

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

CONTRATANTE: **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

CONTRATADA: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM** gerenciadora do **HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI**

CONTRATO DE GESTÃO Nº (DE ORIGEM): **SPDOC nº 1989972/2019**

OBJETO: O prazo de vigência do contrato de gestão fica prorrogado por mais 04 (quatro) meses, a partir de 01/12/2024, podendo ser rescindido antes do término do prazo de vigência, sem ônus para as partes quando finalizado o procedimento para a contratação definitiva e excepcionalmente, no mês de dezembro de 2024, será realizado pelo hospital um Mutirão de Urologia.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): **R\$ 62.899.104,63**
EXERCÍCIO: 2024

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 extraíndo 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, de de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Eleuses Vieira de Paiva
Cargo: Secretário de Estado da Saúde
CPF: 353.542.676-68

COORDENADORA DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Marcela Pégolo da Silveira
Cargo: Coordenador de Saúde
CPF: 299.454.228-55

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

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

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Eleuses Vieira de Paiva
Cargo: Secretário de Estado da Saúde
CPF: 353.542.676-68

Assinatura: _____

Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

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

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Ordenador de despesas

Nome: Marcela Pégolo da Silveira
Cargo: Coordenadora de Saúde
CPF: 299.454.228-55

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Responsável por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Nome: Cristiane Aparecida Moura
Cargo: Diretor Técnico de Saúde III
CPF: 261.540.918-26

Assinatura: _____

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

(*) O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

Termo de Aditamento

Nº 04/2024

**DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA
PARA ASSINATURA DE TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO****Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual**

| | | |
|--------------------------------------|-----|--|
| CONTRATANTE | | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE |
| OSS CONTRATADA | | Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina - SPDM |
| OBJETO DO CONTRATO | | Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Euryclides de Jesus Zerbini |
| CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO EM | | 01/12/2019 |
| JUSTIFICATIVA | (X) | Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão: Prorrogação da vigência por até 04 (quatro) meses. |
| | (X) | Termo de aditamento de custeio: Mutirão de Urologia em dezembro de 2024. |
| | () | Repasses de recursos financeiros complementados pela União, destinados ao pagamento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, que prestam assistência |
| DECLARAÇÃO DE INTERESSE | | 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, de de 2024. |
| PELA CONTRATANTE | | <hr/> Dr. Eleuses Vieira de Paiva Secretário de Estado da Saúde |
| PELA OSS CONTRATADA | | <hr/> Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira Diretor Presidente |

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO N. 04/2024

Processo Origem SPDOC nº 1989972/2019
Processo SEI nº 024.00049502/2023-56

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO CELEBRADO EM 01/12/2019 ENTRE O **ESTADO DE SÃO PAULO**, POR INTERMÉDIO DA **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** E A **Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina - SPDM**, 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 à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, neste ato representado pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade RG n. 5.943.754-6, CPF n. 353.542.676-68, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado **Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina - SPDM**, qualificada como Organização Social de Saúde, com CNPJ/MF nº 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº 903878, com endereço à Rua Napoleão de Barros, 715 – Vila Clementino – São Paulo – SP – 04024-002 e com estatuto devidamente registrado no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica – SP, registrado sob nº 478.200 em 18/05/2022, por seu representante, Diretor Presidente, Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira, brasileiro, médico, casado RG. n.º 7.791.138-6, CPF n.º 042.038.438-39, 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 SPDOC nº 1989972/2019**, fundamentada no parágrafo 1º do artigo 6º, da Lei Complementar Estadual n. 846/98 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais n. 8.080/90 e n. 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** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos **Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Euryclides de Jesus Zerbini**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O prazo de vigência do contrato de gestão fica prorrogado por mais 04 (quatro) meses, a partir de 01/12/2024, podendo ser rescindido antes do término do prazo de vigência, sem ônus para as partes quando finalizado o procedimento para a contratação definitiva e excepcionalmente, no mês de dezembro de 2024, será realizado pelo hospital o Mutirão de Urologia.

