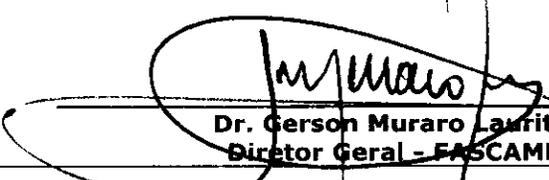


**DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA PARA ASSINATURA DE TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO**

<b>CONVENENTE</b>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
<b>CONVENIADA</b>		UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP com interveniência da FUNDAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE DE CAMPINAS - FASCAMP
<b>OBJETO DO CONVÊNIO</b>		HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA
<b>CONVÊNIO DE PARCERIA FIRMADO EM</b>		24/11/2017
<b>JUSTIFICATIVA</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Termo de Aditamento ao Convênio para custeio das atividades no exercício de 2021.
	<input type="checkbox"/>	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Produção – Item 8 do Anexo Técnico II do Convênio
	<input type="checkbox"/>	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Qualidade – Item 7 do Anexo Técnico II do Convênio
	<input type="checkbox"/>	Ajustes eventuais – Item 10 do Anexo Técnico II do Convênio: IDENTIFICAR AJUSTE
	<input type="checkbox"/>	Repasse para Programa Especial – Item 4 do Anexo Técnico I do Convênio: IDENTIFICAR PROGRAMA
<b>DECLARAÇÃO DE INTERESSE</b>	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 style="text-align: center;">São Paulo,        de        de 2020.</p>	
<b>PELA CONVENENTE</b>	<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <b>Dr. Jeancarlo Gorinchteyn</b> <b>Secretário de Estado da Saúde</b>	
<b>PELA CONVENIADA</b>	 <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <b>Profº Dr. Marcelo Knobel</b> <b>Reitor UNICAMP</b>	
<b>PELA INTERVENIENTE</b>	 <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <b>Dr. Gerson Muraro Laurito</b> <b>Diretor Geral - FASCAMP</b>	

**ANEXO RP-03 – TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO  
(REPASSES A ÓRGÃOS PÚBLICOS)**

ÓRGÃO CONCESSOR: Secretaria de Estado de Saúde

ÓRGÃO BENEFICIÁRIO: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

INTERVENIENTE: Fundação da Área da Saúde de Campinas - FASCAMP

Nº DO CONVÊNIO: (1): 001.0500.000060/2017

TIPO DE CONCESSÃO: (2) HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA

VALOR GLOBAL ESTIMADO: R\$ 45.476.998,00

EXERCÍCIO: 2021

ADVOGADO (S)/ Nº OAB / E-MAIL: (3) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como o processo das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraíndo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, 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 dos responsáveis pelos órgãos conessor e beneficiário, bem como do interveniente, 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/ENTIDADE CONCESSOR:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: 111.746.368-07

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:**

Nome: Prof. Dr. Marcelo Knobel  
Cargo: Reitor da Unicamp  
CPF: 032.487.608-42

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE CONCESSOR:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: 111.746.368-07

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

**Responsáveis que assinaram o Parecer Conclusivo:**

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE CONCESSOR:**

Nome: Danilo Cesar Fiore  
Cargo: Coordenador de Saúde  
CPF: 345.074.868-82

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

**Responsáveis que assinaram o ajuste e respectiva prestação de contas:**

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:**

Nome: Prof. Dr. Marcelo Knobel  
Cargo: Reitor da Unicamp  
CPF: 032.487.608-42

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

**PELO INTERVENIENTE (devidamente cadastrado no sistema):**

Nome: Dr. Gerson Muraro Laurito  
Cargo: Diretor Geral  
CPF: 090.062.958-41

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

- (1) Quando for o caso.
- (2) Convênio, Auxílio, Subvenção ou Contribuição.
- (3) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas
- (4) Facultativo. Indicar quando já constituído.

**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO Nº 01/21**

**Processo Origem nº 001.0500.000060/2017**  
**Processo 2021 SES PRC-2020/50976**

TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO CELEBRADO EM **24/11/2017** ENTRE O **ESTADO DE SÃO PAULO**, POR INTERMÉDIO DA **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** E A **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP**, COM A INTERVENIÊNCIA DA **FUNDAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE DE CAMPINAS - FASCAMP**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA**.

