





**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

Nome: Dr. José Henrique Germann Ferreira

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 672.438.518-00 RG: 3.966.500-8

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial: 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: -----

Telefone(s): (11) 3066.8801 / 8660

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

**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:**

**Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

Nome: Dr. José Henrique Germann Ferreira

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 672.438.518-00 RG: 3.966.500-8

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial: 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: -----

Telefone(s): (11) 3066.8801 / 8660

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

**Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:**

Nome: Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

Cargo: Diretor Presidente

CPF: 042.038.438-39 RG: 7.791.138-6

Data de Nascimento: 19/10/1956

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

E-mail institucional: [presidencia@spdm.org.br](mailto:presidencia@spdm.org.br)

E-mail pessoal: [laranjeira@uniad.org.br](mailto:laranjeira@uniad.org.br)

Telefone(s): (11) 3170.6106

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

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

## TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/20

**PROCESSO ORIGEM Nº 001.0500.000.039/2017**

**PROCESSO 2020 SPDOC nº 3485981/2019**

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO CELEBRADO EM 11/12/2017 QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, E A **SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, QUALIFICADA COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO **HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA “DR. ADIB DOMINGOS JATENE”**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato representada pelo seu **Secretário de Estado da Saúde**, Dr. José Henrique Germann Ferreira, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 3.966.500-8, CPF nº 672.438.518-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM**, 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 e com estatuto arquivado no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica/SP e registrado sob nº 440.472 em 05/06/2017, neste ato representada por seu **Diretor Presidente Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, médico, casado, R.G. nº 7.791.138-6, CPF nº 042.038.438-39, doravante denominado **OPERADOR DO COMPLEXO**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 001.0500.000.039/2017, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98 e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente TERMO DE ADITAMENTO, conforme disposto na Cláusula Nona – Da Alteração Contratual do Contrato de Gestão referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA “DR. ADIB DOMINGOS JATENE”**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA** **DO OBJETO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto alterações de Cláusulas do Contrato de Gestão celebrado em 11/12/2017, bem como a operacionalização da gestão e execução, pelo **OPERADOR DO COMPLEXO**, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA “DR. ADIB DOMINGOS JATENE”**, no exercício de 2020, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

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

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

Em consonância com a Resolução SS nº 99, de 17 de outubro de 2019 e o Parecer CJ nº 749/2019, necessária a alteração de dispositivos da Minuta do Contrato de Gestão.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A cláusula segunda do contrato de gestão passa a vigorar com a seguinte redação:

***CLÁUSULA SEGUNDA***

***OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA OPERADOR DO COMPLEXO***

*Em cumprimento às suas obrigações, cabe ao **OPERADOR DO COMPLEXO**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:*

*1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE, conforme determina a Lei Complementar nº 971/05 e de acordo com o estabelecido neste contrato;*

*2- Dar atendimento exclusivo à demanda dos usuários do SUS e do IAMSPE (Lei Complementar nº 971/2005) no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº. 846/98;*

*3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);*

*4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;*

*4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);*

*5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;*

*6- Zelar pelo uso dos bens móveis até sua restituição ao Poder Público;*  
*6.1- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;*

*7- A locação de imóvel pela Organização Social de Saúde, com recursos do **Contrato de Gestão**, dependerá de prévia pesquisa de mercado, contendo ao menos 3 (três) imóveis de interesse, a ser submetida à Secretaria de Estado da área correspondente, que se pronunciará, em até 30 (trinta) dias,*

após consulta ao Conselho do Patrimônio Imobiliário para verificar a existência de próprio estadual disponível para uso, consoante Artigo 3º, I, "c" do Decreto 64.056/2018;

7.1- A locação do imóvel se destinará à execução das atividades finalísticas do **Contrato de Gestão**, consoante Artigo 3º, II, §1º do Decreto 64.056/2018;

8- Transferir, integralmente à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação ou extinção da organização social, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, em razão do contrato de gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na unidade;

9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste **Contrato de Gestão**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, bem como dissídios coletivos e cumprimento das normas legais vigentes nos âmbitos municipal, estadual, federal e as normas internas de segurança e medicina do trabalho resultantes da execução do objeto desta avença, sem a transferência de qualquer ônus à **CONTRATANTE**;

10- Instalar na unidade, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **Contrato de Gestão**;

11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

12- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, sempre que solicitado, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, de forma atualizada e em lugar visível na unidade, o número de vagas existentes no dia;