CLÁUSULA SEGUNDA
DA ALTERAÇÃO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

O presente Termo de Aditamento altera os Anexos I e II e a Cláusula Sétima – do Contrato de Gestão tratado nos autos do Processo SEI: 024.00049502/2023-56, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS
PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no “caput” desta cláusula, o valor de R\$ 15.583.706,80 (quinze milhões, quinhentos e oitenta e três mil, setecentos e seis reais e oitenta centavos), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 50 85, no mês de dezembro de 2024 e o valor de R\$ 46.751.120,40 (quarenta e seis milhões, setecentos e cinquenta e um mil, cento e vinte reais e quarenta centavos), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 50 85, no período de janeiro a março de 2025 e referente ao Mutirão de Urologia o valor de R\$ 564.277,43 (quinhentos e sessenta e quatro mil, duzentos e setenta e sete reais e quarenta e três centavos), onerará a rubrica 10 302 0930 6381 0000, no item 33 50 85, cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão, conforme Instruções do TCESP.

Custeio**Atividade:** 10.302.0930.4852.0000**Natureza:** 33 50 85**Fonte:** Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12**Mutirão de Urologia****Atividade:** 10.302.0930.6381 0000**Natureza:** 33 50 85**Fonte:** Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12

| MÊS | TA 04/2024 (R\$) | Mutirão Urologia | CUSTEIO 2025 (R\$) |
|------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Janeiro | - | - | 15.583.706,80 |
| Fevereiro | - | - | 15.583.706,80 |
| Março | - | - | 15.583.706,80 |
| Abril | - | - | - |

| | | | |
|--------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Maio | - | - | - |
| Junho | - | - | - |
| Julho | - | - | - |
| Agosto | - | - | - |
| Setembro | - | - | - |
| Outubro | - | - | - |
| Novembro | - | - | - |
| Dezembro | 15.583.706,80 | 564.277,43 | - |
| TOTAL | 15.583.706,80 | 564.277,43 | 46.751.120,40 |

CLAUSULA OITAVA
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

As condições de pagamento estão pormenorizadas no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente **Contrato de Gestão**.

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Termo de Aditamento vigorará a partir de 01/12/2024, podendo ser rescindido antes do término do prazo de vigência.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do CONTRATO DE GESTÃO.

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

São Paulo, de de 2024.

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Secretário de Estado da Saúde

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente

Testemunhas:

1) _____
Nome: Daniella Vendramini Estima
R.G.: 43.750.174-7

2) _____
Nome: Otávio Monteiro Becker Júnior
R.G.: 8.022.592-5

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;
- ◆ 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 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 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 regionais (UBS - 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 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 Aditamento ao presente contrato.

O **HOSPITAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI** desenvolve Programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional 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 (2024)

II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

O hospital deverá realizar um número de **178** saídas hospitalares, 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 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 178 | 178 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 178 | 178 |

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

O hospital deverá realizar um número de **396** saídas hospitalares, 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 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 396 | 396 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 396 | 396 |

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

O hospital deverá realizar um número de **155** procedimentos em Hospital-Dia e cirurgias ambulatoriais.

| Cirurgia Hospital-Dia - Cirurgia Ambulatorial | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|------------|
| Cirurgia Hospital-Dia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 155 | 155 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 155 | 155 |

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 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.345 | 1.345 |
| Interconsulta | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 848 | 848 |
| Consulta Subsequente | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5.465 | 5.465 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 7.658 | 7.658 |

| |
|-------------------|
| Acupuntura |
| Anestesiologia |
| Cardiologia |
| Cirurgia Geral |
| Cirurgia Vascular |
| Dermatologia |
| Endocrinologia |
| Gastroenterologia |
| Hematologia |
| Infectologia |
| Neurologia |
| Neurocirurgia |
| Oftalmologia |
| Oncologia |
| Ortopedia |
| Pneumologia |
| Psiquiatria |
| Urologia |
| Outros |

