

TERMO ADITIVO Nº 003/2009 do CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2008-NTCSS-SMS

PROCESSO Nº 2007-0.387.265-2

PARTICIPES:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E A ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM VISTAS À INCLUSÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI COMO UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA da MICRORREGIÃO VILA MARIA/VILA GUILHERME.

OBJETO DO CONTRATO:

Operacionalização da Gestão, Apoio à Gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no âmbito da MICRORREGIÃO VILA MARIA/VILA GUILHERME.

OBJETO DO ADITAMENTO:

Inclusão do HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI à rede de serviços de saúde da MICRORREGIÃO VILA MARIA/VILA GUILHERME e adequação como unidade hospitalar de referência desta região.

Pelo presente instrumento, de um lado a Prefeitura do Município de São Paulo, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS/SP, com sede nesta cidade na Rua General Jardim nº. 36, neste ato representado por seu Secretário Municipal da Saúde, **JANUARIO MONTONE**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG n.º 7.568.932-7, CPF/MF n.º 724.059.888-87, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a **SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**, qualificada como ORGANIZAÇÃO SOCIAL no Município de São Paulo nos autos do processo administrativo n.º 2006-0.151.458-7 (Certificado de qualificação n.º 004), com CNPJ/IMEF n.º 61.699.567/0001-73,



[Handwritten signature]

inscrita no CREMESP sob n.º Prot. 3878, com endereço na Rua Napoleão de Barros 715, Vila Clementino - São Paulo/SP,04024-002 São Paulo, SP, neste ato representado por seu Presidente PROF. DR. RUBENS BELFORT MATTOS JUNIOR, RG 3.355.751 /SSP/SP7.568.932-7, CPF/MF n.º 066.743.488-72, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Municipal n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal 8666 de 21 de junho de 1993, **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO ADITIVO N.º 003/2009** ao **CONTRATO DE GESTÃO N.º 006/2008-NTCSS-SMS**, consoante despacho autorizatório exarado nos autos do processo 2007-0.387.265-2, publicado no D.O.C de 20/12/09 pág.30 e na conformidade das seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO DESTE TERMO ADITIVO

1. O presente **TERMO ADITIVO** ao **CONTRATO DE GESTÃO N.º 006/2008-NTCSS-SMS**, tem por objetivo promover a inclusão do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** como unidade hospitalar de referência da **MICRORREGIÃO VILA MARIA/VILA GUILHERME**, passando o mesmo a ser gerenciado pela Organização Social **SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, nos termos do **CONTRATO DE GESTÃO N.º 006/2008-NTCSS-SMS** e seus anexos, aditado pelo presente **TERMO ADITIVO N.º 003/2009** e seus anexos.

1.1 O presente **TERMO ADITIVO** objetiva a integração da unidade hospitalar à Microrregião, aprimorando o modelo de gestão e dando continuidade aos serviços assistenciais de saúde à população pela **CONTRATADA**, anteriormente prestados pelo **CONVÊNIO N.º 001/SMS/2005**.

2. O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

3. Faz parte integrante deste **TERMO ADITIVO**:

- a) O Anexo Técnico I – Prestação de Serviços
- b) O Anexo Técnico II – Acompanhamento e Avaliação
- c) O Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento
- d) O Anexo Técnico IV – Termo de Permissão de Uso



Colégio Notarial do Brasil - SP
Autenticação
Est. de São Paulo
1048AG07206

Oficial de RCPN nº 479 Substituto Vila Guilherme
Bel. Vilinilda Mejn Leite - Oficial
Autenticação: Autentico a presente cópia reprográfica,
conforme original a mim apresentado, do que dou fé.
ARREN
SP
25 MAR. 2010 R\$ 2,10
Luciana Guedes de Almeida Braga
Escritório - Rua... nº 8935/941
A. Gal. Ataliba de... nº 142 - Tel: 2979-7635
Atividade submetida ao sistema de autenticação de



PARÁGRAFO ÚNICO

Para atender ao disposto neste **TERMO ADITIVO**, as partes estabelecem:

- I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.
- II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este Contrato com a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**.

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA NESTE TERMO ADITIVO

Em cumprimento às suas obrigações cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na Legislação referente ao SUS, bem como nos Diplomas Federal, Estadual e Municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços, à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato e nos exatos termos da Legislação pertinente ao SUS - Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

III - gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;



Coletório Notarial
do Brasil - SP

Autenticação

1048AG07206

Oficial do RCPN do 479 Substituto Vilsa Guilherme
Rel. Vilibaldi Melo Leite / Oficial
Autenticação: Autenticada presencialmente e registrada.
Conforme original a mim apresentado do que sou fe.
RS 2,10
S.P. 25 MAR. 2010
Luciana Guedes de Almeida Braga
Escritoriente Autorizada nº 8535/941
Av. Gal. Ataliba Leonil, 1493 - Tel. 2975-7535
Vendo presente com o selo de autenticação.