12.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;

13- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";

14- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado, prestador de serviço ou preposto, em razão da execução deste contrato;

15- Manter sempre atualizado o prontuário médico, o arquivo médico e o registro dos exames dos pacientes, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

16- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa Consentida, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;

17- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal, igualitário humanizado, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

18- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

19- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

20- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;

21- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação;

22- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

23- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

24- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

25- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

26- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:

- ❖ Comissão de Prontuário Médico;
- ❖ Comissão de Óbitos e;
- ❖ Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;

27- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente;
- 2- Nome da Unidade de atendimento;
- 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado);
- 4- Motivo do atendimento (CID-10);
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação) e;
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

27.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais";

27.2 - Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

28. Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das unidades de saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades hospitalares e 80% para as despesas de custeio das demais unidades;

29. A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das unidades gerenciadas não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado;

30. A Organização Social de Saúde, consoante Artigo 3º, I, "d", "3" do Decreto 64.056/2018, disponibilizará em seu sítio na rede mundial de computadores quanto à unidade gerenciada:

1. os relatórios periódicos e anuais de atividades;
2. as prestações de contas anuais;
3. a remuneração bruta e individual mensal dos cargos pagos com recursos do contrato de gestão, de todos os seus empregados e diretores;
4. a relação anual de todos os prestadores de serviços contratados (pessoas jurídicas ou físicas), pagos com recursos do contrato de gestão, com indicação do tipo de serviço, vigência e valor do ajuste, a ser disponibilizada com a prestação de contas de cada exercício, salvo aqueles casos em que haja cláusula de confidencialidade previamente aprovada e cujas informações serão apresentadas somente ao órgão contratante e aos órgãos de controle;

31. O OPERADOR DO COMPLEXO não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual;

32. Manter informações mensais quanto aos atendimentos realizados a pacientes contribuintes, beneficiários ou agregados do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE);

33. Deverá o **OPERADOR DO COMPLEXO** manter durante toda a execução do presente contrato as mesmas condições de idoneidade, regularidade fiscal, tributária e trabalhista demonstradas na Convocação Pública;

34. A Organização Social de Saúde não poderá contar, na sua Diretoria, com pessoa que seja titular de cargo em comissão ou função de confiança na Administração Pública, mandato no poder legislativo ou cargo de dirigente estatutário de partido político, ainda que licenciados, consoante Artigo 3º, II, do Decreto 64.056/2018;

35. O **OPERADOR DO COMPLEXO**, ao término do contrato de gestão, deverá fornecer todas as informações necessárias à nova organização social eventualmente contratada, inclusive no que se refere ao quadro de pessoal;

## **PARÁGRAFO SEGUNDO**

A cláusula terceira do contrato de gestão passa a vigorar com a seguinte redação:

### **CLÁUSULA TERCEIRA** **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

1- Prover o **OPERADOR DO COMPLEXO** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;

2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;

3- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Complementar nº 846/98;

4- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

5- Caberá ao órgão contratante viabilizar os recursos necessários à organização social, para pagamento de dívidas líquidas e certas de natureza trabalhista, previdenciária, cível ou tributária, provenientes de fatos geradores ocorridos anteriormente à gestão do objeto contratual pela OS, e cuja responsabilidade venha a ser imputada a ela, na condição de responsável por sucessão do órgão contratante ou de outra organização social.

6- Caberá ao órgão contratante viabilizar os recursos necessários à organização social, para pagamento de dívidas líquidas e certas de natureza trabalhista, previdenciária, cível ou tributária, provenientes de fatos gerados durante a vigência contratual, cuja responsabilidade seja imputada ao OPERADOR DO COMPLEXO, desde que não caracterizem hipóteses de culpa grave ou dolo, reconhecidos judicialmente.

## **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Ficam acrescidos os parágrafos sexto, sétimo, oitavo e nono à cláusula sétima do contrato de gestão:

### **PARÁGRAFO SEXTO**

O **OPERADOR DO COMPLEXO** deverá mensalmente fazer reserva financeira destinada ao pagamento de férias e de décimo terceiro salário dos empregados da unidade gerenciada, mantendo estes recursos em aplicação financeira.

### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

Recursos financeiros do **OPERADOR DO COMPLEXO**, eventualmente alocados na unidade pública sob sua gestão passam a integrar a disponibilidade financeira da mesma, não cabendo seu ressarcimento.

