

**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>	(X)	Termo de Aditamento ao Convênio de Parceria referente a custeio para o exercício de 2022
	( )	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Produção – Item II do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria
	( )	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Qualidade – Item III do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria
	( )	Ajustes eventuais – Item II.1.2 do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria: IDENTIFICAR AJUSTE
	( )	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, 22 de dezembro de 2021.</p>	
<b>PELA CONVENENTE</b>	<p><i>Dr. Eduardo Ribeiro</i> Secretário de Estado da Saúde em Exercício</p> <hr/> <p><b>DR. JEANCARLO GORINCHTEYN</b> SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE</p>	
<b>PELA CONVENIADA</b>	<p><i>Prof. Dr. Antonio José de Almeida Meirelles</i></p> <hr/> <p><b>PROF. DR. ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES</b> REITOR – UNICAMP</p> <p><i>Pascoal José Giglio Pagliuso</i> Diretor Executivo Suplente Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP FUNCAMP</p> <hr/> <p><b>PROF. DR. RENATO FALCÃO DANTAS</b> DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP</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 DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (3): R\$ 14.184.240,00

EXERCÍCIO: 2022

ADVOGADO (S)/ Nº OAB / E-MAIL: (4) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como o processo das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pelos órgãos conessor e beneficiário, bem como do interveniente, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA:

São Paulo, 22 de Setembro de 2021

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

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

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

Nome: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Meirelles  
Cargo: Reitor da UNICAMP  
CPF: 015.869.178-46

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo**

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE CONCESSOR:**

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

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

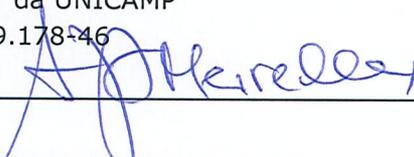
  
Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário de Estado da Saúde  
em Exercício

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

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:**

Nome: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Meirelles  
Cargo: Reitor da UNICAMP  
CPF: 015.869.178-46

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



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

Nome: Prof. Dr. Renato Falcão Dantas  
Cargo: Diretor Executivo – FUNCAMP  
CPF: 030.390.944-75

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

  
Pascoal José Giglio Pagliuso  
Diretor Executivo Suplente  
Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP  
FUNCAMP

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

**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO DE PARCERIA Nº 01/2022**

**Processo 2022: SES-PRC-2021/52599**

**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 à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, neste ato representado pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. Jeancarlo Gorinchteyn, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.321.176, CPF nº 111.746.368-07, doravante denominada **CONVENIENTE** e, de outro lado, **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. Antonio José de Almeida Meirelles, casado, portador do RG nº 4.632.690-X, CPF nº 015.869.178-46, doravante denominada **CONVENIADA**, e a **Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP**, entidade com sede na Avenida Érico Veríssimo, nº 1251, Barão Geraldo, CNPJ/MF nº 49.607.336/0001-06, neste ato representada por seu Diretor Executivo, Prof. Dr. Renato Falcão Dantas, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 58.432.709-2, CPF nº 030.390.944-75, doravante denominada **INTERVENIENTE**, 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 DE PARCERIA**, baseado 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 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 2022, 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 a CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – CUSTEIO, a CLÁUSULA SEXTA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO e Anexos Técnicos I, II e III do Convênio assinado em 01/12/2018, conforme redação abaixo:

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**  
**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ 14.184.240,00 (Quatorze milhões, cento e oitenta e quatro mil, duzentos e quarenta reais), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 50 43, no exercício de 2022, cujo repasse dar-se-á na modalidade **Convênio**, conforme **Instruções do TCESP**.

**CUSTEIO**

**UGE: 090192**

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

**NATUREZA DA DESPESA: 33 50 43**

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

<b>MÊS</b>	<b>CUSTEIO</b>
Janeiro	1.182.020,00
Fevereiro	1.182.020,00
Março	1.182.020,00
Abril	1.182.020,00
Maiο	1.182.020,00
Junho	1.182.020,00
Julho	1.182.020,00
Agosto	1.182.020,00
Setembro	1.182.020,00
Outubro	1.182.020,00
Novembro	1.182.020,00
Dezembro	1.182.020,00
<b>TOTAL</b>	<b>14.184.240,00</b>

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

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

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

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

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

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

**CLÁUSULA TERCEIRA**  
**DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Termo de Aditamento vigorará a partir de 01/01/2022 até o encerramento do convênio.