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

- IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VIII - fomento dos meios para participação da comunidade;
- IX - prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1.1- Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

- I - Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- II - manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- III - Permissão de visita diária ao paciente internado, respeitada a rotina de serviço;
- IV - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- V - Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- VI - Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- VII - Garantia da presença de um acompanhante em tempo integral, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos, com direito a alojamento e alimentação, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso;
- VIII - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;



IX - 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 Contrato.

2- 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 e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);

3- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação, omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Municipal n.º 14.132/06, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

3.1 - A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei n.º 8078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), sendo que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por danos e indenizações decorrentes do período anterior à data que assumiu a gestão do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**;

4- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos após a devida prestação de contas;

6- Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso foi permitido, a **CONTRATADA**, em conformidade com o disposto no respectivo termo de permissão de uso, Anexo IV, que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até restituição dos bens ao Poder Público;

6.1 - A permissão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas nos artigos 14, §3º e 15 da Lei Municipal n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e 114, § 4º da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo de permissão de uso específico e determinado, emitido pela **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens.



[Handwritten signature]

- 6.2- O termo de permissão de uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção.
- 6.3- Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;
- 6.4- A **CONTRATADA** deverá comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
- 6.5- Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, deverão ser incorporados ao patrimônio de outra.
- 7- Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, 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 **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** cujo uso lhe fora permitido;
- 8- Contratar pessoal para a execução das atividades previstas deste **TERMO ADITIVO** ao **CONTRATO DE GESTÃO N° 006/2008-NTCSS-SMS**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença, devendo, ainda, nesse contexto:
- 8.1- Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;
- 8.2- Contratar serviços de terceiro, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;
- 8.3- Responsabilizar-se perante pacientes por eventual indenização de danos materiais e morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**.
- 9- Gerenciar, de acordo com as diretrizes da SMS, os servidores e empregados públicos que lhe forem delegados pela **CONTRATANTE**, na forma da Cláusula Terceira, observando as



condições estabelecidas nos artigos 16 da Lei Municipal n.º 14.132/06 e nos artigos 4º do Decreto Municipal nº 49.462, de 30 de abril de 2008.

10- Instalar no **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à SMS relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto no Anexo Técnico II deste **TERMO ADITIVO**.

11- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, diariamente, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia.

11.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria Municipal de Saúde, se esta assim o definir.

12- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "**ORGANIZAÇÃO SOCIAL**".

13- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei. Os arquivos médicos serão mantidos no próprio **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, que deverá fornecer acesso ou cópia à **CONTRATADA**, sempre que solicitado, especialmente para defesas nas esferas administrativas ou judicial.

14- Realizar atividades de ensino e pesquisa com pacientes, sendo que as atividades de pesquisa ficam condicionadas às pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias e obrigatórias do Comitê de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da **CONTRATANTE** e da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa.

15- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

16- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:

- ❖ Comissão de Revisão Prontuário Médico;
- ❖ Comissão de Óbitos;
- ❖ Comissão de Ética Médica
- ❖ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.





7


17- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente;
- 2- Nome da Unidade de atendimento;
- 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado);
- 4- Motivo do atendimento (CID-10);
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação);
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

17.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais";

17.2 - Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 17 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei.

18- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados da **CONTRATADA**, no âmbito deste **TERMO ADITIVO** não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de mercado, no âmbito do Município de São Paulo.

19- Coletar dados dos pacientes atendidos no **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, que por ventura sejam associados ou beneficiários de planos de assistência de saúde privados, informando-os à SMS, nos termos da Lei Federal n.º 9656/1998.

20- Durante a vigência deste contrato a **CONTRATADA** procederá com os processos de compras de bens e serviços de acordo com **REGULAMENTO DE COMPRAS** próprio da O.S., contendo os procedimentos que a Organização Social adotará para as compras e contratação de obras e serviços, aprovado pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Gestão e publicado no Diário Oficial do Município, com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE PARA ESTE TERMO ADITIVO



Para a execução dos serviços objeto do presente **TERMO ADITIVO** ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2008-NTCSS-SMS**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste termo;
- 2- Programar no orçamento do Município, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente termo, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico III - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, da **CONTRATANTE**, nos termos dos artigos 14, § 3º e 15 da Lei Municipal n.º 14.132/06, e 114, § 4º da Lei Orgânica do Município, mediante Termo de Permissão de Uso (Anexo IV) e sempre que uma nova aquisição lhe, for comunicada pela **CONTRATADA**;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, com a validação pela **CONTRATADA**, anteriormente à formalização do Termo de Permissão de Uso;
- 5- Promover o afastamento de servidores públicos para a **CONTRATADA**, mediante autorização governamental e observando-se o interesse público;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;
- 7- Acompanhar a execução do presente **TERMO ADITIVO** ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2008-NTCSS-SMS**, através da Comissão Técnica de Acompanhamento - CTA, com fulcro no estabelecido no presente Termo e respectivos Anexos Técnicos, notadamente os Anexos II e III;
- 8- Caberá a Secretaria Municipal da Saúde, por meio de seu Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde – NTCSS.G oferecer apoio técnico operacional nas questões relativas elaboração dos instrumentos para o monitoramento e avaliação e realização do acompanhamento dos contratos e seus aditivos.



