



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Aditamento

Nº 01/2023

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

CONVENIENTE		Secretaria de Estado da Saúde
CONVENIADA		Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
INTERVENIENTE		Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP
OBJETO DO CONVÊNIO		Ambulatório Médico de Especialidades de São João da Boa Vista – AME São João da Boa Vista
CONVÊNIO FIRMADO EM		01/06/2020
JUSTIFICATIVA	(X)	Termo de Aditamento ao Convênio de Parceria referente a custeio para o exercício de 2023
	()	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:
DECLARAÇÃO DE INTERESSE		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. São Paulo, 20 de dezembro de 2022.
PELA CONTRATANTE		<hr/> DR. JEANCARLO GORINCHTEYN SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE
PELA CONVENIADA		<hr/> PROF. DR. ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES REITOR – UNICAMP
		<hr/> PROF. DR. ORIVAL ANDRIES JÚNIOR DIRETOR EXECUTIVO – FUNCAMP

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

1

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.
Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.
Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093

SIGA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO DE PARCERIA Nº 01/2023

Processo Origem nº SPDOC 2417561/2019
Processo 2023 nº SES-PRC-2021/52600

Termo de Aditamento ao Convênio de Parceria celebrado em 01/06/2020 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 SÃO JOÃO DA BOA VISTA – AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA**.

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 representado 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 representado por seu Diretor Executivo, Prof. Dr. Orival Andries Júnior, docente, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 075.490.134, CPF nº 021.650.968-80, 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 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 SÃO JOÃO DA BOA VISTA – AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA**, 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 SÃO JOÃO DA BOA VISTA – AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA**, 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

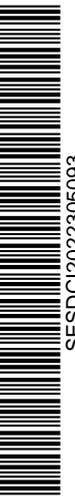
Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.

Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.

Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SEGUNDA **DA ALTERAÇÃO CONVENIAL**

O presente Termo de Aditamento Altera a CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – CUSTEIO, do Convênio assinado em 01/06/2020, conforme redação abaixo:

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

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ 12.058.740,00 (Doze milhões, cinquenta e oito mil, setecentos e quarenta reais), onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 50 43, no exercício de 2023 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

Mês	Valor (R\$)
Janeiro	1.004.895,00
Fevereiro	1.004.895,00
Março	1.004.895,00
Abril	1.004.895,00
Maio	1.004.895,00
Junho	1.004.895,00
Julho	1.004.895,00
Agosto	1.004.895,00
Setembro	1.004.895,00
Outubro	1.004.895,00
Novembro	1.004.895,00
Dezembro	1.004.895,00
TOTAL	12.058.740,00

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 **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.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

3

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.

Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.

Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 Convênio, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Termo de Aditamento na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 20 de dezembro de 2022.

DR. JEANCARLO GORINCHEYN
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

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

PROF. DR. ORIVAL ANDRIES JÚNIOR
DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP

Testemunhas:

1) _____
Nome: Vandebaldo Ferreira Rezende
R.G.: 29.827.742-6

2) _____
Nome: Ana Carolina Nassar Villares
R.G.: 43.527.712-1

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

4

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.

Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.

Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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:

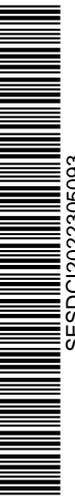
- ◆ Primeira consulta;
- ◆ Interconsulta;
- ◆ Consultas subsequentes (retornos);
- ◆ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas;
- ◆ Cirurgias ambulatoriais (Cirurgias Maiores Ambulatoriais e cirurgias menores ambulatoriais)
- ◆ Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo;
- ◆ 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





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 SÃO JOÃO DA BOA VISTA – AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA** 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 **CONVENIENTE** 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.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

6

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.

Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.

Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONVENIADAS

II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO ANO DE 2023 (ESPECIALIDADES MÉDICAS)

CONSULTA MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Primeira Consulta	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	13.200
Interconsulta	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.800
Consulta Subsequente	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	1.880	22.560
Total	3.130	37.560											

Especialidades médicas 2023	
Cardiologia	Oftalmologia
Cirurgia Geral	Ortopedia
Cirurgia Vascular	Otorrinolaringologia
Dermatologia	Pneumologia
Endocrinologia	Proctologia
Gastroenterologia	Reumatologia
Mastologia	Urologia
Neurologia	

II.2 ATENDIMENTO NÃO MÉDICO NO ANO DE 2023

CONSULTA NÃO MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Consulta	926	926	926	926	926	926	926	926	926	926	926	926	11.112
Sessão	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	6.204
Total	1.443	17.316											

Especialidades não médicas 2023
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Nutricionista

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.
Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.
Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.
Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/signaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

