

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

<b>CONVENENTE</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>CONVENIADA</b>	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP
<b>INTERVENIENTE</b>	FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP - FUNCAMP
<b>OBJETO DO CONVÊNIO</b>	AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO
<b>CONVÊNIO FIRMADO EM</b>	01/12/2018
<b>JUSTIFICATIVA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Termo de Aditamento ao Convênio de Parceria
	<input type="checkbox"/> Desconto de valor financeiro - Indicadores de Produção - Item 8 do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria
	<input type="checkbox"/> Desconto de valor financeiro - Indicadores de Qualidade - Item 7 do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria
	<input type="checkbox"/> Ajustes eventuais - Item 10 do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria: IDENTIFICAR AJUSTE
	<input type="checkbox"/> Repasse para Programa Especial - Item 2 do Anexo Técnico I do Convênio de Parceria: IDENTIFICAR PROGRAMA
<b>DECLARAÇÃO DE INTERESSE</b>	<p>As partes acima identificadas declaram estar de pleno acordo com a emissão de Termo de Aditamento em atendimento ao disposto no Convênio de Parceria, nos itens e cláusulas acima especificados.</p> <p>São Paulo, 26 de dezembro de 2019.</p>
<b>PELA CONVENENTE</b>	<p>  <b>DR. JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA</b>  <b>SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE</b></p>
<b>PELA CONVENIADA</b>	<p>  <b>PROF. DR. MARCELO KNOBEL</b>  <b>REITOR - UNICAMP</b></p> <p>  <b>João Batista de Miranda</b>          Diretor Executivo          Fundação de Desenvolvimento da Unicamp  <b>FUNCAMP</b></p> <p><b>PROF. DR. JOÃO BATISTA DE MIRANDA</b>  <b>DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP</b></p>



**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 DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP – FUNCAMP

**UNIDADE:** Ambulatório Médico de Especialidades de Rio Claro - AME Rio Claro

**Nº DO CONVÊNIO:** (1) \_\_\_\_\_

**TIPO DE CONCESSÃO:** (2) \_\_\_\_\_

**VALOR GLOBAL REPASSADO:** R\$ 13.906.140,00

**EXERCÍCIO:** 2020

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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 extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**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 dezembro de 2019.

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONCESSOR:**

Nome: José Henrique Germann Ferreira

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 672.438.518-00

RG: 3.966.500-8

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial completo: Rua Dom Armando Lombardi, nº 701, Apt. 93 - Vila Progredior, São Paulo/SP - CEP: 05616-011

E-mail institucional: [gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br](mailto:gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [jgermann@saude.sp.gov.br](mailto:jgermann@saude.sp.gov.br)

Telefone(s): (011) 3066-8660

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



Dr. Alberto Kanamura  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde



**UNIDADE GESTORA:**

Nome: Danilo Cesar Fiore

Cargo: Coordenador de Saúde

CPF: 345.074.868-82 RG: 44.196.539-8

Data de Nascimento: 18/12/1985

Endereço residencial completo: Rua Cônego José Marinho, 77 - apto 182, São Paulo/SP - CEP: 05337-080

E-mail institucional: [dfiore@saude.sp.gov.br](mailto:dfiore@saude.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [daniolfiore@gmail.com](mailto:daniolfiore@gmail.com)

Telefone: (11) 3066-8811

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

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONCESSOR:**

Nome: José Henrique Germann Ferreira

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 672.438.518-00 RG: 3.966.500-8

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial completo: Rua Dom Armando Lombardi, nº 701, Apt. 93 - Vila Progredior, São Paulo/SP - CEP: 05616-011

E-mail institucional: [gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br](mailto:gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [jgermann@saude.sp.gov.br](mailto:jgermann@saude.sp.gov.br)