CLÁUSULA QUARTA

DA AVALIAÇÃO PARA ESTE TERMO ADITIVO

A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização presidida pelo Secretário Municipal da Saúde, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei Municipal n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006, procederá à avaliação semestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para a Secretaria Municipal da Saúde, nos termos do art. 40º e seguintes do Decreto 49.523, de 27 de maio de 2008.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação em tempo hábil para a realização da avaliação semestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação, referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório conclusivo semestral em 3 (três) vias, em papel e meio eletrônico, nos termos do parágrafo 5º do art. 41, do Decreto 49.523, de 27 de maio de 2008, cujas cópias deverão ser encaminhadas para as Secretarias Municipais da Saúde e da Gestão.

CLÁUSULA QUINTA

DO ACOMPANHAMENTO DESTES TERMOS ADITIVOS

A execução do presente **TERMO ADITIVO** ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2008-NTCSS-SMS** será acompanhada pela **CONTRATANTE** através do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde – NTCSS.G, nos termos do disposto neste Contrato e seus Anexos Técnicos e dos instrumentos por ela definidos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial do Município.



CLÁUSULA SEXTA

DOS RECURSOS HUMANOS PARA ESTE TERMO ADITIVO

Para a execução do objeto do presente **TERMO ADITIVO** a **CONTRATANTE** poderá transferir para o gerenciamento da **CONTRATADA**, servidores ou empregados públicos afastados, para nela terem exercício, em conformidade com o Decreto Municipal 49.462, de 30 de abril de 2008.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Na hipótese de transferência de servidores ou empregados públicos, seja qual for o motivo, a **CONTRATANTE** deverá equalizar os recursos para o fomento das atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os servidores ou empregados públicos eventualmente afastados para a **CONTRATADA** atuarão exclusivamente na consecução dos objetivos e metas deste **TERMO ADITIVO**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A **CONTRATADA** compromete-se, no prazo deste **CONTRATO DE GESTÃO**, a não ceder a qualquer instituição pública ou privada empregados contratados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLÁUSULA OITAVA

DOS RECURSOS FINANCEIROS DESTA TERMO ADITIVO

Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico III- Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R\$ 50.128.504,81 (cinquenta milhões cento e vinte oito mil, quinhentos e quatro reais e oitenta e um centavos).



PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ 49.573.390,68 (quarenta e nove milhões, quinhentos e setenta e três mil, trezentos e noventa reais e sessenta e oito centavos) onerará a seguinte dotação orçamentária 18.10.10.302.0322.4.103.3.3.90.39.00 para **CUSTEIO**. As aquisições de **EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES** onerarão a seguinte dotação orçamentária 18.10.10.302.0322.4.103.4.4.50.52.00 no valor de R\$ 118.134,54 (cento e dezoito mil, cento e trinta e quatro reais e cinquenta e quatro centavos). As adequações físicas onerarão a seguinte dotação orçamentária 18.10.10.302.0322.4.103.4.4.50.51.00 no valor de R\$ 436.979,59 (quatrocentos e trinta e seis mil, novecentos e setenta e nove reais e cinquenta e nove centavos). Estes valores se aplicam ao exercício de 2010 cujo repasse dar-se-á no âmbito do **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante, dos exercícios subseqüentes, correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser, por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **TERMO ADITIVO**.

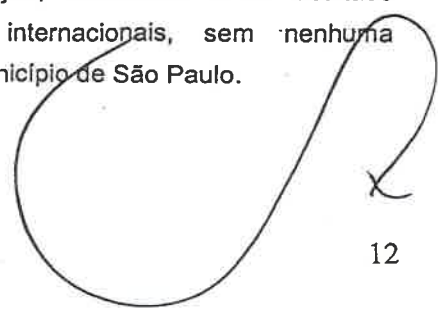
PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **TERMO ADITIVO**, pela **CONTRATADA**, poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe ainda facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais, sem nenhuma responsabilidade solidária ou subsidiária da Prefeitura do Município de São Paulo.



25 MAR. 2010 R\$ 2,10
Luciana Guedes de Almeida Braga
Escrivente Autorizada Lei n.º 8535/94
Av. Gal. França Leoni, 1452 - Tel. 2976-7586
Válida somente com selo de autenticação.







PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos financeiros destinados ao **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, objeto deste **TERMO ADITIVO**, em conta corrente específica e exclusiva, de modo a não confundir com os recursos próprios da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** contratada, bem como os destinados à execução das despesas efetivadas na **MICRORREGIÃO VILA MARIA/VILA GUILHERME**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados à **CONTRATANTE**, no mês subsequente ao da movimentação.