II.3 CIRURGIAS AMBULATORIAIS NO ANO DE 2023

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	420
Total	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	420

II.4 CIRURGIAS AMBULATORIAIS NO ANO DE 2023

CIRURGIA AMBULATORIAL MENOR	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
cma	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Total	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440

II.5 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO NO ANO DE 2023

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **18.984 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	
Mamografia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Densitometria	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	4.320
Radiologia	660	7.920											
Ecocardiografia	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
Ultrassonografia Obstétrica	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Outras Ultrassonografias	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000
Ultra-Sonografia	360	4.320											
Endoscopia Digestiva Alta	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	2.064
Colonoscopia	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Outras Endoscopias	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
Endoscopia	217	2.604											
Diagnóstico em Cardiologia (Exceto Cateterismo Cardíaco)	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	804
Diagnóstico em Ginecologia-Obstetrícia	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	156
Diagnóstico em Neurologia	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
Diagnóstico em Otorrinolaringologia/Fonoaudiologia	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	1.860
Diagnóstico em Pneumologia	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Métodos Diagnósticos em Especialidades	345	4.140											
Total	1.582	18.984											

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

8

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.
Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.
Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/signaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI202305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375	4.500

II.7 – MATRICIAMENTO (ACOMPANHAMENTO)

O **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA – AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA** 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.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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:

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181 **10**

Assinado digitalmente por ANA CAROLINA NASSAR VILLARES - Testemunha / AME SÃO JOÃO DA BOA VISTA - 22/12/2022 às 10:52:34 e JEANCARLO GORINCHEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:14:34.

Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:27, VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Testemunha / CGCSS - 22/12/2022 às 11:03:25 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:13:07.

Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:53:39.

Documento Nº: 60417910-7736 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/signaex/public/app/autenticar?n=60417910-7736>



SESDCI2022305093



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 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

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Consulta médica	60%
Atendimento não médico	5%
Cirurgia Ambulatorial Maior (CMA)	7%
Cirurgia Ambulatorial Menor (cma)	10%
SADT Externo	18%
TOTAL	100%





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 94,99% 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 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da cirurgia ambulatorial (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 94,99% 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





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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**.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

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

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





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 2023

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





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 São João da Boa Vista – AME São João da Boa Vista

Nº DO CONVÊNIO: (1) **SPDOC 2417561/2019**

TIPO DE CONCESSÃO: (2) Convênio

VALOR DO AJUSTE (3): 12.058.740,00

EXERCÍCIO: 2023

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.

São Paulo, 20 de dezembro de 2022.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:40:49.
Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:04, SONIA APARECIDA ALVES - Coordenador de Saúde / CGCSS/GC - 22/12/2022 às 11:36:10 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:12:38.
Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:15:01.
Documento Nº: 60411689-7013 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=60411689-7013>



SESDCI2022305024



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO CONCESSOR:

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

ORDENADOR DE DESPESAS DO ÓRGÃO CONCESSOR:

Nome: Sonia Aparecida Alves
Cargo: Coordenadora de Saúde
CPF: 146.872.488-61

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:

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

AUTORIDADE MÁXIMA DA INTERVENIENTE:

Nome: Prof. Dr. Orival Andries Júnior
Cargo: Diretor Executivo – FUNCAMP
CPF: 021.650.968-80

Responsáveis que assinaram o ajuste

PELO ÓRGÃO CONCESSOR:

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

PELO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:

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

PELO INTERVENIENTE:

Nome: Prof. Dr. Orival Andries Júnior
Cargo: Diretor Executivo – FUNCAMP
CPF: 021.650.968-80
Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: ordenador de despesa
Nome: Sonia Aparecida Alves
Cargo: Coordenadora de Saúde
CPF: 146.872.488-61
Assinatura: _____

(1) Quando for o caso.

(2) Convênio, Auxílio, Subvenção ou Contribuição.

(3) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas

(*) - O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. (inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351, 3º andar | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8181

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 22/12/2022 às 12:40:49.
Assinado com senha por ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES - Representante Entidade Parceira / 46068425000133 - 22/12/2022 às 10:40:04, SONIA APARECIDA ALVES - Coordenadora de Saúde / CGCSS/GC - 22/12/2022 às 11:36:10 e ORIVAL ANDRIES JÚNIOR - Diretor Executivo / 49607336000106 - 22/12/2022 às 13:12:38.
Autenticado com senha por VANDEBALDO FERREIRA REZENDE - Diretor Técnico II / CGCSS/GGAMB - 20/12/2022 às 12:15:01.
Documento Nº: 60411689-7013 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/signaex/public/app/autenticar?n=60411689-7013>



SESDCI2022305024