como suporte para pacientes, familiares e visitantes, sendo que o valor percebido será destinado à execução do objeto ora contratado.*

**PARÁGRAFO QUARTO**



**CÓPIA  
COLORIDA**



A CONTRATADA se obriga a zelar pela guarda, limpeza e conservação do imóvel e dos bens que o guarnecem, dando imediato conhecimento à CONTRATANTE de qualquer turbação de posse que porventura se verificar, ou penhora que venha a recair sobre o imóvel.

**CÓPIA  
COLORIDA**

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

A CONTRATADA deverá apresentar, para aprovação pelos órgãos competentes os projetos e memoriais das edificações necessárias, os quais deverão atender às exigências legais, respondendo inclusive perante terceiros, por eventuais danos resultantes de obras, serviços ou trabalhos que vier a realizar no imóvel.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

A não restituição do imóvel e dos bens móveis pela CONTRATADA pelo término da vigência ou pela rescisão do presente contrato de gestão caracterizará esbulho possessório e ensejará a retomada pela forma cabível, inclusive ação de reintegração de posse com direito a liminar.

#### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

A atual Cláusula Décima Segunda – Disposições Finais passa a ser a Cláusula Décima Terceira, com a seguinte redação:

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

##### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 1- É vedada a cobrança direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito à CONTRATADA, no entanto, buscar o ressarcimento a que se refere o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, nas hipóteses e na forma ali prevista.
- 2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo de Aditamento, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

#### **PARÁGRAFO QUARTO**

As atuais Cláusulas Décima Terceira e Décima Quarta serão mantidas, porém com a imprescindível renumeração:

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**

##### **A PUBLICAÇÃO**

O Contrato de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA**

##### **DO FORO**



*Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.*

**CLÁUSULA TERCEIRA**  
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O presente TERMO DE ADITAMENTO altera a CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – PARAGRAFO PRIMEIRO do Contrato de Gestão assinado em 23/06/2017, conforme redação abaixo:

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**  
**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

*Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$176.847.500,00 (cento e setenta e seis milhões, oitocentos e quarenta e sete mil e quinhentos reais), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 90 39, no exercício de 2021 cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão, conforme Instruções do TCESP.*

**CUSTEIO**

**UGE: 090192**

**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000**

**NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39**

**FONTE DE RECURSOS: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12**

MÊS	CUSTEIO 2021 (R\$)
Janeiro	15.846.550,00
Fevereiro	14.636.450,00
Março	14.636.450,00
Abril	14.636.450,00
Maio	14.636.450,00
Junho	14.636.450,00
Julho	14.636.450,00
Agosto	14.636.450,00
Setembro	14.636.450,00
Outubro	14.636.450,00
Novembro	14.636.450,00
Dezembro	14.636.450,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 176.847.500,00</b>

**CÓPIA  
COLORIDA**



**CLÁUSULA QUARTA**  
**DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O presente Termo de Aditamento vigorará a partir de 01/01/2021 até encerramento do contrato de gestão.

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos de Aditamento, não alterados por este instrumento.

**CLÁUSULA SEXTA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

O presente **Termo de Aditamento** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**DO FORO**

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 30 de dezembro de 2020

**Dr. Jeancarlo Gorinchteyn**  
**Secretário de Estado da Saúde**

Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário Executivo

Testemunhas: Secretaria de Estado da Saúde

**Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**  
**Diretor Presidente**

1) Priscilla E. Pentado  
Nome:  
R.G.: 23.608.296-0

2) Daniella Vendramini  
Nome:  
R.G.: 43.750.174-7

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT E INTERD.  
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES  
Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE M  
RUA OLEGÁRIO FAIVA, 189  
— AUTENTICAÇÃO —  
MOGI  
DAS  
CRUZES  
04 MAR. 2021  
AUTENTICAÇÃO PRESENTE COPIA NECESSÁRIA  
CONFERE COM O ORIGINAL QUE F  
KEVIN VICTORINO DOS SANTO  
ROBERTA DOS SANTOS  
RAFAEL SOARES S. DE OLIVEIRA / ESC. 09866  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO.  
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIROS



**CÓPIA**  
**COLORIDA**



**CÓPIA  
COLORIDA**

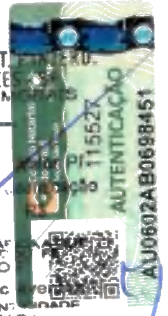
**ANEXO TÉCNICO I  
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NAT  
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES  
Bel SEBASTIÃO GOMCALVES DE M  
RUA OLEGÁRIO PAIVA, 188  
AUTENTICAÇÃO

MOGI  
DAS  
CRUZES

04 MAR 2021

AUTENTICAÇÃO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA  
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE FOI  
KEVINN VICTORINO DOS SANTOS  
ROBERT DOS SANTOS  
RAFAEL SOARES S. DE OLIVEIRA / Esc.  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO  
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIRO



**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;
- ◆ 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 ambulatórios 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 - Litotripsia), SADT Externo ( Diagnóstico em Laboratório Clínico - CEAC e Diagnostico 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.

**CÓPIA  
COLORIDA**



## 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 Aditamento 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.

## II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

CÓPIA  
COLORIDA

### II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

#### II.1.1 SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de 6.240 saídas hospitalares anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

UNIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS POR CLÍNICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Clínica Médica	440	440	440	440	440	440	440	440	440	440	440	440	5.280
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Clínica Psiquiátrica	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>520</b>	<b>6.240</b>

#### II.1.2 SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de 4.416 saídas hospitalares anual, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD)

SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Eletivas	231	231	231	231	231	231	231	231	231	231	231	231	2.772
Urgências	137	137	137	137	137	137	137	137	137	137	137	137	1.644
<b>Total</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>368</b>	<b>4.416</b>



A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da produção realizada e informada no SIH - DATASUS, pelo hospital, no exercício anterior.

Os procedimentos cirúrgicos obstétricos são atinentes às saídas obstétricas, não compõem o conjunto de saídas cirúrgicas.

**CÓPIA  
COLORIDA**

### II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1.920
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>2.880</b>

### 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:

CONSULTAS MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	1.472	17.664
Interconsulta	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Consulta Subsequente	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	5.588	67.056
<b>Total</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>7.140</b>	<b>85.680</b>

#### 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:

CONSULTAS NÃO MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Interconsultas	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	1.728
Consultas Subseqüentes	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	6.240
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>744</b>	<b>8.928</b>

ESPECIALIDADES MÉDICAS	
	PLANEJADAS
Acupuntura	
Alergia / Imunologia	
Anestesiologia	X
Cardiologia	X
Cirurgia Cardiovascular	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço	X
Cirurgia Geral	X
Cirurgia Pediátrica	
Cirurgia Plástica	X
Cirurgia Torácica	X
Cirurgia Vascular	X
Dermatologia	
Endocrinologia	
Endocrinologia Infantil	
Fisiatria	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Ginecologia	
Hematologia	X
Infectologia	
Mastologia	X
Nefrologia	X
Neonatologia	
Neurologia	X
Neurologia Infantil	X
Neurocirurgia	X
Obstetrícia	
Oftalmologia	X
Oncologia	X
Ortopedia	X
Otorrinolaringologia	
Pneumologia	
Pneumologia Infantil	
Proctologia	X
Psiquiatria	
Reumatologia	
Urologia	X
Outros	X

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL PESSOAS NATURAS  
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES  
Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE OLIVEIRA  
RUA OLEGÁRIO PAIVA, 18  
AUTENTICAÇÃO

MOGI  
DAS  
CRUZES

04 MAR. 2021

AUTENTICO APRESENTE COM O ORIGINAL DO QUAL  
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUAL  
KEVIN VICTORINO DOS SANTOS  
ROBERTA DOS SANTOS  
RAFAEL SOARES S. DE OLIVEIRA  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO  
CÓPIA EXTRAIDA POR TERCEIROS

AUTENTICAÇÃO  
185627  
AU0602AB0698456







ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS

	PLANEJADAS
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Terapeuta Ocupacional	X
Odontologia/Buco Maxilo	X
Outros	X

**CÓPIA  
COLORIDA**

**II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)**

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

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Consultas de Urgência	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	21.600
<b>Total</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>21.600</b>

**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 anual de **7.680** exames, 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):

SADT EXTERNO

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagnóstico Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomografia Computadorizada	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Resson. Magnética	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480





Procedimentos especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>640</b>	<b>7.680</b>

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.