CLÁUSULA NONA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO PARA ESTE TERMO ADITIVO

Nos primeiros doze meses de vigência deste **TERMO ADITIVO**, o somatório dos valores a serem repassados a título de custeio fica estimado em de R\$ 49.573.390,68 (Quarenta e nove milhões, quinhentos e setenta e tres mil, trezentos e noventa reais e sessenta e oito centavos), sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um **valor fixo** (1/12 de 90% do orçamento anual), e um valor correspondente à **parte variável** do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual).




PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas no 5º (quinto) dia útil de cada mês, nos termos do Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento deste **TERMO ADITIVO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico II – Acompanhamento e Avaliação deste **TERMO ADITIVO**.



PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico III - Sistema de Pagamento deste **TERMO ADITIVO**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados após a entrega do relatório mensal de dezembro.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3 (três) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Acompanhamento e Avaliação para efeitos de pagamento da parte variável deste **TERMO ADITIVO**, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

PARÁGRAFO SEXTO

Na hipótese de inobservância do Parágrafo Primeiro desta Cláusula, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelas despesas e/ou encargos financeiros gerados por conta de eventual atraso nos repasses financeiros, desde que tal atraso não seja provocado, por qualquer motivo, pela **CONTRATADA**, nos termos deste **TERMO ADITIVO** e seus anexos.

PARÁGRAFO SÉTIMO

Na hipótese da persistência, da situação prevista no Parágrafo Sexto desta Cláusula, no período de 90 (noventa) dias, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, para que no prazo de 30 (trinta) dias possa purgar a mora. Após esse período, o presente **CONTRATO DE GESTÃO** estará automaticamente rescindido, sendo devido pela **CONTRATANTE** o pagamento do disposto no referido Parágrafo Sexto e no Parágrafo Terceiro da Cláusula Décima Primeira.



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO DESTE TERMO ADITIVO

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual deste **TERMO ADITIVO** prevista no art. 78, da Lei n.º 8666/93, o Poder Executivo providenciará a revogação dos termos de permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do art. 79, da Lei Federal n.º 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A rescisão se dará por ato do titular da Secretaria Municipal da Saúde e de sua Assessoria Jurídica.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral deste **TERMO ADITIVO** por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, nos termos do **CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2008-NTCSS-SMS**, culpa exclusiva ou dolo da **CONTRATADA**, o Município de São Paulo arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** para execução do objeto deste **TERMO ADITIVO**, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO QUARTO

Em caso de rescisão unilateral deste **TERMO ADITIVO** por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.



PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA- PRIMEIRA

DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos Técnicos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei Federal n.º 8666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria n.º 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

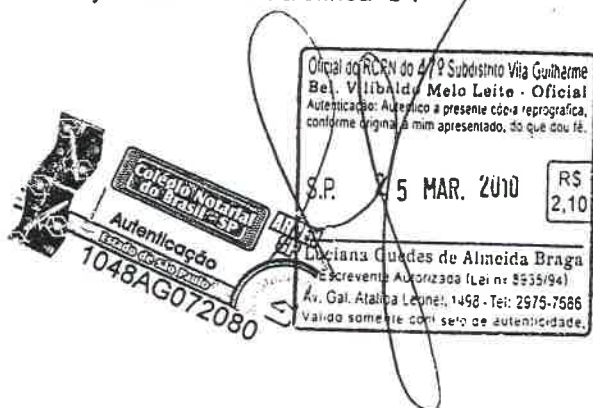
- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.


PARÁGRAFO PRIMEIRO


A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**, resguardado o seu direito de defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".





16


PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias, a contar da data de ciência pela **CONTRATADA**, para interpor recurso dirigido ao titular da **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

- 1- É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.
- 2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.
- 3- A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao titular da **CONTRATANTE**, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.



[Handwritten signature]

4-- A CONTRATADA solicitará, e a CONTRATANTE adotará todas as providências necessárias perante a Prefeitura Municipal, para que os bens indicados sejam removidos da Unidade Hospitalar, permitindo assim a liberação de espaços para alocação de novos bens adquiridos de acordo com orçamento.