Telefone(s): (011) 3066-8660

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

Dr. Alberto Kanamura  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

**GESTOR DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Prof. Dr. Marcelo Knobel

Cargo: Reitor da UNICAMP

CPF: 032.487.608-42 RG: 33.066.155-3

Data de Nascimento: 18/07/1968

Endereço residencial completo: Avenida Lisiantos, nº 10, Alphaville Dom Pedro - Campinas/SP - CEP: 13097-191

E-mail institucional: [reitor@reitoria.unicamp.br](mailto:reitor@reitoria.unicamp.br)

E-mail pessoal: [marcelo.knobel@gmail.com](mailto:marcelo.knobel@gmail.com)

Telefone: (19) 3521-0837

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

**GESTOR DA ENTIDADE INTERVENIENTE:**

Nome: PROF. DR. JOÃO BATISTA DE MIRANDA

Cargo: DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP

CPF: 774.212.648-68 RG: 4.656.345-3

Data de Nascimento: 09/02/1949

Endereço residencial completo: Rua Salim Feres, 427, Casa 8 - Jardim Santa Marcelina - Campinas - SP

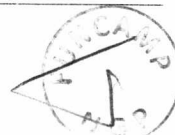
E-mail institucional: [diretoria@funcamp.unicamp.br](mailto:diretoria@funcamp.unicamp.br)

E-mail pessoal: [jmiran@yahoo.com.br](mailto:jmiran@yahoo.com.br)

Telefone: (19) 3521.4727

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

João Batista de Miranda  
Diretor Executivo  
Fundação de Desenvolvimento da Unicamp  
FUNCAMP



**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO DE PARCERIA Nº 01/20**

**Processo 2020: 3025952/2019**

**Processo Origem nº 001.0500.000.039/2018**

TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO DE PARCERIA CELEBRADO EM 01/12/2018 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP COM INTERVENIÊNCIA DA FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP - FUNCAMP, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO**.

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, 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. José Henrique Germann Ferreira, brasileiro, casado, médico, RG nº 3.966.500-8, CPF nº 672.438.518-00, doravante denominada **CONVENENTE**, e de outro lado a **Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP** entidade autárquica de regime especial, com sede na Cidade Universitária "Zeferino Vaz", s/n, Campinas/SP, CNPJ nº 46.068.425/0001-33, neste ato representada por seu Reitor, Prof. Dr. Marcelo Knobel, casado, portador do RG nº 33.066.155-3, CPF nº 032.487.608-42, doravante denominada **CONVENIADA**, e a **FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP - FUNCAMP**, com sede à Avenida Érico Veríssimo, nº 1.251, Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Campinas - SP, CNPJ nº 49.607.336/0001-06, neste ato representada por Diretor Executivo, Prof. Dr. João Batista de Miranda, divorciado, portador do RG nº 4.656.345-3, CPF nº 774.212.648-68, 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 e, na Constituição do Estado de São Paulo, em especial os seus artigos 217 a 231 e, na Lei Complementar nº 791/95, na Lei Federal nº 8.666/93 atualizada pela Lei Federal nº 8.833/94, **RESOLVEM** celebrar o presente **TERMO DE ADITAMENTO ao CONVÊNIO**, baseada no disposto no Parágrafo Único da Cláusula Décima Segunda, referente a execução de atividades relativas à área de saúde a serem desenvolvidas no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

O presente **Termo de Aditamento** tem por objeto alterar as cláusulas convencionais e estabelecer a operacionalização da gestão e execução, pela **CONVENIADA**, das atividades e serviços de saúde no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO** no exercício de 2020, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

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



**CLÁUSULA SEGUNDA**  
**DA ALTERAÇÃO CONVENIAL**

O presente Termo de Aditamento **altera dispositivos do CONVÊNIO DE PARCERIA, assinado em 01/12/2018**, conforme prévia justificativa por escrito e declaração de interesse de ambas as partes e autorizada pelo Secretário da Saúde, conforme redação abaixo:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

