

TERMO DE ADITAMENTO

Nº 01/20

**DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA PARA ASSINATURA DE  
TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO**

<b>CONVENENTE</b>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
<b>CONVENIADA</b>		SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
<b>OBJETO DO CONVÊNIO</b>		HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA
<b>CONVÊNIO FIRMADO EM</b>		30/06/2020
<b>JUSTIFICATIVA</b>	<input type="checkbox"/>	Ajuste semestral - Item 8- Anexo Técnico I - Convênio
	<input type="checkbox"/>	Ajustes eventuais
	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Termo de Aditamento</b> para estabelecer a sistemática pagamento, acompanhamento, avaliação e controle; inclusão de indicadores de qualidade e valor do repasse de recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e recursos financeiros de Custeio provenientes do Fundo Estadual de Saúde, para o período de julho a dezembro de 2020.
<b>DECLARAÇÃO DE INTERESSE</b>	<p>As partes acima identificadas declaram estar de pleno acordo com a emissão de Termo de Aditamento em atendimento ao disposto no Convênio, nos itens e cláusulas acima especificados.</p> <p style="text-align: right;">São Paulo, 01 de julho de 2020.</p>	
<b>PELA CONVENENTE</b>	 <hr/> <b>Dr. José Henrique Germann Ferreira</b> Secretário de Estado da Saúde	
<b>PELA CONVENIADA</b>	 <hr/> <b>João Batista Gomes de Lima</b> Presidente	



*Handwritten marks and signatures in blue ink, including a large 'X' and a signature.*

**ANEXO RP-15 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR –  
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO (A): **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

CONVENIADA: **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**

TERMO DE CONVÊNIO Nº (DE ORIGEM): SPDOC nº 862257/2020

OBJETO: O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto estabelecer a sistemática de pagamento, acompanhamento, avaliação e controle; inclusão de indicadores de qualidade e valor do repasse de recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e recursos financeiros de Custeio provenientes do Fundo Estadual de Saúde, para o período de julho a dezembro de 2020, para o **HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA**.

ADVOGADO(S) Nº OAB: (\*) \_\_\_\_\_

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, 01 de julho de 2020.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828 2

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Dr. José Henrique Germann Ferreira

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial completo: Rua Dom Armando Lombardi, 701 – apto. 93 – Vila Progredior, São Paulo/SP, CEP: 05616-011.

E-mail institucional: [gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br](mailto:gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [jgermann@saude.sp.gov.br](mailto:jgermann@saude.sp.gov.br)

Telefone(s): (11) 3066.8801 / 8660

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

**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:**

**Pelo Órgão Público Convenente:**

Nome: Dr. José Henrique Germann Ferreira

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial completo: Rua Dom Armando Lombardi, 701 – apto. 93 – Vila Progredior, São Paulo/SP, CEP: 05616-011.

E-mail institucional: [gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br](mailto:gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [jgermann@saude.sp.gov.br](mailto:jgermann@saude.sp.gov.br)

Telefone(s): (11) 3066.8801 / 8660

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

**Pela Entidade Conveniada:**

Nome: João Batista Gomes de Lima

Cargo: Presidente

CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]

Data de Nascimento: 27/04/1964

Endereço residencial completo: Av. Pompéia, 888 – Vila Pompéia, São Paulo/SP, CEP:05022-000

E-mail institucional: [joao.gomes@saocamilo-sp.br](mailto:joao.gomes@saocamilo-sp.br)

E-mail pessoal: -----

Telefone(s): (11) 3871.7833 / 3871.7811

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

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



**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO Nº 01/2020**

**Processo Origem SPDOC nº 862257/2020**

Termo de Aditamento ao Convênio do Processo SPDOC nº 862257/2020 entre o Estado de São Paulo, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** e a **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**, para execução de atividades relativas à área da saúde a serem desenvolvidas no **HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato, representada por seu titular, **Secretário de Estado da Saúde, Dr. José Henrique Germann Ferreira**, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade R.G. \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, daqui por diante denominada **CONVENENTE** e, de outro lado, a **Sociedade Beneficente São Camilo**, CNPJ nº 60.975.737/0001-51, com sede na cidade de São Paulo, à Avenida Pompéia, nº 888, e com estatuto arquivado no Registro Civil das Pessoas Jurídicas de São Paulo, em 04 de setembro de 2007, sob nº 537259, neste ato representada pelo seu **Presidente, João Batista Gomes de Lima**, administrador, RG \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, doravante denominada **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Federal nº 8.666/93, atualizada pela Lei Federal nº 8.883/94 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis a espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Termo de Aditamento tem por objeto a definição dos valores e da composição do orçamento do **HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA (HRVP)** e a definição da sistemática de pagamento e de acompanhamento, avaliação e controle do convênio acima identificado.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO ORÇAMENTO DO HOSPITAL**

O orçamento global do HRVP será composto de:

1. Recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, especificados na Cláusula 7ª do Convênio a que se refere este Termo de Aditamento, no valor global estimado para o período de Julho a Dezembro de 2020 de R\$ 26.983.685,88 (vinte e seis milhões, novecentos e oitenta e três mil, seiscentos e oitenta e cinco reais e oitenta e oito centavos) cuja composição está consignada como se segue:

	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
MC SIA E SADT	791.098,90	791.098,90	791.098,90	791.098,90	791.098,90	791.098,90
AC SIA E SADT	1.107.987,54	1.107.987,54	1.107.987,54	1.107.987,54	1.107.987,54	1.107.987,54
FAEC SAI	249.276,23	249.276,23	249.276,23	249.276,23	249.276,23	249.276,23
<b>Sub total 1a1</b>	<b>2.148.362,67</b>	<b>2.148.362,67</b>	<b>2.148.362,67</b>	<b>2.148.362,67</b>	<b>2.148.362,67</b>	<b>2.148.362,67</b>
MC SIAH	760.522,74	760.522,74	760.522,74	760.522,74	760.522,74	760.522,74
AC SIH	1.237.221,86	1.237.221,86	1.237.221,86	1.237.221,86	1.237.221,86	1.237.221,86

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

FAEC SIH	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00
<b>Sub total 1a2</b>	<b>1.999.244,60</b>	<b>1.999.244,60</b>	<b>1.999.244,60</b>	<b>1.999.244,60</b>	<b>1.999.244,60</b>	<b>1.999.244,60</b>
Rede Cegonha	103.403,20	103.403,20	103.403,20	103.403,20	103.403,20	103.403,20
Rede Atenção a Saúde	229.785,60	229.785,60	229.785,60	229.785,60	229.785,60	229.785,60
Rede Câncer	16.484,91	16.484,91	16.484,91	16.484,91	16.484,91	16.484,91
<b>Sub tota 1b</b>	<b>349.673,71</b>	<b>349.673,71</b>	<b>349.673,71</b>	<b>349.673,71</b>	<b>349.673,71</b>	<b>349.673,71</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.497.280,98</b>	<b>4.497.280,98</b>	<b>4.497.280,98</b>	<b>4.497.280,98</b>	<b>4.497.280,98</b>	<b>4.497.280,98</b>

1a) Recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, especificados na Cláusula 7ª do Convênio a que se referem este Termo de Aditamento:

1a.1) No valor mensal estimado em R\$ 2.148.362,67 (dois milhões, cento e quarenta e oito mil, trezentos e sessenta e dois reais e sessenta e sete centavos), correspondendo ao valor máximo estimado em:

- R\$ 791.098,90 (setecentos e noventa e um mil, noventa e oito reais e noventa centavos) para os procedimentos de Média Complexidade, referentes ao atendimento em regime ambulatorial e de SADT;
- R\$ 1.107.987,54 (um milhão, cento e sete mil, novecentos e oitenta e sete reais e cinquenta e quatro centavos) para os procedimentos de Alta Complexidade, referentes ao atendimento ambulatorial e de SADT;
- R\$ 249.276,23 (duzentos e quarenta e nove mil, duzentos e setenta e seis reais e vinte e três centavos) para os identificados como Ações Estratégicas da tabela SIA/SUS.

1a.2) Um valor mensal estimado em R\$ 1.999.244,60 (um milhão, novecentos e noventa e nove mil duzentos e quarenta e quatro reais e sessenta centavos), sendo o valor máximo estimado em:

- R\$ 760.522,74 (setecentos e sessenta mil, quinhentos e vinte e dois reais e setenta e quatro centavos) para os procedimentos de Média Complexidade, referentes ao atendimento em regime hospitalar;
- R\$ 1.237.221,86 (um milhão, duzentos e trinta e sete mil, duzentos e vinte e um reais e oitenta e seis centavos) para os procedimentos de Alta Complexidade, referentes ao atendimento em regime hospitalar;
- R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) para os identificados como Ações Estratégicas da tabela SIH/SUS referentes ao atendimento em regime hospitalar.

1b) A título de incentivo à assistência, receberá no período ainda um valor mensal estimado em R\$ 349.673,71 (trezentos e quarenta e nove mil, seiscentos e setenta e três reais e setenta e um centavos), correspondendo ao valor máximo estimado em:

1b.1) R\$ 103.403,20 (cento e três mil quatrocentos e três reais e vinte centavos) destinados ao custeio de leitos de UTI da Rede Cegonha.

1b.2) R\$ 229.785,60 (duzentos e vinte e nove mil, setecentos e oitenta e cinco reais e sessenta centavos) destinados ao custeio de leito de UTI da Rede de Atenção à Urgência.

1b.3) R\$ 16.484,91 (dezesseis mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e noventa e um centavos) relativos a Rede Câncer.