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 |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|--------------|
| Consulta Subsequente | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.740 | 1.740 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.740 | 1.740 |

| |
|---------------------------|
| Enfermeiro |
| Farmacêutico |
| Nutricionista |
| Psicólogo |
| Odontologia / Buco Maxilo |

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (X)

Atendimento de Urgência não referenciado ()

| Urgência Emergência | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|------------|
| Consultas de Urgência | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 500 | 500 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 500 | 500 |

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

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **221** 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 Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

| SADT Externo | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|------------|
| Outras Ultrassonografias | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 40 | 40 |
| Ultra-Sonografia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 40 | 40 |
| Endoscopia Digestiva Alta | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 110 | 110 |
| Colonoscopia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 10 | 10 |
| Endoscopia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 120 | 120 |
| Radiologia Intervencionista | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 45 | 45 |
| Radiologia Intervencionista | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 45 | 45 |
| Diagnóstico em Urologia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 16 | 16 |
| Métodos Diagnósticos em Especialidades | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 16 | 16 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 221 | 221 |

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

II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

| Tratamentos Clínicos | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| Tratamento Onco - Quimioterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.600 | 1.600 |
| Tratamento Onco - Hormonioterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100 | 100 |
| Total - Quimioterapia + Hormonioterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.700 | 1.700 |
| Terapia Especializada - Litotripsia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 320 | 320 |
| Tratamento Nefro - Sessão de Diálise | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100 | 100 |
| Sub-Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 420 | 420 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2.120 | 2.120 |

II. 5 – TRANSPLANTES ACOMPANHAMENTO

| Transplantes | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Córnea | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 4 |
| Medula Óssea | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 6 |
| Total | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 10 | 10 |

II. 7 – MUTIRÃO DE UROLOGIA (DEZEMBRO/2024)

| CODIGO | PROCEDIMENTO | Dezembro/2024 | TOTAL |
|------------|---|---------------|-------|
| 0416010130 | PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA | 20 | 20 |
| 0409030040 | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA | 40 | 40 |

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS (2025)

II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

O hospital deverá realizar um número de **534** saídas hospitalares, 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 | 178 | 178 | 178 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 534 |
| Total | 178 | 178 | 178 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 534 |

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

O hospital deverá realizar um número de **1.188** saídas hospitalares, 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 | 396 | 396 | 396 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.188 |
| Total | 396 | 396 | 396 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.188 |

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

O hospital deverá realizar um número de **465** procedimentos em Hospital-Dia e cirurgias ambulatoriais.

| Cirurgia Hospital-Dia - Cirurgia Ambulatorial | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--|------------|------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| Cirurgia Hospital-Dia | 155 | 155 | 155 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 465 |
| Total | 155 | 155 | 155 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 465 |

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 | 1.345 | 1.345 | 1.345 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4.035 |
| Interconsulta | 848 | 848 | 848 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2.544 |
| Consulta Subsequente | 5.465 | 5.465 | 5.465 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 16.395 |
| Total | 7.658 | 7.658 | 7.658 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 22.974 |

| |
|----------------|
| Acupuntura |
| Anestesiologia |
| Cardiologia |
| Cirurgia Geral |

| |
|-------------------|
| Cirurgia Vascular |
| Dermatologia |
| Endocrinologia |
| Gastroenterologia |
| Hematologia |
| Infectologia |
| Neurologia |
| Neurocirurgia |
| Oftalmologia |
| Oncologia |
| Ortopedia |
| Pneumologia |
| Psiquiatria |
| Urologia |
| Outros |

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 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|
| Consulta Subsequente | 1.740 | 1.740 | 1.740 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5.220 |
| Total | 1.740 | 1.740 | 1.740 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5.220 |

| |
|---------------------------|
| Enfermeiro |
| Farmacêutico |
| Nutricionista |
| Psicólogo |
| Odontologia / Buco Maxilo |

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (X)