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

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONVÊNIO** 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**

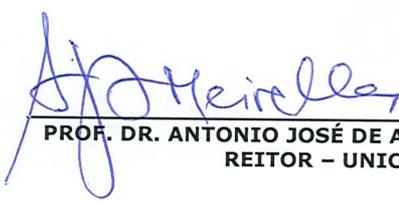
Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste convênio, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

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, 22 de dezembro de 2021

  
Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário de Estado da Saúde  
em Exercício

DR. JEANCARLO GORINCHTEYN  
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

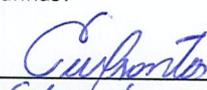
  
PROF. DR. ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES  
REITOR - UNICAMP

Pascoal José Giglio Pagliuso  
Diretor Executivo Suplente  
Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP  
FUNCAMP

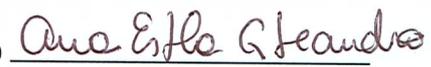
  
PROF. DR. RENATO FALCAO DANTAS  
DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP

Testemunhas:

1)

  
Nome: Edson Luiz C. dos Santos  
R.G.: 20.294.687-3

2)

  
Nome: ANA ESTELA GARCIA LEANDRO  
Oficial de Saúde  
RG: 22.937.792-0

**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.

1.8 Nas Unidades Assistenciais Estaduais sob contrato de gestão ou convênios análogos consideram-se atendimentos ambulatoriais passíveis de realização por meios eletrônicos, de modo síncrono, nas modalidades de teleconsulta e telemonitoramento:

I - consultas médicas, exceto da especialidade oftalmologia;

II - consultas e sessões com os profissionais de saúde enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Para caracterização do atendimento ambulatorial efetivamente realizado por meio eletrônico, a unidade de saúde deverá adotar as medidas necessárias para o registro adequado em prontuário do paciente, detalhando orientação e conduta, bem como identificando o profissional responsável pelo atendimento, nos termos da legislação.

Para fins de contabilização de metas dos contratos de gestão e convênios análogos, o atendimento ambulatorial realizado por meio eletrônico, deverá ter correspondência em agenda do módulo ambulatorial da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

As atividades realizadas serão informadas mensalmente à CGCSS e seus resultados serão acompanhados e avaliados, e não serão considerados como "PRODUÇÃO" para efeitos de alcance de metas.

## 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 2022 (ESPECIALIDADES MÉDICAS)**

CONSULTA MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Primeira Consulta	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	18.840
Interconsulta	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	560	6.720
Consulta Subsequente	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	36.360
<b>Total</b>	<b>5.160</b>	<b>61.920</b>											

Especialidades médicas 2022	
Acupuntura	Neurologia
Alergia / Imunologia	Neurologia Infantil
Cardiologia	Oftalmologia
Cirurgia Vascular	Ortopedia
Dermatologia	Otorrinolaringologia
Endocrinologia	Pneumologia
Gastroenterologia	Pneumologia Infantil
Hematologia	Proctologia
Mastologia	Reumatologia
Nefrologia	Urologia

**II.2 ATENDIMENTO NÃO MÉDICO NO ANO DE 2022**

CONSULTA NÃO MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Consulta	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	1.220	14.640
Sessão	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	9.600
<b>Total</b>	<b>2.020</b>	<b>24.240</b>											

Especialidades não médicas 2022
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista
Psicólogo

### II.3 CIRURGIAS AMBULATORIAIS NO ANO DE 2022

CIRURGIA AMBULATORIAL MAIOR	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
CMA	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	576
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>576</b>

### II.4 CIRURGIAS AMBULATORIAIS NO ANO DE 2022

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	2.340
<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>2.340</b>

### II.5 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO NO ANO DE 2022

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **11.280 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	
Radiologia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Ultra-Sonografia	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000
Endoscopia	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	1.680
Métodos Diagnósticos em Especialidades	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
<b>Total</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>11.280</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	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000

### 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 **CONVENIENTE**, 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>	<b>100%</b>



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

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA DE CALCULO (EM REAIS)
CONSULTA MÉDICA	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
ATENDIMENTO NÃO MÉDICO	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
CIRURGIA AMBULATORIAL MAIOR	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
CIRURGIA AMBULATORIAL MENOR	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
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

### 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 subseqüentes, 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 subseqüentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

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

III.5 Fórmula:

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

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

III.6.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONVENENTE**.

III.7 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site [www.gestao.saude.sp.gov.br](http://www.gestao.saude.sp.gov.br), disponibilizado pela **CONVENENTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

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

III.9 A **CONVENIADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da 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.

Pré-requisitos	
✓ 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 2022**

INDICADORES VALORADOS	TRIMESTRES			
	1º	2º	3º	4º
<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%



## TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

### Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **Antonio José de Almeida Meirelles**, CPF **015.869.178-46**, atesto que na data de **02/12/2021 às 09:26:35** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

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

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

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**C8B822734D26100737CB03C2F9FE3DD7DCBA2E04604E4CD0E2F9EBE18E7**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**b91ea310-3b7e-4af1-808f-8e55a35e5e89**

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





## TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

### Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **Renato Falcão Dantas**, CPF **030.390.944-75**, atesto que na data de **10/12/2021** às **18:28:21** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

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

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

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**34BC4494A990C83CCCC7980BEB639BDF84B69DE6D5ECE3007BEB494C40**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**166a8f4d-d621-4ffd-aeaa-609a2da8594b**

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