**PARÁGRAFO OITAVO**

*O saldo apurado ao final de cada exercício, à critério da **CONTRATANTE**, poderá permanecer como disponibilidade do **OPERADOR DO COMPLEXO** que deverá aplicar o montante na execução do objeto contratual no exercício subsequente.*

**PARÁGRAFO NONO**

*Após o encerramento do presente contrato, permanecendo o **OPERADOR DO COMPLEXO** com a gestão da unidade assistencial objeto deste contrato de gestão, resultante de nova convocação pública, o saldo financeiro existente poderá, à critério da **CONTRATANTE**, ser utilizado na execução do novo contrato de gestão.*

**PARÁGRAFO QUARTO**

A cláusula nona do contrato de gestão passa a vigorar com a seguinte redação:

**CLÁUSULA NONA**  
**DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

*O presente **Contrato de Gestão** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.*

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

*Qualquer alteração será formalizada mediante termo de aditamento.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

*A recusa injustificada do **OPERADOR DO COMPLEXO** em assinar o termo de aditamento implicará em descumprimento contratual.*

**PARÁGRAFO QUINTO**

A cláusula décima do contrato de gestão passa a vigorar com a seguinte redação:

**CLÁUSULA DÉCIMA**  
**DA RESCISÃO**

*A rescisão do presente **Contrato de Gestão**, por inexecução total ou parcial, obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.*

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

*Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição do **OPERADOR DO COMPLEXO**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

*Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo do **OPERADOR DO COMPLEXO**, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização Social de Saúde para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **OPERADOR DO COMPLEXO** faça jus.*

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

*Em caso de rescisão unilateral por parte do **OPERADOR DO COMPLEXO**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.*

**PARÁGRAFO QUARTO**

*O **OPERADOR DO COMPLEXO** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações, prestar contas de sua gestão e restituir o saldo financeiro à **CONTRATANTE**, se existente.*

**PARÁGRAFO SEXTO**

A cláusula décima primeira do contrato de gestão passa a vigorar com a seguinte redação:

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

**DAS PENALIDADES**

*A inobservância, pelo **OPERADOR DO COMPLEXO**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:*

- a) Advertência;*
- b) Multa;*
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos e;*
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.*

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

*A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificado o **OPERADOR DO COMPLEXO**.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

*As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".*

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

*Da aplicação das penalidades o **OPERADOR DO COMPLEXO** terá o prazo de 10 (dez) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde, garantindo-lhe pleno direito de defesa.*

**PARÁGRAFO QUARTO**

*O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado ao **OPERADOR DO COMPLEXO** para pagamento, garantindo-lhe pleno direito de defesa, sob pena de adoção das medidas cabíveis para cobrança.*

**PARÁGRAFO QUINTO**

*A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o*

fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

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

O presente TERMO DE ADITAMENTO altera a CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – PARAGRAFO PRIMEIRO e a CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO do Contrato de Gestão assinado em 11/12/2017, conforme redação abaixo:

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

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$123.600.000,00 (cento e vinte e três milhões e seiscentos mil reais), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 00000 no item 33 90 30 75, no exercício de 2020 cujo repasse dar-se-á na modalidade **Contrato de Gestão, conforme Instruções do TCESP.**

**CUSTEIO**  
**UGE: 090192**  
**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000**  
**NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39**  
**FONTE DE RECURSOS: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12**

<b>MÊS</b>	<b>CUSTEIO (2020) (R\$)</b>
Janeiro	10.300.000,00
Fevereiro	10.300.000,00
Março	10.300.000,00
Abril	10.300.000,00
Maio	10.300.000,00
Junho	10.300.000,00
Julho	10.300.000,00
Agosto	10.300.000,00
Setembro	10.300.000,00
Outubro	10.300.000,00
Novembro	10.300.000,00
Dezembro	10.300.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>123.600.000,00</b>

**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 QUARTA**  
**DA RATIFICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA 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 2019.

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

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

**Testemunhas:**

1) \_\_\_\_\_  
Nome:  
R.G.:

2) \_\_\_\_\_  
Nome:  
R.G.:

## **ANEXO TÉCNICO I**

### **DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS – BATA BRANCA**

#### **I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

O **OPERADOR DO COMPLEXO** 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 do **OPERADOR DO COMPLEXO** 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, o **OPERADOR DO COMPLEXO** fica obrigado 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 o **OPERADOR DO COMPLEXO**, em decorrência da assinatura deste, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **OPERADOR DO COMPLEXO** 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.

