

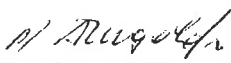
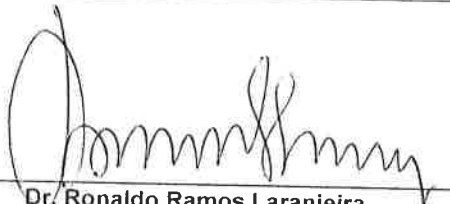


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Retirratificação Nº 01/19

DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA PARA ASSINATURA DE TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO

Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual

CONTRATANTE		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
OSS CONTRATADA		SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
OBJETO DO CONTRATO		HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI
CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO EM		23/12/2014
JUSTIFICATIVA	(x)	Termo de Retirratificação ao Contrato de Gestão para custeio das atividades no período de janeiro a novembro de 2019.
	()	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
DECLARAÇÃO DE INTERESSE		As partes acima identificadas declaram estar de pleno acordo com a emissão de Termo de Retirratificação em atendimento ao disposto no Contrato de Gestão, nos itens e cláusulas acima especificados. São Paulo, 28 de dezembro de 2018.
PELA CONTRATANTE		 Prof. Dr. Antonio Rugolo Jr. Secretário Adjunto Secretaria de Estado de Saúde Dr. Marco Antonio Zago Secretário de Estado da Saúde
PELA OSS CONTRATADA		 Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira Diretor Presidente





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO RP-06 - 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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO
EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI

CONTRATO DE GESTÃO PROCESSO Nº ORIGEM: 001.0500.000061/2014

OBJETO: Operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI** no período de janeiro a novembro de 2019, 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

ADVOGADO (S): (*)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

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, 28 de Junho de 2018.



Terezinha Cardoso Ribeiro - Escr. Autor.
Válido somente com o selo de autenticidade





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284-9000
AUTENTICAÇÃO: Autentico a presente
cópia reprográfica extraída neste ORCPN,
a qual confere com o original, do que dou fé.



Terezinha Cardoso Ribeiro - Escr. Autor.
Válido somente com o selo de autenticidade

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Dr. Marco Antonio Zago

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 348.967.088-49 RG: 3.579.713 SSP/SP

Data de Nascimento: 01/11/1946

Endereço residencial completo: Rua Manoel Achê, 981 – apto. 32 – Jardim Irajá – Ribeirão Preto - SP – 14020-590

E-mail institucional: mzago@saude.sp.gov.br

E-mail pessoal: marazago@usp.br

Telefone(s): (11) 3066.8801 / 8660

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antonio Rugolo Jr.
Secretário Adjunto
Secretaria de Estado da Saúde

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Dr. Marco Antonio Zago

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 348.967.088-49 RG: 3.579.713 SSP/SP

Data de Nascimento: 01/11/1946

Endereço residencial completo: Rua Manoel Achê, 981 – apto. 32 – Jardim Irajá – Ribeirão Preto - SP – 14020-590

E-mail institucional: mzago@saude.sp.gov.br

E-mail pessoal: marazago@usp.br

Telefone(s): (11) 3066.8801 / 8660

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antonio Rugolo Jr.
Secretário Adjunto
Secretaria de Estado da Saúde

Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

Nome: Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

Cargo: Diretor Presidente

CPF: 042.038.438-39 RG: 7.791.138-6

Data de Nascimento: 19/10/1956

Endereço residencial completo: Rua Borges Lagoa, 564 – 4º andar – conj. 44 – São Paulo – SP

E-mail institucional: presidencia@spdm.org.br

E-mail pessoal: laranjeira@uniad.org.br

Telefone(s): (11) 3170.6106

Assinatura: _____

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/19

Processo Origem nº 001.0500.000061/2014

Processo 2019 nº 2065483/2018

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284.9000
AUTENTICAÇÃO: Autêntico a presente
cópia reproduzida extraída neste ORCPN,
a qual contém com o original, do que dou fé.



TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO CELEBRADO EM 23/12/2014 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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI.

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. Marco Antonio Zago**, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade RG nº 3.579.713 SSP/SP, C.P.F nº 348.967.088-49, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, com CNPJ/MF 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº 903878 com endereço na Rua Napoleão de Barros nº 715, Vila Clementino – São Paulo – Capital e com estatuto arquivado no 1º Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, registrado sob nº 440.472 em 05/06/2017, neste ato representado por seu **Diretor Presidente, Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, médico, casado, portador do RG nº 7.791.138-6, CPF nº 042.038.438-39, qualificada como Organização Social de Saúde, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998 e, considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do processo nº 001.0500.000061/2014, 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 RETIRRATIFICAÇÃO, conforme disposto na Cláusula 9ª – Da Alteração Contratual** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI** cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto alterações de Cláusulas do Contrato de Gestão celebrado em 23/12/2014, bem como a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI**, no período de janeiro a novembro de 2019, 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

O PRESENTE **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** altera a **CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – PARÁGRAFO PRIMEIRO; CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**, além dos **ANEXOS TÉCNICOS I, II e III**, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA DOS RECURSOS FINANCEIROS PARÁGRAFO PRIMEIRO

Pela prestação dos serviços especificados no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, do Termo de Retirratificação nº 01/19, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento e no Anexo III – Indicadores de Qualidade, a importância estimada de **R\$ 154.165.000,00 (cento e cinquenta e quatro milhões, cento e sessenta e cinco mil reais)**, cujo repasse dar-se-á na modalidade **Contrato de Gestão, conforme as Instruções nº 02/2016 do TCESP**, correspondente ao período de janeiro a novembro/2019 e que onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 90 39 75.