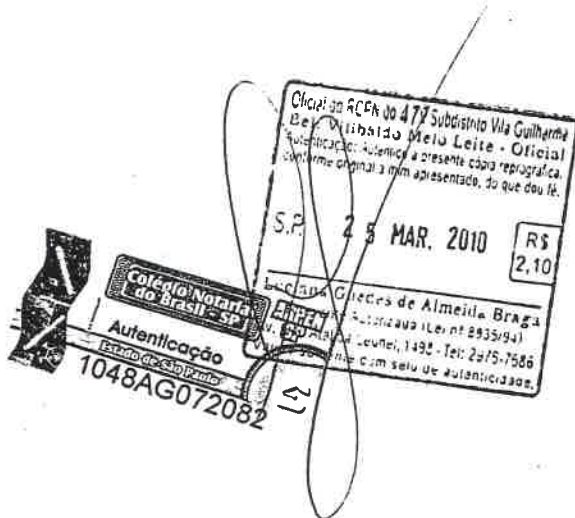
CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA




DA PUBLICAÇÃO

O presente TERMO ADITIVO será publicado no Diário Oficial da Cidade, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

PARÁGRAFO ÚNICO


Ficam mantidas e inalteradas as demais cláusulas do CONTRATO DE GESTÃO N.º 006/2008-NTCSS-SMS, no que não colidirem com o presente TERMO ADITIVO.








E do que ficou convencionado, foi lavrado o presente termo em 04 (quatro) vias de igual teor, que lido e achado conforme entre as partes, vai por elas juntamente com as testemunhas assinado.

São Paulo, 01 de janeiro de 2010.




PROF. DR. RUBENS BELFORT MATTOS JUNIOR
Presidente
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

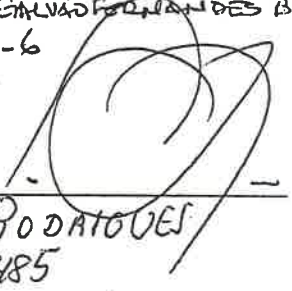


JANUARIO MONTONE
Secretário Municipal da Saúde de São Paulo

Testemunhas:

1) 

Nome: ANA REGINA GALVÃO FERNANDES BRASIONI
R.G: 8.787.231-6

2) 

Nome: José RODRIGUES
R.G: 4.650.485





PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR

JOSÉ STOROPOLLI



I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial ou outros).

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

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

O acesso aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externos realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite da sua capacidade de atendimento de pacientes internados e de acordo com as especialidades atendidas, sendo que, na ausência de leitos disponíveis, a **CONTRATADA** comunicará ao Sistema de Regulação do Município, que providenciará a localização de leito disponível para internação ou transferência do paciente para outra Instituição ou Unidade de Saúde instalada neste Município.

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

IA - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela





PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

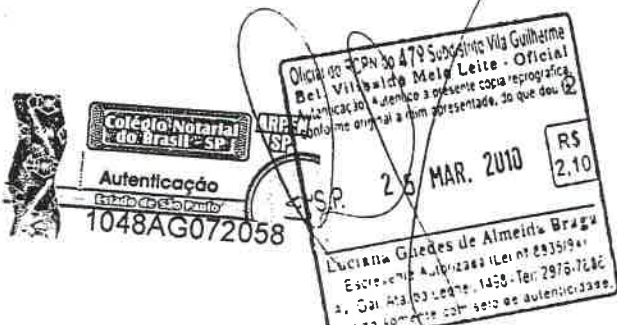
patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

No processo de hospitalização, estão incluídos:

- ◆ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ◆ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ◆ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS- Sistema Único de Saúde;
- ◆ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ◆ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ◆ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ◆ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ◆ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ◆ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ◆ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ◆ Sangue e hemoderivados;
- ◆ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ◆ Procedimentos especiais de alto custo tais como, procedimento de diálise em UTI, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI.

I.B - ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

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





PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

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

2. Para efeito de produção contratada e realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência, independente de gerar ou não uma hospitalização;

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

I.C - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Esta atividade ficará condicionada à adequação de espaços físicos que possam permitir a execução desta modalidade.

O atendimento ambulatorial compreende:

- ◆ Primeira consulta;
- ◆ Consultas subseqüentes (retornos);
- ◆ Cirurgias Ambulatoriais.

1. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede básica (Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, Atendimento Médico Hospitalar) ao HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI, para atendimento a uma determinada especialidade;

2. Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais;

3. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consultas subseqüentes;



4. As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**;

5. Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista. Neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

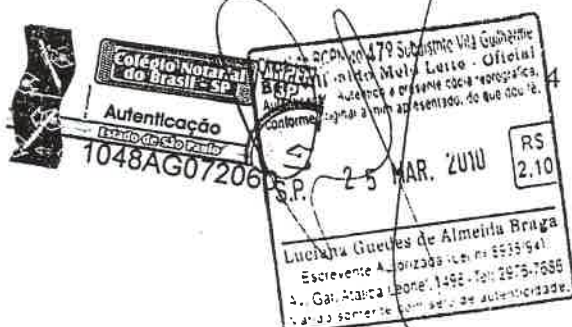
I.D - SERVIÇOS DE APOIO TERAPÊUTICO E DIAGNÓSTICO – SADT EXTERNO

1. Esta atividade refere-se a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de patologias e que serão oferecidas aos pacientes externos ao hospital. Devem-se aqui excluir os serviços prestados aos pacientes internados, em atendimento de urgência/emergência e em atendimento ambulatorial;

