

**TERMO DE ADITAMENTO**

**Nº 01/21**

**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 (com vigência a partir de 01/07/2020)
<b>JUSTIFICATIVA</b>	<input type="checkbox"/>	Ajuste semestral - Item 8- Anexo Técnico I - Convênio
	<input type="checkbox"/>	Ajustes eventuais
	<input checked="" type="checkbox"/>	Termo de Aditamento para alteração de cláusula contratual, inclusão das metas assistenciais, indicadores de qualidade, 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 exercício de 2021.
<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,            de            de 2020.</p>	
<b>PELA CONVENENTE</b>	<p style="text-align: right;"> Dr. Eduardo Ribeiro Secretário Executivo Secretaria de Estado da Saúde</p> <p style="text-align: center;"><b>Dr. Jeancarlo Gorinchteyn</b> Secretário de Estado da Saúde</p>	
<b>PELA CONVENIADA</b>	<p style="text-align: center;"> Justino Scatolin Superintendente</p> <p style="text-align: center;">P.P. <b>João Batista Gomes de Lima</b> Presidente</p>	

**ANEXO RP-11 - 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: 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, no exercício de 2021, para o **HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA.**

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 64.377.485,00

EXERCÍCIO (1): 2021

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

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído 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 2020.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: [REDACTED]

**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: João Batista Gomes de Lima  
Cargo: Presidente  
CPF: [REDACTED]

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: [REDACTED]



Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

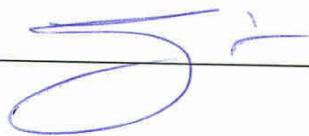
Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o Parecer Conclusivo:**

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: Danilo Cesar Fiore  
Cargo: Coordenador de Saúde  
CPF: [REDACTED]


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



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

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: João Batista Gomes de Lima  
Cargo: Presidente  
CPF: [REDACTED]

Assinatura: 3.2.  \_\_\_\_\_

Justino Scatolin  
Superintendente

- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.  
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO Nº 01/2021**

**Processo Origem SPDOC nº 862257/2020**  
**Processo 2021 SES-PRC-2020/50967**

Termo de Aditamento ao Convênio celebrado em 30/06/2020 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 Governo do 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. Jeancarlo Gorinchteyn**, brasileiro, casado, médico, RG nº [REDACTED] CPF nº [REDACTED], daqui por diante denominada **CONVENIENTE** e, de outro lado, a **Sociedade Beneficente São Camilo**, CNPJ nº 60.975.737/0072-45, 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 representado pelo seu **Presidente, João Batista Gomes de Lima**, administrador, RG [REDACTED], CPF nº [REDACTED], 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 8883/94 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 alteração da Cláusula Nona – Da Apresentação das Contas e das Condições de Pagamento, 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 convenio acima identificado.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO CONVENCIONAL**

O presente Termo de Aditamento **altera dispositivo do CONVÊNIO** assinado em 30/06/2020, conforme prévia justificativa por escrito e declaração de interesse de ambas as partes e autorizada pelo Secretário da Saúde, conforme redação abaixo:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O item 9.2 a Cláusula Nova – Da Apresentação das Contas e das Condições de Pagamento passa a ter a seguinte redação:

*9.2. Caberá ainda a prestação das contas de recursos recebidos nos termos dos itens 1.4 da Cláusula Primeira e 7.2 da Cláusula Sétima, observada a periodicidade, normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da SECRETARIA e do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e demais especificações constantes do Anexo II – Prestação de Contas.*



**CLÁUSULA TERCEIRA – 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 Janeiro a Dezembro de 2021 de R\$ 53.967.371,76 (cinquenta e três milhões, novecentos e sessenta e sete mil trezentos e setenta e um reais e setenta e seis centavos) cuja composição está consignada como se segue:

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
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
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 Saude	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 total 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>