2. Recursos de Custeio para complementação da realização das atividades assistenciais conveniadas e despesas delas decorrentes, repassados pela **CONVENENTE**, no período

**Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde**

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

de Julho a Dezembro de 2020, no valor de **R\$ 34.987.764,00 (trinta e quatro milhões, novecentos e oitenta e sete mil, setecentos e sessenta e quatro reais)**, segundo tabela abaixo e que onerarão:

**UGE: 090192**

**Atividade: 10 302 0930 4852 0000**

**Natureza da Despesa: 33 50 43**

**Fonte de Recursos: Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12**

MÊS	VALOR (R\$)
Julho	5.831.294,00
Agosto	5.831.294,00
Setembro	5.831.294,00
Outubro	5.831.294,00
Novembro	5.831.294,00
Dezembro	5.831.294,00
<b>Total</b>	<b>34.987.764,00</b>

3. Recursos financeiros provenientes de convênios firmados pela CONVENIADA com instituições particulares para prestação de serviços hospitalares.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO PAGAMENTO, ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE**

**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:

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma de pagamentos ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I.1 A atividade assistencial da **CONVENIADA** subdivide-se em 9 (nove) modalidades abaixo assinaladas:

- (x) Internação em Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (x) Internação em Clínica Cirúrgica (Enfermaria e Pronto Socorro)
- (x) Hospital Dia e 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 – Atendimento Ambulatorial de Doenças Renais – Especialidades Médicas
- (x) Outros Atendimentos – Atendimento Ambulatorial de Doenças Renais – Especialidades Não Médicas

I.1.1. As modalidades de atividade assistencial acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da CONVENIADA e estão detalhadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços.

I.2 Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONVENENTE**, 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 **Convênio** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONVENIADA** 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.2.2 Caso a CONVENIADA se mantenha na gestão da unidade, com a formalização de um novo convênio, será considerado o período de avaliação completo.

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

II.4 O valor repassado de custeio no período avaliado, composto pelos recursos financeiros repassados pela **CONVENENTE** e Ministério da Saúde, conforme disposto na Cláusula 2ª, itens 1 e 2 deste Termo de Aditamento, 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	%	VALOR (R\$)
Saídas hospitalares em Clínica Médica e Pediátrica	23	14.253.433,47
Saídas Hospitalares Cirúrgicas	40	24.788.579,95
HD / Cirurgia Ambulatorial	2	1.239.429,00
Atendimento Urgência	7	4.338.001,49
Ambulatório - Especialidades Médicas	12	7.436.573,99
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	3	1.859.143,50
SADT Externo	11	6.816.859,49
Ambulatório - Especialidades Médicas - Doenças Renais	1	619.714,50
Ambulatório - Especialidades Não Médicas - Doenças Renais	1	619.714,50
Total	100	61.971.449,88

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

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FORMULA DE CALCULO (EM REAIS)
Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica	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

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde



		custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>SADT EXTERNO</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo

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

Os valores percentuais apontados na tabela inserida na Cláusula Quarta do presente Termo de Aditamento serão utilizados como base de cálculo do valor a ser descontado, em caso de descumprimento de metas dos indicadores detalhados na Cláusula.

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 na Cláusula Quarta.

III.2 Do período de avaliação:

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

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

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

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

III.4 Para efeitos de cálculo do desconto dos Indicadores de Qualidade, será considerado o percentual de 10% (dez por cento) sobre o montante repassado a título de custeio à CONVENIADA no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de "mutirões de

procedimentos eletivos”, combinado com os indicadores estabelecidos na Cláusula Quarta.

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 **Convênio** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONVENENTE** 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 **CONVENENTE**.

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](http://www.gestao.saude.sp.gov.br), disponibilizado pela **CONVENENTE** 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 **CONVENIADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da OSS, além de extratos bancários, preços de materiais e medicamentos praticados (quando for o caso), entre outras informações, nos prazos e condições definidos pela **CONVENENTE**.

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

#### **CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE QUALIDADE**

3.1 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.

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

3.3 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.

**3.3.1 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.*

3.4 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**.

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

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

**PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS  
PARA O PERÍODO DE JULHO A DEZEMBRO DE 2020**

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade de Informação	-	-	20%	20%
Humanização e Segurança do Paciente	-	-	10%	10%
Módulos de Regulação - CROSS	-	-	20%	20%
Atividade Cirúrgica	-	-	20%	20%
Protocolos AVC e IAM	-	-	10%	10%
Monitoramento de Atividades Selecionadas	-	-	20%	20%

**CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O presente Termo de Aditamento terá vigência da data da sua assinatura até o dia 31/12/2020.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

**CLÁUSULA SEXTA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **Convênio** e, seus respectivos Termos de Retirratificação.

**CLÁUSULA SÉTIMA - 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 OITAVA - 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, <sup>01</sup> de *julho* de 2020.



**Dr. José Henrique Germann Ferreira**  
Secretário de Estado da Saúde



**João Batista Gomes de Lima**  
Presidente

**Testemunhas:**

1) *Beatriz de Moura*

Nome:

R.G.: 

2) *Daniella Vendramini*

Nome:

R.G.: 

**Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde**

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