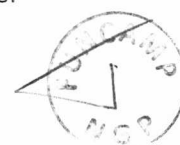
A Cláusula Segunda do Convênio passa a vigorar com a seguinte redação:

**CLÁUSULA SEGUNDA**  
**OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA**

- 1- A execução de atividades afetas a este convênio, sob exclusiva responsabilidade da **CONVENIADA**, tais como aquisição de material de consumo, medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, contratação de pessoal, poderá ser realizada com interveniência da **FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP - FUNCAMP**, sendo-lhe, absolutamente, vedada a transferência de atividades que impliquem execução ou gestão de serviços e ações de saúde objeto do presente ajuste.
- 2- A **CONVENIADA** obriga-se a instalar no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO** cujo uso lhe fora permitido "serviço de atendimento ao cliente" encaminhando à **CONVENENTE** relatório mensal de suas atividades.
- 3- Incumbe à **CONVENIADA** implantar o programa de modernização da gestão definido pela **CONVENENTE**, no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO**.
- 4- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência.
- 5- Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela **CONVENENTE**, se esta assim o definir.
- 6- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado, prestador de serviço ou preposto, em razão da execução deste Convênio.
- 7- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados.
- 8- Manter sempre atualizado o prontuário médico, o arquivo médico e o registro dos exames dos pacientes, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.
- 9- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa Consentida, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido.
- 10- Atender os pacientes com dignidade, respeito, de modo universal, igualitário e humanizado, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.



- 11- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Convênio.
- 12- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- 13- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- 14- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- 15- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes.
- 16- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída no Ambulatório, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- Nome do paciente
  - Nome da Unidade de atendimento
  - Localização do Serviço/Ambulatório (endereço, município, estado)
  - Motivo do atendimento (CID-10)
  - Data de admissão
  - Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- 17- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:  
"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".
- 18- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei.
- 19- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das unidades de saúde a 80% (oitenta por cento) do valor global das despesas de custeio.
- 20- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das unidades gerenciadas não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.
- 21- A **CONVENIADA** disponibilizará em seu sítio na rede mundial de computadores quanto à unidade gerenciada:
- os relatórios periódicos e anuais de atividades;
  - as prestações de contas anuais;
  - a remuneração bruta e individual mensal dos cargos pagos com recursos do convênio, de todos os seus empregados e diretores;
  - a relação anual de todos os prestadores de serviços contratados (pessoas jurídicas ou físicas), pagos com recursos do convênio, com indicação do tipo de serviço, vigência e valor do ajuste, a ser disponibilizada com a prestação de contas de cada exercício, salvo aqueles casos em que haja cláusula de confidencialidade previamente aprovada e cujas informações serão apresentadas somente ao órgão contratante e aos órgãos de controle.



22- A **CONVENIADA** não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual.

23- Deverá a **CONVENIADA** manter durante toda a execução do presente convênio as mesmas condições de idoneidade, regularidade fiscal, tributária e trabalhista demonstradas previamente à celebração do Convênio.

24- A **CONVENIADA**, ao término do convênio, deverá fornecer todas as informações necessárias à nova Entidade que eventualmente venha a sucedê-la, inclusive no que se refere ao quadro de pessoal.

### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

A Cláusula Terceira do Convênio passa a vigorar com a seguinte redação:

#### **CLÁUSULA TERCEIRA** **DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS E RECURSOS**

A **CONVENIADA** compromete-se administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

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.

#### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

Na aquisição de bens móveis deverão ser efetuados os respectivos patrimonialamento e registro no Sistema de Administração e Controle Patrimonial (ACP), observada a Cláusula Quarta, Parágrafo Segundo, do presente convênio.

#### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

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 QUARTO**

Em caso de denúncia do presente convênio a **CONVENIADA** obriga-se a transferir, integralmente, à **CONVENIENTE**, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem, como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO** cujo uso lhe fora permitido.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

No caso de denúncia do Convênio por qualquer dos partícipes, a **CONVENIADA**, se obriga a restituir a **CONVENIENTE** o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dela recebidos.

### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Ficam acrescidos os Parágrafos Quarto, Quinto e Sexto à Cláusula Quarta, das obrigações da conveniente, do convênio:



**PARÁGRAFO QUARTO**

Prover a **CONVENIADA** com recurso de investimento, vinculada à aprovação pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO QUINTO**

Caberá ao órgão conveniente viabilizar os recursos necessários à **CONVENIADA**, para pagamento de dívidas líquidas e certas de natureza trabalhista, previdenciária, cível ou tributária, provenientes de fatos geradores ocorridos anteriormente à gestão do objeto convenial, e cuja responsabilidade venha a ser imputada a ela, na condição de responsável por sucessão do órgão conveniente ou de outra Entidade.

**PARÁGRAFO SEXTO**

Caberá ao órgão conveniente viabilizar os recursos necessários à **CONVENIADA**, para pagamento de dívidas líquidas e certas de natureza trabalhista, previdenciária, cível ou tributária, provenientes de fatos gerados durante a vigência do convênio, cuja responsabilidade seja imputada a **CONVENIADA**, desde que não caracterizem hipóteses de culpa grave ou dolo, reconhecidos judicialmente.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Ficam acrescidos os Parágrafos Segundo, Terceiro, Quarto e Quinto da Cláusula Quinta, Dos Recursos Financeiros:

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

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

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

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

**PARÁGRAFO QUARTO**

O saldo apurado ao final de cada exercício, à critério da **CONVENIENTE**, poderá permanecer como disponibilidade da **CONVENIADA** que deverá aplicar o montante na execução do objeto convenial no exercício subsequente.

**PARÁGRAFO QUINTO**

Após o encerramento do presente convênio, permanecendo a **CONVENIADA** com a gestão da unidade assistencial objeto deste convênio, resultante de novo convite, o saldo financeiro existente poderá, à critério da **CONVENIENTE**, ser utilizado na execução do novo convênio.

**PARÁGRAFO QUINTO**

Ficam acrescidos os Parágrafos Primeiro, Segundo e Terceiro a Cláusula Décima Segunda:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

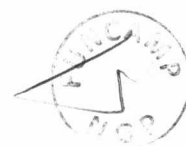
O presente Convênio poderá ter suas condições revistas anualmente, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário da Saúde, tendo em vista o disposto no caput desta cláusula.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Qualquer alteração será formalizada mediante termo de aditamento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A recusa injustificada da **CONVENIADA** em assinar o termo de aditamento implicará em descumprimento convenial.





**PARÁGRAFO SEXTO**

A Cláusula Vigésima passa a vigorar com a seguinte redação:

**CLÁUSULA VIGÉSIMA**  
**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 **CONVENIADA**, 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 fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONVENENTE** sobre a execução do presente Convênio, a **CONVENIADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo de aditamento, ou de notificação dirigida à **CONVENIADA**

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

Altera a CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS - CUSTEIO e a CLÁUSULA SEXTA - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO do Convênio, conforme redação abaixo:

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**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>T.A 01/2020</b>
Janeiro	1.158.845,00
Fevereiro	1.158.845,00
Março	1.158.845,00
Abril	1.158.845,00
Mai	1.158.845,00
Junho	1.158.845,00
Julho	1.158.845,00
Agosto	1.158.845,00
Setembro	1.158.845,00
Outubro	1.158.845,00
Novembro	1.158.845,00
Dezembro	1.158.845,00
<b>TOTAL</b>	<b>13.906.140,00</b>

**CLÁUSULA SEXTA**  
**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

No exercício de 2020, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em R\$ 13.906.140,00 (treze milhões, novecentos e seis mil, cento e quarenta reais) sendo que a transferência à **CONVENIADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais.