	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
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 Saude	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 total 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 exercício de 2021, no valor de **R\$ 64.377.485,00 (sessenta e quatro milhões, trezentos e setenta e sete mil, quatrocentos oitenta e cinco 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\$)
Janeiro	5.831.294,00
Fevereiro	5.322.381,00
Março	5.322.381,00
Abril	5.322.381,00
Mai	5.322.381,00
Junho	5.322.381,00
Julho	5.322.381,00
Agosto	5.322.381,00
Setembro	5.322.381,00
Outubro	5.322.381,00
Novembro	5.322.381,00
Dezembro	5.322.381,00
<b>Total</b>	<b>64.377.485,00</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 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 **CONVENIENTE**, 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 Convênio, 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 **CONVENTE** 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**

<b>DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO</b>		
<b>MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR (R\$)</b>
Saídas hospitalares em Clínica Médica e Pediátrica	23	27.219.317,06
Saídas Hospitalares Cirúrgicas	40	47.337.942,71
HD / Cirurgia Ambulatorial	2	2.366.897,13
Atendimento Urgência	7	8.284.139,97
Ambulatório - Especialidades Médicas	12	14.201.382,81
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	3	3.550.345,70
SADT Externo	11	13.017.934,24
Ambulatório – Especialidades Médicas - Doenças Renais	1	1.183.448,57
Ambulatório – Especialidades Não Médicas - Doenças Renais	1	1.183.448,57
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>118.344.856,76</b>

NE

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

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

*RSZ*



### 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 Convênio, para efeitos de desconto, será efetivada no trimestre posterior.

III.2.2 Caso a CONVENIADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo convenio, 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 **Convênio**.

3.5 A tabela abaixo apresenta o peso de cada Indicador de Qualidade para a avaliação e valorização de cada trimestre. Essa valorização 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.



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

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

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

**CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

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

**CLÁUSULA SEXTA - DA RATIFICAÇÃO**

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

**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.


*RS*

**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, de de 2020.

  
Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

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

  
**João Batista Gomes de Lima**  
**Presidente**

**Testemunhas:**

1) \_\_\_\_\_

Nome:

R.G.:

2) \_\_\_\_\_

Nome:

R.G.:



## ANEXO TÉCNICO I

### **I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONVENIADOS**

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONVENIADA** 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 **CONVENENTE**.

As metas de atividade assistencial ora pactuadas têm como base de cálculo a capacidade operacional relativa ao número de leitos reservados para atendimento SUS, o qual deve ser de, no mínimo, 60% (sessenta por cento) da capacidade total do hospital.

#### **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.

#### **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 nº. 44/GM em 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, loco regional 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.

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 pactuada/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
- ◆ 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/UBS - Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

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 as 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 Tratamento Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada - Litotripsia) e SADT externo (Diagnostico em laboratório clínico - CEAC e Diagnostico em Anatomia Patológica - CEAC), 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 Convênio, de comum acordo entre os contratantes, o **Hospital Regional Vale do Paraíba** 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 **CONVENENTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo de Aditamento ao presente Convênio.



## **II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**

### **II.1 INTERNAÇÃO**

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

O hospital deverá realizar **2.160** 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	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2.160
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>2.160</b>

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

O hospital deverá realizar **7.308** 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	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280	3.360
Urgências	329	329	329	329	329	329	329	329	329	329	329	329	3.948
<b>Total</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>7.308</b>

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de saídas cirúrgicas de caráter eletivo e saídas cirúrgicas de caráter de urgência referidas na produção realizada e informada no SIH - DATASUS, pelo hospital, no exercício anterior.

### **II.2 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL**

O hospital deverá realizar um total de **5.400** Cirurgias de HD, e Cirurgias Ambulatoriais:

CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>5.400</b>

**II.3 ATENDIMENTOS À URGÊNCIA (âmbito hospitalar)**

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) (X)  
Atendimento de Urgência Não Referenciado (Porta Aberta) ( )

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Consultas de Urgência	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800
<b>Total</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>	<b>13.800</b>

**II.4 ATENDIMENTO AMBULATORIAL (serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)**

**II.4.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	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	6.600
Interconsulta	850	850	850	850	850	850	850	850	850	850	850	850	10.200
Consulta Subsequente	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	5.700	68.400
<b>Total</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>7.100</b>	<b>85.200</b>

**II.4.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.**

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

CONSULTAS NÃO MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	1.260
Consultas Subseqüentes	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	7.500
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	460	460	460	460	460	460	460	460	460	460	460	460	5.520
<b>Total</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>1.190</b>	<b>14.280</b>