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 REGIONAL DE SOROCABA "DR. ADIB DOMINGOS JATENE"**.

## **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 e Consultas realizadas por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta a visita inicial do paciente encaminhado pela rede de referências regional (unidades básicas de saúde, ambulatórios, outros) ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendado por meio da Central de Regulação (CROSS).

4.2 Entende-se por interconsulta a consulta realizada por outra especialidade, com solicitação gerada por profissional da própria unidade, com a finalidade de realizar avaliações complementares necessárias para esclarecimento diagnóstico e/ou realização de procedimentos terapêuticos.

4.3 Entende-se por consulta subsequente todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de fisioterapia, psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

4.6 Com relação às sessões de Tratamentos Clínicos: (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, terapia especializada – litotripsia), SADT Externo (diagnóstico em laboratório clínico – CEAC e diagnóstico em anatomia patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

## 5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA "DR. ADIB DOMINGOS JATENE"** 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.

## II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES OPERADOR DO COMPLEXO

### II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

#### II.1.1 SAÍDAS EM CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA PEDIÁTRICA

O hospital deverá realizar um número de **2.520** saídas hospitalares em Clínica Médica, 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	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	2.520
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>2.520</b>											

#### II.1.2 SAÍDAS CIRÚRGICAS – ELETIVAS E URGÊNCIAS

Saídas cirúrgicas: neste grupo serão consideradas as saídas nas quais o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, portanto representadas no SIH-DATASUS no grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos. As saídas realizadas por pacientes que, apesar de internados em leitos cirúrgicos, não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos deverão ser informadas, mas não compõem a meta de saídas cirúrgicas (ou seja, correspondem a saídas clínicas).

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.

O hospital deverá realizar um número de **8.280** saídas hospitalares cirúrgicas, 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
<b>Eletivas</b>	<b>395</b>	<b>4.740</b>											
Cardiovascular	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	1.320
Ortopedia	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Neurocirurgia	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Pediátrica	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	420
Outras Especialidades	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
<b>Urgências</b>	<b>295</b>	<b>3.540</b>											
Cardiovascular	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	660
Ortopedia	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	1.560
Neurocirurgia	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Pediátrica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Outras Especialidades	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
<b>Total</b>	<b>690</b>	<b>8.280</b>											

### II.1.3 HOSPITAL DIA CIRÚRGICO

As saídas cirúrgicas em regime de Hospital Dia (informadas como tal no SIH-DATASUS) serão avaliadas como meta específica.

CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>3.000</b>											

## II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

### II.2.1 Atendimento Especialidades Médicas – Primeiras Consultas

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:

AMBULATORIO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
<b>Atividade Ambulatorial Médica - Primeiras Consultas</b>	<b>1.600</b>	<b>19.200</b>											
Primeiras Consultas - Agendamento CROSS	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	19.200

## II.2.2 Atendimento Especialidades Médicas – Interconsultas / Consultas Subseqüentes

<b>Atividade Ambulatorial Médica - Interconsultas e Subseqüentes</b>	<b>3.750</b>	<b>45.000</b>												
Interconsultas	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	15.000
Consultas Subseqüentes	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000

## II.2.3 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:

<b>Atividade Ambulatorial não Médica</b>	<b>2.700</b>	<b>32.400</b>												
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Consultas Subseqüentes	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	14.400

ESPECIALIDADES MÉDICAS			
	PLANEJADAS		
Acupuntura			
Alergia / Imunologia			
Anestesiologia	X		
Cardiologia	X		
Cirurgia Cardiovascular	X		
Cirurgia Cabeça e Pescoço	X		
Cirurgia Geral	X		
Cirurgia Pediátrica	X		
Cirurgia Plástica	X		
Cirurgia Torácica	X		
Cirurgia Vasculuar	X		
Dermatologia			
Endocrinologia			
Endocrinologia Infantil			
Fisiatria	X		
Gastroenterologia			
Geriatria			
Ginecologia			
Hematologia			