**CÓPIA  
COLORIDA**

#### II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Tratamento onco - Radioterapia	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	19.200
<b>TOTAL - RADIOTERAPIA</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>1.600</b>	<b>19.200</b>
Tratamento onco - Quimioterapia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Tratamento Onco - Hormonioterapia	356	356	356	356	356	356	356	356	356	356	356	356	4.272
<b>TOTAL - QUIMIOTERAPIA + HORMONIOTERAPIA</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>9.072</b>
Tratamento em Oftalmologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia especializada - Litotripsia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento Nefrologia- Diálise Peritoneal (pacientes)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento Nefro - Sessão de Diálise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>SUB_TOTAL</b>													
<b>Total</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>2.356</b>	<b>28.272</b>

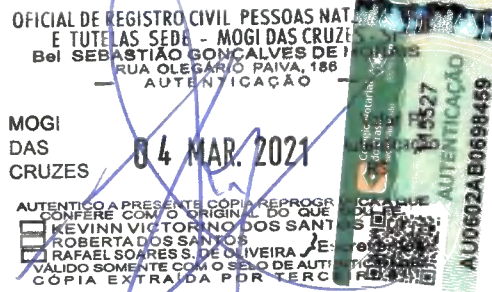
#### III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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.





## ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

### I – PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS

Com o fito de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I.1 A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se nas modalidades abaixo assinaladas, as quais referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gestão da CONTRATADA, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços:

- (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 Terapêutico Externo – SADT Externo
- ( ) Outros atendimentos.

**CÓPIA  
COLORIDA**

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

### II – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme detalhado nas Tabelas que se seguem.

II.1 Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, podendo gerar ajuste financeiro a menor de 10% a 30% no valor do repasse para custeio da unidade no semestre, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) e respeitando-se a proporcionalidade de cada modalidade de contratação de atividade assistencial especificada na TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO, constantes no presente Anexo.

II.1.1 Da análise realizada poderá resultar desconto financeiro, bem como repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do instrumento contratual.

II.1.2 A avaliação do cumprimento das metas não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Aditamento 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 da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II.2 Do período de avaliação:

- 1º semestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;



- 2º semestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro no ano seguinte.

II.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um semestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais), para efeito de desconto, será efetivada no semestre posterior.

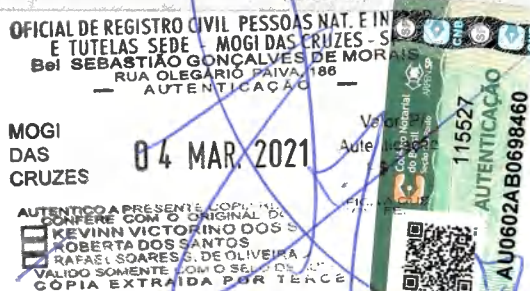
II.2.1 Caso a CONTRATADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

II.3 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

II.4 O valor repassado de custeio no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de “mutirões de procedimentos eletivos”, será distribuído percentualmente nos termos indicados 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**

<b>DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO</b>	
<b>MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO</b>	<b>%</b>
Saídas hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	29
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	26
HD/Cirurgia Ambulatorial	2
Urgência	23
Ambulatório - Especialidades Médicas	17
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	1
SADT Externo	2
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>



**CÓPIA COLORIDA**

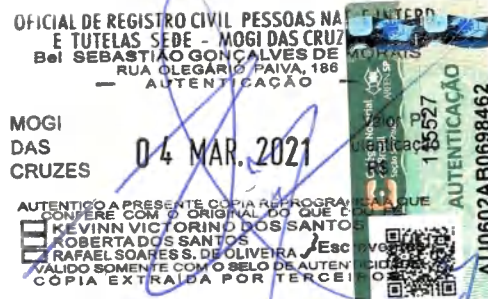


**TABELA II - VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)**

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FORMULA DE CALCULO (EM REAIS)
<b>Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>Saídas Hospitalares Cirúrgicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>Hospital dia cirúrgico</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>AMBULATÓRIO Especialidades - Médicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>AMBULATÓRIO Especialidades - Não Médicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>SADT EXTERNO</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo

**CÓPIA  
COLORIDA**





### III - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Os valores percentuais apontados na tabela inserida no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade serão utilizados como base de cálculo do valor a ser descontado, em caso de descumprimento de metas dos indicadores detalhados naquele Anexo.

III.1 A avaliação e a valoração dos desvios no cumprimento dos Indicadores de Qualidade podem 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 estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.2 Do período de avaliação:

- 1º trimestre - consolidação das informações em abril e avaliação em maio;
- 2º trimestre - consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 3º trimestre - consolidação das informações em outubro e avaliação em novembro;
- 4º trimestre - consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro do ano seguinte.

III.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um trimestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão, para efeitos de desconto, será efetivada no trimestre posterior.

III.2.2 Caso a CONTRATADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

III.3 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

III.4 Para efeitos de cálculo do desconto dos Indicadores de Qualidade, será considerado o percentual de 10% (dez por cento) sobre o montante repassado a título de custeio à CONTRATADA no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de "mutirões de procedimentos eletivos", combinado com os indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.5 Fórmula:

Indicador	Orçamento de custeio no trimestre	Valoração do indicador de qualidade	Tabela do Anexo Técnico III
	Soma dos repasses do período	X 10%	X peso do indicador

III.6 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 pela Unidade:

III.6.1. 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**.

III.7 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos

**CÓPIA  
COLORIDA**





Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site [www.gestao.saude.sp.gov.br](http://www.gestao.saude.sp.gov.br), disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

III.8 O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade gerenciada e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

III.9 A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da OSS, além de extratos bancários, preços de materiais e medicamentos praticados (quando for o caso), entre outras informações, nos prazos e condições definidos pela **CONTRATANTE**.

III.10 A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no contrato.



**CÓPIA  
COLORIDA**

**CÓPIA  
COLORIDA**

**ANEXO TÉCNICO III  
INDICADORES DE QUALIDADE**

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, PESSOAS NAT. E  
E TUTELAS SEDE - MOGI DAS CRUZES -  
Bel SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAES  
RUA OLEGÁRIO FAIVA, 188  
— AUTENTICAÇÃO —

MOGI  
DAS  
CRUZES

04 MAR. 2021

Va  
Auten  
RS

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPRODUZIDA  
CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE DOUTOR  
KEVIN VICTORINO DOS SANTOS  
ROBERTA DOS SANTOS  
RAFAEL SOARES S. DE OLIVEIRA / Escreve  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE  
CÓPIA EXTRAÍDA POR TERCEIRO



Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão, ao desempenho da unidade e a qualidade da informação apresentada.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período o torna um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados.

**IMPORTANTE:** Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada unidade gerenciada serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores de Qualidade utilizados neste Contrato de Gestão.

A tabela abaixo apresenta o peso de cada Indicador de Qualidade para a avaliação e valoração de cada trimestre. Essa valoração poderá gerar desconto financeiro de até 10% sobre valor dos repasses realizados para a unidade no período avaliativo, conforme estabelecido no item III do Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

Pré Requisitos
<b>Apresentação de AIH</b>
<i>Percentual de registros de CEP</i>
<i>Diagnóstico secundário por especialidade</i>
<i>Percentual de AIH referente às saídas hospitalares</i>
<b>Núcleo Hospitalar de Epidemiologia</b>
<b>Programa de Controle de Infecção Hospitalar</b>

**PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA 2021**

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
<b>Qualidade de Informação</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Interação com o paciente</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Módulos de Regulação / CROSS</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Atividade Cirúrgica</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Protocolos IAM e AVC</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Protocolos Assistenciais de Saúde Mental</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Monitoramento de Atividades Seleccionadas</b>	20%	20%	20%	20%