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 - São Paulo - SP, neste ato representada pelo seu **Secretário de Estado da Saúde, Dr. Jeancarolo Gorinchteyn**, brasileiro, casado, médico, RG nº 17.321.176, CPF nº 111.746.368-07, doravante denominada **CONVENENTE** e de outro a **Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP**, entidade autárquica de regime especial com sede na Cidade Universitária Zeferino Vaz, s/nº, Campinas - São Paulo, com CNPJ nº 46.068.425/0001-33, neste ato representada por seu **Reitor Profº Dr. Marcelo Knobel**, casado, RG nº 33.066.155-3, CPF nº 032.487.608-42, doravante denominada **CONVENIADA**, e com a interveniência da **Fundação da Área da Saúde de Campinas - FASCAMP**, com sede à Rua Vital Brasil, 200 - 2º andar - Cidade Universitária - Distrito de Barão Geraldo - Campinas - SP, CNPJ nº 17.893.567/0001-37, neste ato representada por **Diretor Geral, Dr. Gerson Muraro Laurito**, casado, RG nº 8.438.136-X, CPF nº 090.062.958-41, doravante denominada **INTERVENIENTE** e tendo em vista os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 18 de dezembro de 1.990, com fundamento na Constituição Federal, em especial nos seus artigos 196 a 200, na Constituição do Estado de São Paulo, em especial os seus artigos 217 a 231 na Lei Complementar nº 791/95, na Lei Federal nº 8.666/93 atualizada pela Lei Federal nº 8.833/94 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis a espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente **TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO**, referente a execução de atividades relativas à área de saúde a serem desenvolvidas no **HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA**, mediante as seguintes cláusulas e condições.

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto alterações de Cláusulas do Convênio, bem como a operacionalização da gestão e execução, pela **CONVENIADA**, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA**, no exercício de 2021, 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 CONVENCIAL**

O presente Termo de Aditamento **altera dispositivos do CONVÊNIO DE PARCERIA, assinado em 24/11/2017**, 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 7, da Cláusula Segunda – Obrigações e Responsabilidades da Conveniada, do convênio passa a vigorar com a seguinte redação:

7. *Administrar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;*
  - 7.1- *Comunicar à instância responsável da **CONVENIENTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;*
  - 7.2- *Na aquisição de bens móveis deverão ser efetuados os respectivos patrimoniamto e registro no Sistema de Administração e Controle Patrimonial (ACP), observada a Cláusula Terceira, item 3 do presente convenio.*
  - 7.3- *A **CONVENIADA** deverá proceder à devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas ou se tornem inservíveis.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Inclui-se a Cláusula Décima Primeira – Da Permissão de Uso do Imóvel com a seguinte redação:

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**  
**DA PERMISSÃO DE USO DO IMÓVEL**

A **CONVENIENTE**, por este convênio, permite o uso do imóvel, onde está instalada a Unidade, exclusivamente para operacionalizar a gestão e execução das atividades e serviços de saúde objeto do presente convênio.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A **CONVENIADA** poderá, a partir da assinatura do presente instrumento e enquanto perdurar sua vigência, ocupar o imóvel a título precário e gratuito.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

O desvio da finalidade na utilização do imóvel poderá ensejar rescisão do convênio, sem que a **CONVENIADA** tenha direito a qualquer pagamento ou indenização, seja a que título for, inclusive por benfeitorias nele realizadas, ainda que necessárias, as quais passarão a integrar o patrimônio do Estado.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A **CONVENIADA** poderá, por sua conta e risco, ceder parte do imóvel a terceiros para fins de exploração comercial, tais como lanchonete e estacionamentos, como suporte para pacientes, familiares e visitantes, sendo que o valor percebido será destinado à execução do objeto ora contratado.

**PARÁGRAFO QUARTO**

A **CONVENIADA** se obriga a zelar pela guarda, limpeza e conservação do imóvel e dos bens que o guarnecem, dando imediato conhecimento à **CONVENIENTE** de qualquer turbacão de posse que porventura se verificar, ou penhora que venha a recair sobre o imóvel.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A **CONVENIADA** deverá apresentar, para aprovacão pelos órgãos competentes os projetos e memoriais das edificações necessárias, os quais deverão atender às exigências legais, respondendo inclusive perante terceiros, por eventuais danos resultantes de obras, serviços ou trabalhos que vier a realizar no imóvel.

