GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2023

Processo 2023 SES-PRC-2021/41883

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO CELEBRADO EM **31/01/2022** ENTRE O **ESTADO DE SÃO PAULO**, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR – FAMESP,** QUALIFICADA COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA **MATERNIDADE SANTA ISABEL.**

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 n° 17.321.176, CPF n° 111.746.368-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP,** com CNPJ/MF nº 46.230.439/0001-01, inscrito no CREMESP sob nº 937618, com endereço à Rua João Butignolli, s/nº - Distrito Rubião Junior – Botucatu - SP e com estatuto arquivado no 2º Registro de Pessoa Jurídica sob nº 2.404, neste ato representada por seu **Diretor Presidente Antonio Rugolo Junior**, brasileiro, casado, médico, R.G. nº 7.485.822-1 SSP/SP, C.P.F. nº 021.229.298-63, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar n º 846, de 04 de junho de 1998 e, considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo SES-PRC-2021/41883, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, 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 na **MATERNIDADE SANTA ISABEL** 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 alterações de cláusulas do Contrato de Gestão celebrado em 31/01/2022, bem como a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde, no **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** no exercício de 2023, 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

O presente Termo de Aditamento altera a Cláusula Sétima – Dos Recursos Financeiros – Paragrafo Primeiro do Contrato de Gestão, conforme redação abaixo:

SESDCI2022312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS
PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R$47.533.428,00 (quarenta e sete milhoes, quinhentos e trinta e três mil, quatrocentos e vinte e oito reais), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 50 85, no exercício de 2023 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 50 85
FONTE DE RECURSOS: Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12

MÊS	VALOR (R$)
JANEIRO	3.961.119,00
FEVEREIRO	3.961.119,00
MARÇO	3.961.119,00
ABRIL	3.961.119,00
MAIO	3.961.119,00
JUNHO	3.961.119,00
JULHO	3.961.119,00
AGOSTO	3.961.119,00
SETEMBRO	3.961.119,00
OUTUBRO	3.961.119,00
NOVEMBRO	3.961.119,00
DEZEMBRO	3.961.119,00
TOTAL	**47.533.428,00**

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA
O presente Termo de Aditamento vigorará a partir de 01/01/2023.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO
Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTAO.**

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.

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

PARÁGRAFO ÚNICO
Considera-se o presente instrumento assinado e válido, a partir a data da última assinatura digital efetivada.

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 na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 27 de dezembro de 2022.

Dr. Jeancarlo Gorinchteyn **Secretário de Estado da Saúde**	**Antonio Rugolo Junior** **Diretor Presidente**

Testemunhas:

1) _____	2) _____
Nome: Cristiane A. Moura	Nome: Adilson José Zamarin
R.G.: 27.392.145	R.G.: 30.257.529-7

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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.

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;

SESDCI2022312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

- 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 da **MATERNIDADE SANTA ISABEL**.

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 n° 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.

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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/UBS - Unidades Básicas de Saúde 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 2° 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 (Diagnostico em laboratório clínico – CEAC e Diagnostico 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 da Saúde.

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, a **MATERNIDADE SANTA ISABEL** 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 CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

A unidade deverá realizar um número de 6.120 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 Obstetrícia	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390	**4.680**
Clínica Pediátrica	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	**1.440**
Total	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**510**	**6.120**

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

A unidade deverá realizar um número de 480 saídas hospitalares, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD).

Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Eletivas	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	**480**
Total	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**480**

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.

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

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	**480**
Interconsulta	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	**984**
Consulta Subsequente	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	**600**
Total	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**172**	**2.064**

Especialidades Médicas	
Anestesiologia	X
Ginecologia	X
Mastologia	X
Neonatologia	X
Outros	X

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
Interconsultas	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	**1.200**
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**1.200**

Especialidades Não Médicas	
Enfermeiro	X
Fonoaudiólogo	X

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado **( )**
Atendimento de Urgência não Referenciado **(X)**

Urgência | Emergência	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consultas de Urgência	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	**18.000**
Total	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**1.500**	**18.000**

Especialidades - Urgência/Emergência	
Clínica Médica	X
Ginecologia	X
Obstetrícia	X

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO
(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

A unidade oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **8.400 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
Mamografia	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	**4.560**
Total Radiologia	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**4.560**
Ultrassonografia com Doppler	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**48**
Ultrassonografia Obstétrica	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	**1.320**
Outras Ultrassonografias	206	206	206	206	206	206	206	206	206	206	206	206	**2.472**
Total Ultra-Sonografia	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**320**	**3.840**
Total	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**700**	**8.400**

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.

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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.

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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 Clinica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermarias e Pronto-Socorro)
(X) Saídas Hospitalares Cirúrgicas
( ) Hospital Dia Cirúrgico / Cirurgias Ambulatoriais
(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

SESDCI2022312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**%**
Saídas hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	60
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	26
Urgência	8
Ambulatório - Especialidades Médicas	2
Ambulatório – Especialidades Não Médicas	1
SADT Externo	3
TOTAL	**100%**

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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

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

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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 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**.

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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 **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.

SESDCI2022312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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
Apresentação de AIH
Percentual de registros de CEP
Diagnóstico secundário por especialidade
Diagnóstico Principal de Cesáreas
Percentual de AIH referente às saídas hospitalares
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
Programa de Controle de Infecção Hospitalar

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS

PARA O ANO DE 2023

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%**
Melhoria Contínua em Obstetrícia	**20%**	**20%**	**20%**	**20%**
Atividade Cirúrgica	**10%**	**10%**	**10%**	**10%**
Monitoramento de Atividades Selecionadas	**20%**	**20%**	**20%**	**20%**

SESDCI202312640A

Assinado digitalmente por ANTONIO RUGOLO JUNIOR - Representante Entidade Parceira / 46230439000101 - 28/12/2022 às 15:29:11 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:42:32.
Assinado com senha por ADILSON JOSÉ ZAMARIN - Testemunha / MATERNIDADE SANTA ISABEL - 28/12/2022 às 15:32:51 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:46.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 27/12/2022 às 17:29:09.
Documento Nº: 61030387-6737 - consulta à autenticidade em
https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61030387-6737