**CLÁUSULA QUARTA**  
**DA RATIFICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA SEXTA**  
**DO FORO**

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

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Termo de Aditamento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

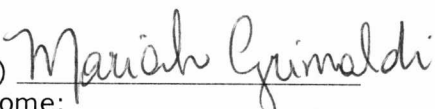
São Paulo, 26 de dezembro de 2019.

  
**DR. JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**  
Dr. Alberto Kanamura  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

  
**PROF. DR. MARCELO KNOBEL**  
**REITOR - UNICAMP**

  
**PROF. DR. JOÃO BATISTA DE MIRANDA**  
**DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP**  
João Batista de Miranda  
Diretor Executivo  
Fundação de Desenvolvimento da Unica...  
FUNCAMP

**Testemunhas:**

1)   
Nome:  
R.G.: **Mariah Grimaldi e Cruz**  
RG 37.744.415-7  
CPF 434.793.558-70

2)   
Nome:  
R.G.: **VANDEBALDO FERREIRA REZENDE**  
DIRETOR TÉCNICO I  
CGCSS/GGAMB



## ANEXO TÉCNICO I DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

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

A **CONVENIADA** 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. 971/2005), 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 Secretaria de Estado da Saúde.

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

O atendimento ambulatorial compreende:

- ◆ Primeira consulta;
- ◆ Interconsulta;
- ◆ Consultas subsequentes (retornos);
- ◆ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas;
- ◆ Cirurgias ambulatoriais (Cirurgias Maiores Ambulatoriais e cirurgias menores ambulatoriais)
- ◆ Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo;
- ◆ Sessões de tratamento: hemoterapia, litotripsia, hemodiálise, hemodinâmica, radioterapia e quimioterapia.

1.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS-Unidades Básicas de Saúde, ao Ambulatório, para atendimento a uma determinada especialidade médica.

1.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

1.3 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.

1.4 Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) em especialidade não médica.



1.5 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.

1.6 Serão consideradas intervenções cirúrgicas 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 pressupõem 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. O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

1.7 Com relação às Sessões de Tratamento (Quimioterapia, Hemodiálise, Hemodinâmica, etc.), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

## 2. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste Convênio, de comum acordo entre as partes, o **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO** 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 mediante Termo de Aditamento ao presente Convênio.



**II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONVENIADAS**

**II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO ANO DE 2020 (ESPECIALIDADES MÉDICAS)**

CONSULTA MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Primeira Consulta	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	<b>18840</b>
Interconsulta	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	660	<b>7920</b>
Consulta Subsequente	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	3030	<b>36360</b>
<b>Total</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>5260</b>	<b>63120</b>

Especialidades médicas	2020	Especialidades médicas	2020
Acupuntura	X	Infectologia	
Alergia / Imunologia	X	Mastologia	X
Anestesiologia		Nefrologia	X
Cardiologia	X	Neonatologia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço		Neurologia Infantil	X
Cirurgia Geral		Neurocirurgia	
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X
Cirurgia Torácica		Oncologia	
Cirurgia Vascular	X	Ortopedia	X
Dermatologia	X	Otorrinolaringologia	X
Endocrinologia	X	Pneumologia	X
Endocrinologia Infantil		Pneumologia Infantil	X
Fisiatria		Proctologia	X
Gastroenterologia	X	Psiquiatria	
Geriatrics		Reumatologia	X
Ginecologia		Urologia	X
Hematologia	X	Outros	

**II.2 ATENDIMENTO NÃO MÉDICO NO ANO DE 2020**

CONSULTA NÃO MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Consulta	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	<b>14640</b>
Sessão	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	<b>9600</b>
<b>Total</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>2020</b>	<b>24240</b>



Especialidades não médicas	2020	Especialidades não médicas	2020
Enfermeiro	X	Psicólogo	X
Farmacêutico	X	Terapeuta Ocupacional	
Fisioterapeuta	X	Odontologia / Buco-Maxilo	
Fonoaudiólogo	X	Outros	
Nutricionista	X		