**PARÁGRAFO SEXTO**

A não restituicão do imóvel e dos bens móveis pela **CONVENIADA** pelo término da vigência ou pela rescisão do presente convênio caracterizará esbulho possessório e ensejará a retomada pela forma cabível, inclusive açã de reintegracão de posse com direito a liminar.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

As atuais Cláusula Décima Primeira, Cláusula Décima Segunda e Cláusula Décima Terceira serão mantidas, porém com a imprescindível renumeraçã:

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

1- É vedada a cobrança direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito à CONTRATADA, no entanto, buscar o ressarcimento a que se refere o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, nas hipóteses e na forma ali prevista.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalizacão e da normatividade suplementar exercidas pela CONVENIENTE sobre a execuçã do presente Contrato, a CONVENIADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direçã nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteraçã decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo de Aditamento, ou de notificacão dirigida à CONVENIADA.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

**A PUBLICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**

**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.

**CLÁUSULA TERCEIRA**

**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Altera o Parágrafo Primeiro da CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – e a CLÁUSULA SÉTIMA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO do Convênio, conforme redaçã abaixo:



**CLÁUSULA SEXTA**  
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**  
**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$45.476.998,00 (quarenta e cinco milhões quatrocentos e setenta e seis mil novecentos e noventa e oito reais), onerará a rubrica **10 302 0930 4852 0000**, no item **33 50 43**, no exercício de 2021 cujo repasse dar-se-á na modalidade **Convênio de Parceria, conforme Instruções do TCESP.**

**CUSTEIO**

**UGE: 090192**

**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000**

**NATUREZA DA DESPESA: 33 50 43**

**FONTE DE RECURSOS: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12**

<b>MÊS</b>	<b>CUSTEIO 2021 (R\$)</b>
Janeiro	4.075.000,00
Fevereiro	3.763.818,00
Março	3.763.818,00
Abril	3.763.818,00
Maio	3.763.818,00
Junho	3.763.818,00
Julho	3.763.818,00
Agosto	3.763.818,00
Setembro	3.763.818,00
Outubro	3.763.818,00
Novembro	3.763.818,00
Dezembro	3.763.818,00
<b>TOTAL</b>	<b>45.476.998,00</b>

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

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

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

As parcelas mensais serão pagas até o 5º. (quinto) dia útil de cada mês.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os **Indicadores de Qualidade** (indicadores de qualidade) e para os **Indicadores de Produção** (modalidade de contratação das atividades assistenciais) estabelecidos para as modalidades de contratação. O desconto apurado será objeto de termo de aditamento nos meses subsequentes.

**CLÁUSULA QUARTA**  
**DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

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



**CLÁUSULA QUINTA**  
**DA RATIFICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA SEXTA**  
**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.

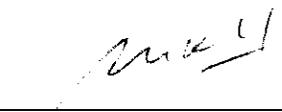
**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**DO FORO**

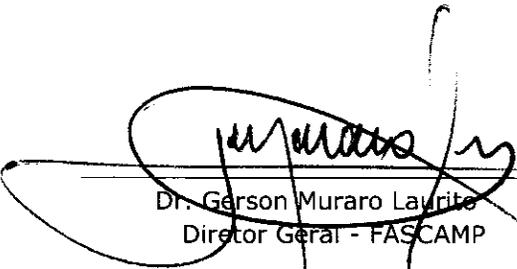
Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Convênio, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Convênio em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, de de 2020.

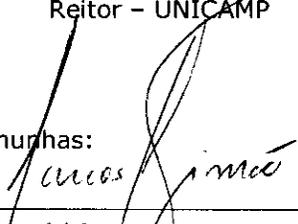
\_\_\_\_\_  
Dr. Jeancarlo Gorinchteyn  
Secretário de Estado da Saúde

  
\_\_\_\_\_  
Profº Dr. Marcelo Knobel  
Reitor - UNICAMP

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Gerson Muraro Laurito  
Diretor Geral - FASCAMP

Testemunhas:

1)

  
\_\_\_\_\_  
Nome: MARCOS LEONARDO SIMÃO  
R.G.: 24458.612-3

\_\_\_\_\_  
Nome:  
R.G.:

## **ANEXO TÉCNICO I DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

### **I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS**

A **CONVENIADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONVENIADA** 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 **CONVENIENTE**.

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 **CONVENIENTE**.

Em caso de hospitalização, a **CONVENIADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos pactuados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região, na qual a **CONVENIADA**, em decorrência da assinatura deste Convênio, presta serviços de assistência à saúde.

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 **CONVENIENTE**.

#### **1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- ♦ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;



- ◆ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ◆ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- ◆ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ◆ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ◆ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ◆ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ◆ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ◆ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ◆ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ◆ Sangue e hemoderivados;
- ◆ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ◆ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **Hospital Regional de Piracicaba**.

