

**TERMO DE ADITAMENTO Nº 04/2021**

**Processo Origem SPDOC nº 1872315/2019**

**Processo 2021 SES-PRC-2020/49532**

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO CELEBRADO EM 20/12/2019 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE E O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES - ISG QUALIFICADO COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO **HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE**.

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. Jeancarlo Gorinchteyn**, brasileiro, casado, médico, RG nº 17.321.176, CPF nº 111.746.368-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SÓCRATES GUANAES - ISG**, com CNPJ/MF nº 03.969.808/0001-70, inscrito no CREMESP sob nº 972986, com endereço à Alameda Salvador, 1.057 - Condomínio Salvador Shopping Business - Torre América - sala 712 - Caminho das Árvores - Salvador - BA e com estatuto arquivado no 1º Registro Civil das Pessoas Jurídicas - Salvador - BA, microfilmando sob nº 44.766, neste ato representada por seu **Diretor Presidente, Dr. André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 02.241.075-93 SSP/BA, C.P.F. nº 195.644.575-72, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo SPDOC nº 1872315/2019, fundamentada nos § 1º e §3º, 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 9ª - Da Alteração Contratual referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde, no período de junho a dezembro, e início das atividades na área de Oncologia a partir de setembro de 2021 no **HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE**, 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

*Heine*

*A*

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** altera a Cláusula Sétima - Dos Recursos Financeiros, Parágrafo Primeiro, do presente Contrato de Gestão assinado em 20/12/2019, conforme redação abaixo:

"...

**CLÁUSULA SÉTIMA**

**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A Contratante repassará à Contratada, recursos financeiros de Custeio no valor de **R\$37.349.430,00 (trinta e sete milhões, trezentos e quarenta e nove mil, quatrocentos e trinta reais)**, será acrescentado ao repasse de Custeio no exercício de 2021, cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão, conforme as Instruções do TCE/SP e que onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 90 39 75, conforme cronograma abaixo:

**CUSTEIO**

**UGE: 090192**

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

**NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39 75**

**FONTE DE RECURSOS: Fundo Estadual de Saúde - Lei 141/12**

<b>MÊS</b>	<b>TA 01/2021 (R\$)</b>	<b>TA 02/2021 (R\$)</b>	<b>TA 03/2021 (R\$)</b>	<b>TA 04/2021 (R\$)</b>
Janeiro	3.373.890,00	500.000,00	-	-
Fevereiro	3.373.890,00	500.000,00	-	-
Março	3.373.890,00	500.000,00	-	-
Abril	3.373.890,00	-	2.000.000,00	-
Mai	3.373.890,00	-	2.000.000,00	-
Junho	-	-	2.000.000,00	<b>3.373.890,00</b>
Julho	-	-	-	<b>5.373.890,00</b>
Agosto	-	-	-	<b>5.373.890,00</b>
Setembro	-	-	-	<b>5.806.940,00</b>
Outubro	-	-	-	<b>5.806.940,00</b>
Novembro	-	-	-	<b>5.806.940,00</b>
Dezembro	-	-	-	<b>5.806.940,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16.869.430,00</b>	<b>1.500.000,00</b>	<b>6.000.000,00</b>	<b>37.349.430,00</b>

**CLÁUSULA TERCEIRA**

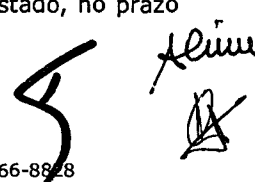
**DA RATIFICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA QUARTA**

**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 QUINTA**  
**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, 11 de junho de 2021.

Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

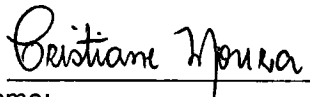
  
Dr. Jeancarilo Gorinchteyn  
Secretário de Estado da Saúde

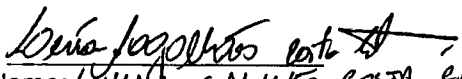
  
Dr. André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes  
Diretor Presidente

André Guanaes Gomes  
Diretor Presidente  
INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

  
Aline Oliveira  
Diretora Administrativa  
Instituto Sócrates Guanaes

Testemunhas:

1)   
Nome: Cristiane Moura  
R.G.: 27392145

2)   
Nome: LUÍZA GALVÃO COSTA CASTRO  
R.G.: 0734293024

**ANEXO TÉCNICO I**

**DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

**I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE (Lei Complementar nº 971/95), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

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

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

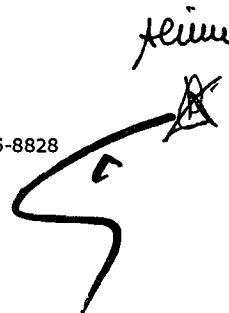
**1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

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

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos;

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

◆ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;

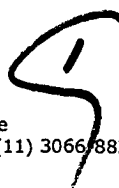
*Leimu*  


- ◆ 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, respaldando a complexidade do **HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE**.