### II.3 CIRURGIAS AMBULATORIAIS NO ANO DE 2020

CIRURGIA AMBULATORIAL MAIOR	1º semestre						2º semestre						Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
CMA	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	420
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>420</b>

### II.4 CIRURGIAS AMBULATORIAIS NO ANO DE 2020

CIRURGIA AMBULATORIAL MENOR	1º semestre						2º semestre						Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
cma	195	195	195	195	195	195	195	195	195	195	195	195	195	2340
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>2340</b>

### II.5 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO - SADT EXTERNO NO ANO DE 2020

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **13.560 exames**, a pacientes EXTERNOS ao Ambulatório, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT EXTERNO	1º semestre						2º semestre						Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Endoscopia	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1800
Métodos Diagnósticos em Especialidades	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2400
Radiologia	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	650	7800
Ultrassonografia	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	1560
<b>Total</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>13560</b>

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.6 - TRATAMENTO CLÍNICO (ACOMPANHAMENTO)

TRATAMENTO CLÍNICO	1º semestre						2º semestre						Total	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Fototerapia Sessões	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3600



## **II.7 – MATRICIAMENTO (ACOMPANHAMENTO)**

**O AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO – AME RIO CLARO** pode contribuir para a qualificação da assistência à saúde e desenvolvimento da atenção básica na região e, com isso, integrar os processos na busca da melhoria do acesso pela efetiva organização dos fluxos.

Para isso deverão ser implementadas atividades de matriciamento junto aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Equipes de Saúde da Família (ESF) que compõem a Rede Básica existente na região.

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

A **CONVENIADA** encaminhará à **CONVENENTE** 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;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas.



## **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:

- ( X ) Consulta médica;
- ( X ) Atendimento não médico;
- ( X ) Cirurgia Ambulatorial Maior;
- ( X ) Cirurgia Ambulatorial Menor;
- ( X ) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo;

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.

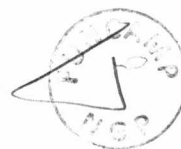
II.1 Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, podendo gerar ajuste financeiro a menor de 10% a 30% no valor do repasse para custeio da unidade no semestre, dependendo do 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 convenial.

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

II.2 Do período de avaliação:

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





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

II.2.2 Caso a **CONVENIADA** se mantenha na gestão da unidade, após novo convite, 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>
Consulta médica	74%
Atendimento não médico	5%
Cirurgia Ambulatorial Maior (CMA)	3%
Cirurgia Ambulatorial Menor (cma)	8%
SADT Externo	10%
<b>TOTAL</b>	



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

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA DE CALCULO (EM REAIS)
<b>CONSULTA MÉDICA</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da consulta médica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da consulta médica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da consulta médica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual da consulta médica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>ATENDIMENTO NÃO MÉDICO</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual do atendimento não médico (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual do atendimento não médico (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual do atendimento não médico (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual do atendimento não médico (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>CIRURGIA AMBULATORIAL MAIOR</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>CIRURGIA AMBULATORIAL MENOR</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (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



### 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 novo convite, 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 **CONVENIENTE**.

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 **CONVENIENTE** 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 entidade, 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.

<b>Pré-requisitos</b>	
✓ Perda Primária – Consulta Médica	✓ Índice de Retorno
✓ Taxa de Absenteísmo – Consulta Médica	✓ Alta Global
✓ Taxa de Cancelamento de Cirurgia	✓ Comissão de Revisão de Prontuários

**PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE 2020**

<b>INDICADORES VALORADOS 2020</b>	<b>TRIMESTRES</b>			
	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>4º</b>
<b>Matriciamento</b>	15%	15%	15%	15%
<b>Política de Humanização</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Qualidade na Informação</b>	30%	30%	30%	30%
<b>Acompanhamento para C.M.A / HD</b>	35%	35%	35%	35%