Atendimento de Urgência não referenciado ()

| Urgência Emergência | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|-----------------------|------------|------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|
| Consultas de Urgência | 500 | 500 | 500 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.500 |
| Total | 500 | 500 | 500 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.500 |

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

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **663** 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 Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

| SADT Externo | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|---|------------|------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| Outras Ultrassonografias | 40 | 40 | 40 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 120 |
| Ultra-Sonografia | 40 | 40 | 40 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 120 |
| Endoscopia Digestiva Alta | 110 | 110 | 110 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 330 |
| Colonoscopia | 10 | 10 | 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 30 |
| Endoscopia | 120 | 120 | 120 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 360 |
| Radiologia Intervencionista | 45 | 45 | 45 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 135 |
| Radiologia Intervencionista | 45 | 45 | 45 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 135 |
| Diagnóstico em Urologia | 16 | 16 | 16 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 48 |
| Métodos Diagnósticos em Especialidades | 16 | 16 | 16 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 48 |
| Total | 221 | 221 | 221 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 663 |

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

II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

| Tratamentos Clínicos | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--|--------------|--------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|
| Tratamento Onco - Quimioterapia | 1.600 | 1.600 | 1.600 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4.800 |
| Tratamento Onco - Hormonioterapia | 100 | 100 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 300 |
| Total - Quimioterapia + Hormonioterapia | 1.700 | 1.700 | 1.700 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5.100 |
| Terapia Especializada - Litotripsia | 320 | 320 | 320 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 960 |
| Tratamento Nefro - Sessão de Diálise | 100 | 100 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 300 |
| Sub-Total | 420 | 420 | 420 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.260 |
| Total | 2.120 | 2.120 | 2.120 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6.360 |

II. 5 – TRANSPLANTES ACOMPANHAMENTO

| Transplantes | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| Córnea | 4 | 4 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 12 |
| Medula Óssea | 6 | 6 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 18 |
| Total | 10 | 10 | 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 30 |

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;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- 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 /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- (X) Outros Atendimentos.

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 subseqüentes 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

| DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO | |
|--|------------|
| MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO | % |
| Saídas hospitalares em Clínica Médica | 31 |
| Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgicas | 35 |
| HD/Cirurgia Ambulatorial | 5 |
| Urgência | 5 |
| Ambulatório - Especialidades Médicas | 17 |
| Ambulatório – Especialidades Não Médicas | 2 |
| SADT Externo | 5 |
| TOTAL | 100 |

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

| ATIVIDADE REALIZADA | QUANTIDADE PRODUZIDA | FÓRMULA DE CÁLCULO (EM REAIS) |
|---|---|--|
| Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica | 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 |
| Saídas Hospitalares Cirúrgicas | 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 |
| Hospital dia cirúrgico | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades – Médicas | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades – Não Médicas | 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 |
| SADT EXTERNO | 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 |
| URGÊNCIA / EMERGÊNCIA | 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 |

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

III.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.

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 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.

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, preços de materiais e medicamentos praticados (quando for o caso), além de extratos bancários, 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.

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, 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 |
|--|
| Apresentação de AIH |
| Notificação e Investigação Interna de 100% dos óbitos maternos e/ou neonatais precoces |

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE 2024

| Indicadores | 1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre | 4º trimestre |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Qualidade de Informação | - | - | - | 20% |
| Humanização e Ouvidoria | - | - | - | 10% |
| Regulação de Acesso | - | - | - | 20% |
| Atividade Cirúrgica | - | - | - | 20% |
| Monitoramento de Atividades Seleccionadas | - | - | - | 30% |

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE 2025

| Indicadores | 1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre | 4º trimestre |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Qualidade de Informação | 20% | - | - | - |
| Humanização e Ouvidoria | 10% | - | - | - |
| Regulação de Acesso | 20% | - | - | - |
| Atividade Cirúrgica | 20% | - | - | - |
| Monitoramento de Atividades Seleccionadas | 30% | - | - | - |