2. Depois de calculada a capacidade instalada do hospital e excluída a demanda interna, o excedente será oferecido para suprir a demanda da rede assistencial externa ao hospital;

3. Os Serviços de Laboratório e Serviços de Imagem (SADT Externo e Interno) deverão ser contratados pela **CONTRATADA**, seguindo os moldes e parâmetros praticados em contratos similares realizados pela **CONTRATANTE**;

4. A **CONTRATADA**, no período de 90 dias (noventa) dias, a contar da assinatura do contrato de gestão, procederá com a avaliação dos serviços de Laboratório e serviços de Imagem, disponibilizados atualmente por força de contrato firmado com a **CONTRATANTE** no **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, e encaminhará tal avaliação à **CONTRATANTE**, podendo apresentar solicitação para substituição dos serviços acima elencados, por outros indicados pela **CONTRATADA**, realizando a **CONTRATANTE** a análise e a revisão do contrato firmado com os prestadores atuais, excluindo o **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** do escopo de contratação da Secretaria Municipal da Saúde.



I.E – PROGRAMA HOSPITAL DOMICILIAR – ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR – PROHDOM

Especificações:

1. Internação Domiciliar: Trata-se de extensão dos cuidados hospitalares, com intervenções médicas de maior grau de complexidade técnica para pacientes com significativa dependência continuada inclusive tecnológica. Desenvolvida por uma equipe multiprofissional exclusiva, treinada, tecnologia médica de suporte e demais itens de suporte como equipamentos, materiais e medicamentos.
2. Atendimento Domiciliar: Oferta de visitas domiciliares por vários profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, na seqüência da Internação Domiciliar ou como alternativa ao tratamento ambulatorial, para orientação, prevenção de agravos e realização de procedimentos mais simples.

Faz parte integrante deste **Termo Aditivo** o Informe Técnico para Atendimento e Internação Domiciliar - Programa Hospital Domiciliar – Atendimento e Internação Domiciliar, elaborado pela Equipe Técnica PROHDOM, onde se encontram dispostas as metas e indicadores destes serviços.

I.F - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades deverão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de **TERMO ADITIVO** ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II.A - INTERNAÇÃO HOSPITALAR



5

O número de saídas hospitalares estimadas para o primeiro período de 12 meses encontra-se apontado no quadro a seguir.

| Número mensal de saídas hospitalares esperadas para o Hospital Municipal Vereador José Storopoli os 12 meses de 2010 | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Saídas Hospitalares | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 | TOTAL |
| Clínica Cirúrgica | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 285 | 3420 |
| Clínica Médica | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 2160 |
| Clínica Obstétrica | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 3180 |
| Clínica Pediátrica | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 1920 |
| Psiquiatria | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 180 |
| TOTAL | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 905 | 10.860 |

II.B - ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

O número mensal de atendimentos estimado para o período de 12 meses do ano de 2010 encontra-se apontado no quadro abaixo:

| Atividade Mensal Prevista de Urgência e Emergência para o Hospital Municipal Vereador José Storopoli | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Unidade | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 | TOTAL |
| Pronto-Atendimento | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 240.000 |
| TOTAL | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 240.000 |

II.C - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O número mensal de atendimentos ambulatoriais estimados para os 12 meses do ano de 2010 encontra-se apontado no quadro abaixo:

| Atividade Ambulatorial Prevista para o Hospital Municipal vereador José Storopoli no ano de 2010 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Unidade | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 | Mês 7 | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 | TOTAL |
| Primeiras Consultas | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 380 | 4560 |
| Consultas Subsequentes | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 12000 |
| Cirurgias Ambulatoriais | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 350 | 4200 |
| TOTAL | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 1730 | 20760 |



S

[Handwritten signature]

II.D - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

O hospital oferecerá os serviços de SADT Externos abaixo relacionada à pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, pacientes que foram encaminhados por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, nas quantidades especificadas.

O quadro abaixo apresenta a estimativa mensal do número de SADT Externos para os 12 meses do ano de 2010:

| Oferta Mensal de SADT Externo para a microrregião V. Maria/V. Guilherme | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Unidade | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 | Mês 7 | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 | Total |
| Ultra-sonografia | Transvaginal | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 | 2160 |
| | Pélvico | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 230 | 2760 |
| Colonoscopia | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 240 |
| Total | | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 430 | 5160 |

II.E – PROGRAMA HOSPITAL DOMICILIAR – ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR – PROHDOM

| Programa de Atenção Domiciliar - Atendimento e Internação Domiciliar - PROHDOM | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Unidade | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 | Mês 7 | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 | Total |
| Internações Domiciliares | | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 360 |
| Total | | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 360 |

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIA-SIH (Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação Hospitalar), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**. Outros relatórios e indicadores serão objetos de acompanhamentos pela Coordenação do PROHDOM-NUPES-SMS-G.