## 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.

 *Alina*

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

### 3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

### 4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

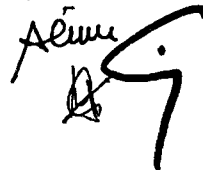
- ◆ Primeira consulta: agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ Interconsulta
- ◆ Consultas subsequentes (retornos)
- ◆ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede de referências 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 primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

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

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



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

4.6 Com relação às sessões de Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada - Litotripsia), SADT Externo (Diagnóstico em Laboratório Clínico - CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica - CEAC e SEDI - Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria 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 DO LITORAL NORTE** 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.

Se, ao longo da vigência deste contrato, o **HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE** passe a desenvolver Programas de Residência Médica subordinados à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, a **CONTRATADA** será responsável pela manutenção dos referidos Programas definidos por Resolução do Secretário de Estado da Saúde, de acordo com as normas legais e as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica.

## II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

### II.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

O hospital deverá realizar um número **638** 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	40	40	40	40	40	40	40	40	93	75	75	75	638
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>93</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>638</b>

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

O hospital não realizará 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
Eletivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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.

**II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL**

**CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</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	-	-	-	-	-	-	-	-	200	200	180	200	780
Interconsulta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consulta Subsequente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	120	200	370
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	200	250	300	400	1.150

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

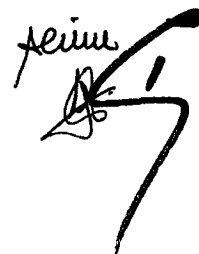
O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

**CONSULTAS NÃO MÉDICAS**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	-	-	-	-	-	-	-	-	200	200	180	200	780
Consultas Subseqüentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	200	200	180	200	780



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

*Assinatura*  


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

### 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	40	40	40	40	40	40	40	40	93	75	75	75	638
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>93</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>638</b>

### 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 **3.692** 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	50	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	100	800
Ultra-Sonografia	50	50	50	50	50	50	50	50	65	65	65	65	660
Tomografia Computadorizada	50	50	50	50	50	50	50	50	70	70	70	70	680
Resson. Magnética	50	50	50	50	50	50	50	50	70	70	70	70	680
Medicina Nuclear In Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	25	25	25	25	25	25	25	25	50	50	50	50	400
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	34	34	34	34	34	34	34	34	50	50	50	50	472
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>259</b>	<b>405</b>	<b>405</b>	<b>405</b>	<b>405</b>	<b>3.692</b>

*Acini*  
*[Assinatura]*

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

#### II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Tratamento onco - Radioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	500	625	750	750	2.625
<b>TOTAL - RADIOTERAPIA</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>500</b>	<b>625</b>	<b>750</b>	<b>750</b>	<b>2.625</b>
Tratamento onco - Quimioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	50	100	150	200	500
Tratamento Onco - Hormonioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL - QUIMIOTERAPIA + HORMONIOTERAPIA</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>200</b>	<b>500</b>
Tratamento em Oftalmologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia especializada - Litotripsia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento Nefrologia- Diálise Peritoneal (pacientes)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento Nefro - Sessão de Diálise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

*Leim*  
*AK*

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

**I – PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS**

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

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

- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Médica
- ( ) Saídas Hospitalares Cirúrgicas
- ( ) 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

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

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

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

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

II.1.1 Da análise realizada poderá resultar desconto financeiro, bem como repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do instrumento contratual.

II.1.2 A avaliação do cumprimento das metas não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Aditamento ao **Contrato de Gestão** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.



II.2 Do período de avaliação:

- 1º semestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 2º semestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro no ano seguinte.

II.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um semestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais), para efeito de desconto, será efetivada no semestre posterior.

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

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	52
Saídas Hospitalares Cirúrgicas	-
HD cirúrgico	-
Urgência	8
Ambulatório - Especialidades Médicas	20
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	10
SADT Externo	10
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

*Almeida*

**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

*Alim*  


### 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 nos 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.

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

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

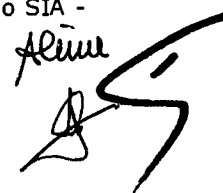
III.4 Para efeitos de cálculo do desconto dos Indicadores de Qualidade, será considerado o percentual de 10% (dez por cento) sobre o montante repassado a título de custeio à CONTRATADA no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de “mutirões de procedimentos eletivos”, combinado com os indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.5 Fórmula:

Indicador	Orçamento de custeio no trimestre	Valoração do indicador de qualidade	Tabela do Anexo Técnico III
	Soma dos repasses do período	X 10%	X peso do indicador

III.6 Visando o acompanhamento e avaliação do **Contrato de Gestão** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade:

III.6.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA -



Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

III.7 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site [www.gestao.saude.sp.gov.br](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 A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da OSS, 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 pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no contrato.

*Alim*  




**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 AM</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 2021**

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
<b>Qualidade de Informação</b>	40%	40%	40%	40%
<b>Interação com o Paciente</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Módulos de Regulação / CROSS</b>	25%	25%	25%	25%
<b>Monitoramento de Atividades Seleccionadas</b>	15%	15%	15%	15%