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

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os valores a serem repassados no período de janeiro a novembro de 2019, estimados em **R\$ 154.165.000,00 (cento e cinquenta e quatro milhões, cento e sessenta e cinco mil reais)**, sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 11 (onze) parcelas mensais, cujo valor total corresponde ao estimado para o custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os **Indicadores de Qualidade** (indicadores de qualidade) e para os **Indicadores de Produção** (modalidade de contratação das atividades assistenciais) estabelecidas para as modalidades de contratação. As parcelas mensais ficam estimadas **conforme tabela abaixo** e serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

MÊS	CUSTEIO 2019 (R\$)
Janeiro	14.015.000,00
Fevereiro	14.015.000,00
Março	14.015.000,00
Abril	14.015.000,00
Mai	14.015.000,00
Junho	14.015.000,00
Julho	14.015.000,00
Agosto	14.015.000,00
Setembro	14.015.000,00
Outubro	14.015.000,00
Novembro	14.015.000,00
Dezembro	-
TOTAL	154.165.000,00

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284.9000
AUTENTICAÇÃO: Autentico a presente
cópia reprográfica extraída neste ORCPN,
a qual confere com o original, do que dou fé.

S. Paulo

Em Teste

Terezinha Cardoso Ribeiro - Escr. Autor
Válido somente com o selo de autenticidade



CLÁUSULA TERCEIRA DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até 30/11/2019.

CLÁUSULA QUARTA DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA DA PUBLICAÇÃO

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

Assinatura



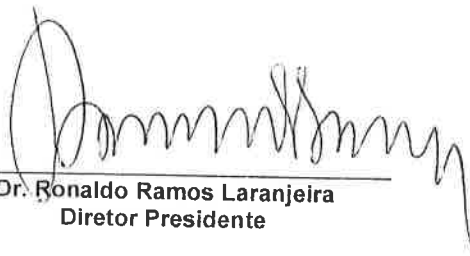
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SEXTA 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 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 28 de dezembro de 2018.

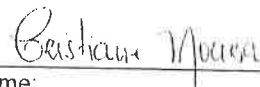


Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente

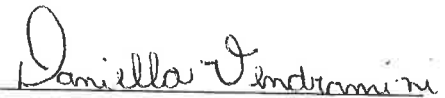


Dr. Marco Antonio Zago
Secretário de Estado da Saúde
Prof. Dr. Antonio Rugolo Jr.
Secretário Adjunto
Secretaria de Estado de Saúde

Testemunhas:

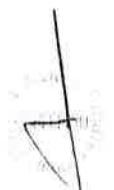
1) 

Nome:
R.G.: 27392145

2) 

Nome:
R.G.: 43.750.174-7







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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;
- ♦ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ♦ 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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI**.

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 anestesta, 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 anestesta, 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.





O atendimento ambulatorial compreende:

- ◆ Primeira consulta: agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ Interconsulta
- ◆ Consultas subsequentes (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 subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes 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 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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI** 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.

II – 9000 essente ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

O hospital deverá realizar um número de **2.090** saídas hospitalares no período de janeiro a novembro/2019, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

[illegible]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

O hospital deverá realizar um número de **3.465** saídas hospitalares no período de janeiro a novembro/2019, 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)

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Eletivas	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	-	3.465
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	-	3.465

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.

II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	-	550
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	-	935
Total	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	-	1.485

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA

AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284-9000
AUTENTICADO Autentico a presença
cópia reprográfica extraída neste DRCPN,
a qual contém o original, do que dou fé.

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:

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Atividade Ambulatorial Médica	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	9.080	-	99.880
Primeira Consulta	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	2.120	-	23.320
Interconsulta	848	848	848	848	848	848	848	848	848	848	848	-	9.328
Consulta Subsequente	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	6.112	-	67.232

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:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultas Subseqüentes	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	-	11.660
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	1.060	-	11.660

PLANEJADAS

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





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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



PLANEJADAS

X

X

X

X

II.3 ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) (X)

Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) ()

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Consultas de Urgência	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	-	8.800
Total	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	-	8.800

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 **2.211 exames** no período de janeiro a novembro/2019, a pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, aqueles 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):

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagnóstico Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	-	440
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	1.100
Radiologia Intervencionista	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	-	495
Métodos Diagn.em especialidades	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	-	176
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	-	2.211

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284.9000
AUTENTICAÇÃO: Autentico a presente
cópia reprográfica extraída neste ORCPN,
a qual contém com o original, do que dou fé.