III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

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

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- ◆ Relatórios contábeis e financeiros;
- ◆ Relatórios referentes aos Indicadores de Acompanhamento e Avaliação estabelecidos para a unidade;
- ◆ Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- ◆ Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório ou outros.



ANEXO TÉCNICO II

**ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR
JOSÉ STOROPOLLI**

I - CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO

Os princípios gerais que guiarão todo o processo de acompanhamento são:

O acompanhamento do contrato não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como uma parte do processo de direção do contrato que incluem a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com a entidade provedora e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas.

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SP através do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde - NTCSS fará o acompanhamento através dos instrumentos para o monitoramento e avaliação definidos neste anexo, e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com o nível regional.

Os instrumentos de avaliação serão previamente apresentados à **CONTRATADA**, sendo direito desta participar do processo de acompanhamento das atividades desenvolvidas em razão do contrato de gestão celebrado, podendo apresentar esclarecimentos e apontamentos aos itens apurados pela **CONTRATANTE**.

I.A - RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A **CONTRATANTE** é responsável de que se levem a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal será criada no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação. Em nenhum momento, essa comissão substituirá as funções da Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, porém complementarará e dará apoio à mesma.

I.B - COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A CTA deste Contrato de Gestão realizará o seguimento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a **CONTRATADA**.

A coordenação das reuniões da CTA caberá a um dos representantes do NTCSS da SMS/SP.

Sempre que necessário, outros elementos técnicos serão convidados para participar das Reuniões de Acompanhamento.

I.C – COMPOSIÇÃO

A CTA do Contrato de Gestão será constituída de no mínimo 06 (seis) elementos, sendo estes:

- ◆ 2 técnicos do NTCSS;
- ◆ 1 técnico da Coordenação da Gerência Hospitalar - COGERH
- ◆ 2 representantes da **CONTRATADA**.

I.D – FUNÇÕES

De forma genérica, as funções da comissão serão:

- ◆ Realizar reuniões ordinárias a cada 3 (três) meses, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- ◆ Sempre que necessário, realizar reuniões extraordinárias;
- ◆ Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;
- ◆ Avaliação dos parâmetros de produção, indicadores de qualidade e informação em geral sobre o funcionamento dos serviços, assim como, dos aspectos econômico-financeiros da atuação da **CONTRATADA**, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;
- ◆ Análises das causas que originaram desvios e ocorrências no funcionamento dos serviços;
- ◆ Observação direta e discussões com a **CONTRATADA** sobre o funcionamento dos serviços;
- ◆ Solicitar que sejam apresentados esclarecimentos e medidas corretivas pela **CONTRATADA**, quando necessárias;
- ◆ Analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços;
- ◆ Elaborar relatórios à SMS/SP sobre os dados analisados.

II – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

Indicadores da parte variável que serão avaliados por SMS-SP vinculados ao repasse de 10% do valor total do **CONTRATO DE GESTÃO** do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** no ano de 2010 por trimestre de avaliação. O envio de dados e a análise serão mensais e a valoração financeira será trimestral.

| Valoração de Indicadores para o Contrato de Gestão - Parte Variável - HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI | | | | | |
|---|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Objetivo | Indicador/dados | 1º Trimestre | 2º Trimestre | 3º Trimestre | 4º Trimestre |
| Comissão de Ética | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Ética | 40% | - | - | - |
| Comissão de Farmácia e Terapêutica | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Farmácia e Terapêutica | | | | |
| Comissão de Revisão de Óbitos | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Óbitos | | | | |
| Comissão de Revisão de Prontuários | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de revisão de Prontuários | | | | |
| Comissão de Controle de Infecção Hospitalar | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Infecção | | | | |
| | Relatório mensal de análise dos indicadores e medidas tomadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar quando necessário | - | 30% | 30% | 30% |
| Comissão de Prontuários | Relatório mensal de revisão de pelo menos 10% dos prontuários de alta | - | 10% | 10% | 10% |
| Qualidade de Informação | Apresentação de AIH para 100% das saídas hospitalares do mês | - | 10% | 10% | 10% |
| | Recebimento dos dados de atividade assistencial e financeira pela SMS-SP nos prazos definidos | 20% | 10% | 10% | 10% |
| | % de registro de Diagnóstico Principal das Cesarianas em 80% das AIH apresentadas | - | 10% | 10% | 10% |
| | CEP de residência de pelo menos 80% dos pacientes internados | - | 10% | 10% | 10% |
| Serviço de Atendimento ao Usuário | Apresentação de documento contendo o nome e função dos componentes, estrutura e rotinas do Serviço de Atendimento ao Usuário | 40% | - | - | - |
| | Resolução de 80% das queixas apresentadas ao Serviço de Atendimento ao Usuário | - | 20% | 20% | 20% |
| TOTAL | | 100% | 100% | 100% | 100% |

- 1) **Comissão de Ética:**
 - a) **Constituição da Comissão de Ética:** Documento com nome e função dos componentes da Comissão de Ética;
 - b) **Funcionamento Regular da Comissão de Ética:** Relatório mensal de reuniões realizadas pela Comissão de Ética.