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

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

## II.5. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO - SADT EXTERNO (ÂMBITO HOSPITALAR OU EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL)

O Hospital oferecerá **14.520** exames de SADT abaixo relacionados, a pacientes **EXTERNOS** ao Ambulatório, 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:

ADT EXTERNO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Radiologia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Ultra-Sonografia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Tomografia Computadorizada	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Endoscopia	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
Métodos Diagn.em especialidades	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	1.680
<b>Total</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>1.210</b>	<b>14.520</b>

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

## II.6 ACOMPANHAMENTO

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Tratamento onco - Radioterapia	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	3.200	38.400
<b>TOTAL - RADIOTERAPIA</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>	<b>38.400</b>
Tratamento onco - Quimioterapia	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	16.320
Tratamento Onco - Hormonioterapia	616	616	616	616	616	616	616	616	616	616	616	616	7.392
<b>TOTAL - QUIMIOTERAPIA + HORMONIOTERAPIA</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>1.976</b>	<b>23.712</b>



Tratamento em Oftalmologia	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	16.800
Terapia especializada - Litotripsia	232	232	232	232	232	232	232	232	232	232	232	232	232	2.784
<b>SUB_TOTAL</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>1.632</b>	<b>19.584</b>
<b>Total</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>6.808</b>	<b>81.696</b>

## II.7 ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO CENTRO DE DOENÇAS RENAIIS DO HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA

### II.7.1.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	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	156
Interconsulta	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	384
Consulta Subsequente	424	424	424	424	424	424	424	424	424	424	424	424	5.088
<b>Total</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>469</b>	<b>5.628</b>

### II.7.1.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.

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

CONSULTAS NÃO MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1.080
Consultas Subseqüentes	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390	4.680
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	2.760
<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>710</b>	<b>8.520</b>

## II.7.2 ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DIALÍTICO

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Tratamento Nefrologia-Diálise Peritoneal (pacientes)	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Tratamento Nefro - Sessão de Diálise	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	2.760	33.120
<b>SUB_TOTAL</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>33.600</b>
<b>Total</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>	<b>33.600</b>

## III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS AO CONVENIADO

A CONVENIADA encaminhará à **CONVENIENTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

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 II** **PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL DOS RECURSOS REPASSADO PELA CONVENIENTE**

Tópicos para apresentação e análise de Prestações de Contas, nos termos das Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde e a Instrução 01/20 do Tribunal de Contas do Estado.

### **INTRODUÇÃO**

São **definidas como despesas de custeio**, aquelas que **não** contribuem para o aumento do patrimônio do interessado, tais como: medicamento, material de escritório (artigos de papelaria), material de enfermagem, material de laboratório, alimentação, manutenção de equipamentos e de instalações, despesas com pessoal, etc.

**As despesas de investimento** são aquelas que, **de alguma forma**, alteram o patrimônio do interessado, valorizando-o. Essas despesas podem ocorrer com: aquisição de equipamentos (médicos e outros), aquisição de móveis (específicos para área de saúde), construção de novas unidades ou ampliação das já existentes.

**NOTA:** Quando da construção de instalações, toda aquisição de material destinada a esse fim é considerada como despesas de capital (investimento), assim como os serviços de pedreiro, enfim o pessoal especializado.

### **I - DOCUMENTOS QUE COMPÕEM A PRESTAÇÃO DE CONTAS**

- 1) Deverá ser entregue até a data informada pela CGCSS a documentação disposta no artigo 155 da Instrução 01/20 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo ou a Instrução que estiver vigente à época.
- 2) O Ofício de encaminhamento da Prestação de Contas será endereçado ao Coordenador da CGCSS- Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (**em papel timbrado**).

**IMPORTANTE:** Quando a folha de pagamento for efetuada através de débito em C/C deverão ser anexados documentos de autorização para a transação e documentos que indiquem a data de pagamento e valor da folha de pessoal.

### **II) DA MOVIMENTAÇÃO BANCÁRIA DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Os recursos financeiros são repassados através do Banco do Brasil, em conta aberta pela **CONVENIADA**, especificamente para movimentação dos recursos do presente Convênio.