Infectologia			
Mastologia			
Nefrologia			
Neonatologia			
Neurologia	X		
Neurologia Infantil			
Neurocirurgia	X		
Obstetrícia			
Oftalmologia			
Oncologia			
Ortopedia	X		
Otorrinolaringologia	X		
Pneumologia			
Pneumologia Infantil			
Proctologia	X		
Psiquiatria			
Reumatologia			
Urologia	X		
Outros	X		
<b>ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS</b>			
	PLANEJADAS		
Enfermeiro	X		
Farmacêutico			
Fisioterapeuta	X		
Fonoaudiólogo	X		
Nutricionista			
Psicólogo			
Terapeuta Ocupacional	X		
Odontologia/Buco Maxilo	X		
Outros			

### II.3 ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado/Regulado (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	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	16.800
<b>Total</b>	<b>1.400</b>	<b>16.800</b>											

Critérios para regulação de Urgência/Emergência:

1. Pré-hospitalar fixo: fluxo direto de pacientes procedentes das unidades da rede de urgência/emergência da (s) região (ões) de referência para Trauma, Patologias Cardiovasculares (Protocolo Dor Torácica), Neurológicas (Protocolo de AVC), Neurocirurgias e Ortopédicas.

2. Pré-hospitalar móvel (SAMU/GRAU/Outros): fluxo direto de pacientes que necessitam atendimentos por trauma, patologias cardiovasculares, neurológicas, neurocirúrgicas e ortopédicas.
3. Inter-hospitalar: fluxo encaminhado pela Central de Regulação (CROSS) para pacientes internados em serviços hospitalares em razão de traumas, patologias cardiovasculares, neurológicas, neurocirúrgicas e ortopédicas. Os pacientes poderão ser transferidos pela Central de Regulação em qualquer fase da abordagem terapêutica (para esclarecimento diagnóstico, para leitos de cuidados intensivos e para realização de procedimentos cirúrgicos).
4. Atendimentos a intercorrências pós realização de procedimentos cirúrgicos no próprio hospital.

#### **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 **3.276 exames**, a pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio do agendamento na Central de Regulação (CROSS), nas quantidades especificadas (o volume disponibilizado para agendamento deve corresponder, no mínimo, ao definido na tabela abaixo, por grupo):

SADT EXTERNO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagnóstico Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	1.860
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Radiologia Intervencionista	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	816
Métodos Diagn.em especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>3.276</b>											

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

O **OPERADOR DO COMPLEXO** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por estas determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Registro de dados das internações hospitalares que permitam a classificação das mesmas em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG, na sigla em inglês) para análise de complexidade da casuística atendida.
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

## **ANEXO TÉCNICO II** **SISTEMA DE PAGAMENTO**

### **I – PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS**

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

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

- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Pediátrica
- (X) Saídas Hospitalares Cirúrgicas
- (X) Hospital Dia Cirúrgico
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas – Primeiras Consultas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas – Interconsultas e Subsequentes
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo
- ( ) 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 pelo **OPERADOR DO COMPLEXO** 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 o OPERADOR DO COMPLEXO se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

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

II.4 O valor repassado de custeio no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de “mutirões de procedimentos eletivos”, será distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível.

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

<b>DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO</b>	
<b>MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO</b>	<b>%</b>
Saídas hospitalares em Clínica Médica e Pediátrica	31
Saídas Hospitalares Cirúrgicas	38
HD cirúrgico	11
Urgência	6
Ambulatório - Especialidades Médicas (Primeiras Consultas)	3
Ambulatório - Especialidades Médicas (Interconsultas e Subsequentes)	5
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	2
SADT Externo	4
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA 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 avaliativo (tabela II)
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<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 (tabela II)
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<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 (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<b>AMBULATÓRIO Especialidades Médicas – Primeiras Consultas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<b>AMBULATÓRIO Especialidades Médicas – Interconsultas e Consultas Subsequentes</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<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 (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<b>SADT EXTERNO</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
<b>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)

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

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

III.1 A avaliação e a valoração dos desvios no cumprimento dos Indicadores de Qualidade podem gerar um desconto financeiro a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.2 Do período de avaliação:

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

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

II.2.2 Caso o OPERADOR DO COMPLEXO 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 ao OPERADOR DO COMPLEXO 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 o **OPERADOR DO COMPLEXO** 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](http://www.gestao.saude.sp.gov.br), disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

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

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

III.10 A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pelo **OPERADOR DO COMPLEXO** 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
<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 ANO DE 2020

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
<b>Qualidade de Informação</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Humanização e Segurança do Paciente</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Módulos de Regulação - CROSS</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Atividade Cirúrgica</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Protocolos Cardiologia</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Monitoramento de Atividades Seleccionadas</b>	20%	20%	20%	20%