Terezinha Cardoso Albeiro - Escr. Autor.
Válido somente com o selo de autenticidade

II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Tratamento onco - Radioterapia (nº de campos por paciente)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento onco - Quimioterapia	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	-	17.600
Tratamento Onco - Hormonioterapia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	1.100
TOTAL - QUIMIOTERAPIA + HORMONIOTERAPIA	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700	-	18.700
Tratamento em Oftalmologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia especializada - Litotripsia	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280	-	3.080
Tratamento Nefrologia- Diálise Peritoneal (pacientes)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento Nefro - Sessão de Diálise	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270	-	2.970
SUB_TOTAL	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	-	6.050
Total	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	2.250	-	24.750

II. 5 – TRANSPLANTES ACOMPANHAMENTO

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Renal	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	-	220
Hepático	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	44
Córnea	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	-	66
Medula Óssea	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	44
Total	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	-	374

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

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 08 (oito) 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 Terapêutico Externo – SADT Externo
- (X) 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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI** para o período de janeiro a novembro/2019, fica estimado em R\$ 154.165.000,00 (cento e cinquenta e quatro milhões, cento e sessenta e cinco mil 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
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	30
HD/Cirurgia Ambulatorial	20
Urgência	5
Ambulatório - Especialidades Médicas	15
Ambulatório – Especialidades Não Médicas	1
SADT Externo	1
TOTAL	100%



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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o período de janeiro a novembro/2019 dar-se-ão na seguinte maneira:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TABELA II – CRONOGRAMAS

2019			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES	
Mês	Valor	Indicadores de Qualidade	Indicadores de Produção
Janeiro	R\$ 14.015.000,00	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	R\$ 14.015.000,00		
Março	R\$ 14.015.000,00		
Abril	R\$ 14.015.000,00	2º trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	2º semestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Maio	R\$ 14.015.000,00		
Junho	R\$ 14.015.000,00		
Julho	R\$ 14.015.000,00	3º trimestre – consolidação das informações em outubro, avaliação em novembro	
Agosto	R\$ 14.015.000,00		
Setembro	R\$ 14.015.000,00		
Outubro	R\$ 14.015.000,00	4º trimestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Novembro	R\$ 14.015.000,00		
Dezembro	-		
Total	R\$ 154.165.000,00		

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA

AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284.9000

AUTENTICACAO: Autentico a presente

cópia reprográfica extraída neste ORCPN,

a qual confere com o original, do que dou fé

S. Paulo

Em Teste

Terezinha Cardoso Ribeiro - Escr. Autor.
Válido somente com o selo de autenticidade

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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI.

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 DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI.

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.

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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

5.4. A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal (OSS e unidade), Certidão Negativa de Débito Trabalhista, Certificado de Regularidade do FGTS (OSS e unidade), Extratos Bancários, preços de materiais e medicamentos praticados, entre outras informações, nos termos, prazos e condições definidos pela **CONTRATANTE**.

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 citados 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.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 90% 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 89,9% 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)
AMBULATORIO Especialidades Médicas	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% 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 89,9% 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)
AMBULATORIO 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 90% 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 89,9% 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 90% 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 89,9% 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)

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3284-9000
AUTENTICAÇÃO: Autenticar o presente
cópia reprográfica extraída neste ORCPN,
a qual contém o original, do que dou fé.

S. Paulo

Em Teste

Terezinha Cardoso Ribeiro
LST. AUT. 11286
AU 10.96 AG 0568999
só é válido com o selo de Autenticidade



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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)





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO III INDICADORES DE QUALIDADE

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

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, torna este indicador 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 hospital 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 utilizados para o cálculo deste **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 a menor em até 10% do valor de custeio da unidade no período avaliativo, conforme estabelecido no item 4.2 do Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

Pré Requisitos	
Apresentação de AIH	
Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço	
Diagnóstico secundário por especialidade	
Percentual de AIH referente às saídas	
Programa de Controle de Infecção Hospitalar	

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O PERÍODO DE JANEIRO A NOVEMBRO DE 2019

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade de Informação	20%	20%	20%	20%
Programa de Humanização	10%	10%	10%	10%
Módulos de Regulação - CROSS	10%	10%	10%	10%
Atividade Cirúrgica	30%	30%	30%	30%
Monitoramento de Atividades Selecionadas	30%	30%	30%	30%

17º REGISTRO CIVIL BELA VISTA
AV. BRIG. LUIS ANTONIO, 1702 - TEL: 3288-3000
AUTENTICAÇÃO: Autentico a cópia
cópia reprográfica extraída neste ORCPN,
a qual confero com o original, do que dou fé.

S. Paulo 21 JAN. 2019

Em Teste

Terezinha
Válido somente



Atendimento Ambulatorial (Especialidades Médicas):
7.960 consultas/ano
Atendimento Ambulatorial (Especialidades não Médicas):
6.296 consultas/ano
Atendimento a urgências: 32.400/ano
SADI Externo: 9.240 exames/ano