**NOTA 1:** Constitui irregularidade o débito na conta corrente sem o correspondente documento comprovante da despesa. Tal conduta implica em desvio de finalidade do recurso, mesmo que a importância sacada da conta corrente venha a ser depositada posteriormente, cabendo denúncia ao Tribunal de Contas.

Em caso de aplicação financeira dos recursos, os mesmos somente poderão ser aplicados de forma isolada (uma conta de aplicação financeira para cada recurso recebido), evitando assim que sejam agrupados em uma conta única, a fim de que os valores de seus rendimentos fiquem claramente demonstrados. Os juros obtidos com aplicação dos recursos dos Termos de Aditamentos deverão ter sua utilização total comprovada, caso contrário, o valor aplicado não utilizado deverá ser restituído com os acréscimos legais de praxe. Os extratos de aplicação deverão cobrir todo o período durante o qual os recursos permanecerem aplicados até o seu resgate final, de acordo com a Lei 8.666 atualizada e demais legislações pertinentes à matéria.

## COMPARATIVO DE METAS SES 2020/ 2021

### HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA

#### UNIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS POR CLÍNICA

	DE	PARA
Clínica Médica	180	180
Clínica Obstétrica	0	0
Clínica Pediátrica	0	0
Clínica Psiquiátrica	0	0
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>180</b>

#### SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA

	DE	PARA
Eletivas	380	280
Urgências	329	329
<b>Total</b>	<b>709</b>	<b>609</b>

#### CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL

	DE	PARA
Cirurgia Hospital-Dia	0	0
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	500	450
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>450</b>

#### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

	DE	PARA
Consultas de Urgência	1.150	1.150
<b>Total</b>	<b>1.150</b>	<b>1.150</b>

#### CONSULTAS MÉDICAS

	DE	PARA
Primeira Consulta	600	550
Interconsulta	930	850
Consulta Subsequente	6.200	5.700
<b>Total</b>	<b>7.730</b>	<b>7.100</b>

#### CONSULTAS NÃO MÉDICAS

	DE	PARA
Primeiras Consultas Rede	0	0
Interconsultas	120	105
Consultas Subseqüentes	680	625
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	500	460
<b>Total</b>	<b>1.300</b>	<b>1.190</b>

*Handwritten signature*



COMPARATIVO DE METAS SES 2020/ 2021

SADT EXTERNO		
	DE	PARA
Radiologia	500	400
Ultra-Sonografia	200	200
Tomografia Computadorizada	400	400
Endoscopia	80	70
Métodos Diagn.em especialidades	180	140
<b>Total</b>	<b>1.360</b>	<b>1.210</b>

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO		
	DE	PARA
Tratamento onco - Radioterapia	3.200	3.200
<b>TOTAL - RADIOTERAPIA</b>	<b>3.200</b>	<b>3.200</b>
Tratamento onco - Quimioterapia	1.480	1.360
Tratamento Onco - Hormonioterapia	670	616
<b>TOTAL - QUIMIOTERAPIA + HORMONIOTERAPIA</b>	<b>2.150</b>	<b>1.976</b>
Tratamento em Oftalmologia	1.400	1.400
Terapia especializada - Litotripsia	232	232
<b>Total</b>	<b>6.982</b>	<b>6.808</b>

CENTRO ESTADUAL DE DOENÇAS RENAIIS DO VALE DO PARAÍBA

CONSULTAS MÉDICAS		
	DE	PARA
Primeira Consulta	15	13
Interconsulta	35	32
Consulta Subsequente	461	424
<b>Total</b>	<b>511</b>	<b>469</b>

CONSULTAS NÃO MÉDICAS		
	DE	PARA
Primeiras Consultas Rede	0	0
Interconsultas	100	90
Consultas Subseqüentes	430	390
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	250	230
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>710</b>

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO		
	DE	PARA
Tratamento Nefrologia- Diálise Peritoneal (pacientes)	40	40
Tratamento Nefro - Sessão de Diálise	2.760	2.760
<b>Total</b>	<b>2.800</b>	<b>2.800</b>

157