## **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, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pos-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 pos-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 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: agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ Interconsulta
- ◆ Consultas subsequentes (retornos)
- ◆ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede de referências regional (Unidade Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros) ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendamento por meio da Central de Regulação (CROSS).

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

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

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

4.6 Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 (quinze) dias subseqüentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

4.7 Com relação à APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo) de Acompanhamento, por exemplo: sessões de Quimioterapia, sessões de Hemodiálise, Hemodinâmica, etc., o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, conforme as normas definidas pela **CONVENENTE**.

## 5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste **CONVÊNIO**, de comum acordo entre as partes, o **Hospital Regional de Piracicaba** 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 PACTUADAS

### II. 1 INTERNAÇÃO

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

O hospital deverá realizar um número de **1.452** 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	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	1.452
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>1.452</b>											

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

O hospital deverá realizar um número de **1.668** 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)

AIDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Eletivas	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	1.668
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>1.668</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.

Os procedimentos cirúrgicos obstétricos são atinentes às saídas obstétricas, não compõem o conjunto de saídas cirúrgicas.

### II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar **1.920** 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	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>1.920</b>											

## II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

### II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas

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

CONSULTAS MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta	303	303	303	303	303	303	303	303	303	303	303	303	3.636
Interconsulta	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	5.460
Consulta Subsequente	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	11.832
<b>Total</b>	<b>1.744</b>	<b>20.928</b>											

### II.2.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.

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

**CONSULTAS NÃO MÉDICAS**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Consultas Subseqüentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1.920
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>2.880</b>											

**ESPECIALIDADES MÉDICAS**

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

Psiquiatria	
Reumatologia	
Urologia	
Outros	X

**ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS**

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

**II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (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	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>360</b>											

**II. 4. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO (ÂMBITO HOSPITALAR OU EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL)**

O Hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **14.316 exames**, a pacientes **EXTERNOS** ao Hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT EXTERNO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagnóstico Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Tomografia Computadorizada	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	6.600



Resson. Magnética	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	3.960
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	1.656
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn. em especialidades	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	660
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.193</b>	<b>14.316</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.

### **III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONVENIENTE**

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 TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO**

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

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

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

- Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica
- Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais
- Atendimento a Urgências
- Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- Outros Atendimentos

I.2 Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONVENENTE**, conforme especificado no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

### **II – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO**

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme detalhado nas Tabelas que se seguem.

II.1 Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, podendo gerar ajuste financeiro a menor de 10% a 30% no valor do repasse para custeio da unidade no semestre, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) e respeitando-se a proporcionalidade de cada modalidade de contratação de atividade assistencial especificada na TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO, constantes no presente Anexo.

II.1.1 Da análise realizada poderá resultar desconto financeiro, bem como repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Aditamento ao 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.2.1 Caso a CONVENIADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, 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, 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, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	39%
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	31%
HD/Cirurgia Ambulatorial	10%
Urgência	4%
Ambulatório - Especialidades Médicas	6%
Ambulatório - Especialidades não Médicas	2%
SADT Externo	8%
<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	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



### 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 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 convênio, 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 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 **Convênio** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONVENIADA** 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**, 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 convênio.



### 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 Convênio.

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
Diagnóstico secundário por especialidade
Percentual de AIH referente às saídas hospitalares
<b>Programa de Controle de Infecção Hospitalar</b>

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

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade de Informação	20%	20%	20%	20%
Interação com o Paciente	10%	10%	10%	10%
Módulos de Regulação / CROSS	20%	20%	20%	20%
Atividade Cirúrgica	20%	20%	20%	20%
Monitoramento de Atividades Seleccionadas	30%	30%	30%	30%





## TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

### Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **Marcelo Knobel**, CPF **032.487.608-42**, atesto que na data de **29/12/2020** às **15:54:42** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **reitor@reitoria.unicamp.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**41FEABEFC596AAF5692E71EAE9C972F6749D4C17EB1F785CC180E39552B**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**08f3e76a-d9f0-41c9-ac60-b59ceb46c4fe**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos>  
e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





## TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

### Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **Gerson Muraro Laurito**, CPF **090.062.958-41**, atesto que na data de **30/12/2020** às **10:18:14** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **patricia@fascamp.org.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**37AB4B339A74EC13C607D4C31220DE8A6C2498F3C1839380C4CECC3AA2**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**1d60829e-a5da-4e2e-94dd-c0972e9cd8e5**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos> e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.