- 2) **Comissão de Farmácia e Terapêutica:**
 - a) **Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica:** documento com nome e função dos componentes da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - b) **Funcionamento Regular da Comissão de Farmácia e Terapêutica:** relatório mensal de reuniões realizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica

- 3) **Comissão de Revisão de Óbitos:**
 - a) **Constituição da Comissão de Revisão de Óbitos:** Documento com nome e função dos componentes da Comissão de Revisão de Óbitos;
 - b) **Funcionamento Regular da Comissão de Revisão de Óbitos:** Informação mensal do nº de óbitos institucionais analisados e nº de óbitos maternos.

- 4) **Comissão de Revisão de Prontuários:**
 - a) **Constituição da Comissão de Revisão de Prontuários:** Documento com nome e função dos componentes da Comissão de Revisão de Prontuários;
 - b) **Revisão mensal de pelo menos 10% dos prontuários pela Comissão. 90% dessa amostra devem conter cópia, assinada pelo usuário, do Relatório de Alta ou Informe de Atendimento completo.**

- 5) **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:**
 - a) **Constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:** Documento com o nome e função dos componentes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - b) **Relatório mensal de análise dos indicadores (Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI Adulto e Densidade de Infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central ou cateter umbilical na UTI Neonatal) e medidas tomadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar quando necessário.**

6) Serviço de Atendimento ao Usuário:

- a) Apresentação de documento contendo nome e função dos componentes, estruturas e rotinas do S.A.U.;
- b) Vincula-se à resolução de, no mínimo, 80% das queixas recebidas. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

7) Qualidade da informação

- a) Apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH): a porcentagem de AIH apresentadas deve corresponder a 100% ou mais em relação ao nº de saídas hospitalares do mês;
- b) Pontualidade no preenchimento dos dados de atividade e financeiros: o envio dos dados de atividade assistencial e financeira pela SMS/SP deverá obedecer, rigorosamente, aos prazos definidos em contrato;
- c) Código de residência dos pacientes internados informados no sistema AIH deverá corresponder ao endereço do paciente (logradouro e município) no mínimo em 80% dos registros.

III - ATRIBUIÇÕES EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A **CONTRATADA** deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da **CONTRATANTE** as seguintes ações:

- ◆ Implantação de sistemas gerenciais próprios da **CONTRATADA**, sem prejuízo da implantação/atualização dos sistemas de informação definidos pela **CONTRATANTE**;
- ◆ Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- ◆ Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- ◆ Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela **CONTRATANTE**.

I - CONDIÇÕES GERAIS

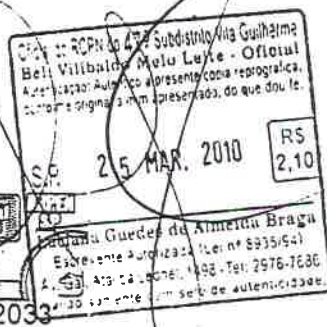
1. Para o repasse dos recursos previstos neste anexo, a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** deverá seguir os seguintes critérios:

- ◆ Possui Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ específico e exclusivo para este contrato de gestão, que deverá ser obtido pela **CONTRATADA** no prazo de 90 (noventa) dias a contar da assinatura deste contrato de gestão, constando como titular o **SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, sendo a razão social fantasia **O.S. SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, para a abertura da conta corrente de movimentação e demais operações comerciais. O prazo acima definido poderá ser prorrogado por mais 45 (quarenta e cinco) dias, a pedido da **CONTRATADA**. A ausência do CNPJ específico durante os 90 (noventa) dias, não impedirá o repasse de recursos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** em conta aberta com o CNPJ da sede da **CONTRATADA**;
- ◆ Possuir conta corrente única, específica e exclusiva, constando como titular o **SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**, para as movimentações bancárias;
- ◆ Apresentar mensalmente extratos bancários de movimentação de conta corrente e de investimentos, demonstrando a origem e a aplicação dos recursos;
- ◆ Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias anuais realizadas por empresas externas, indicadas pela **CONTRATANTE**.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS), responsável pelo acompanhamento e monitoramento do Contrato de Gestão.

2. As atividades assistenciais da **CONTRATADA** subdividem-se em 5 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Prestação de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- Atendimento Ambulatorial



- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- (X) Programa Hospitalar Domiciliar – Atendimento e Internação Domiciliar - PROHDOM
- () Outros Atendimentos

2.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

3. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 6 do Anexo Técnico I - Prestação de Serviços.

4. O montante do orçamento econômico-financeiro de **CUSTEIO** do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** para os próximos 12 meses fica estimado em R\$ 49.573.390,68 (Quarenta e nove milhões, quinhentos e setenta e tres mil, trezentos e noventa reais e sessenta e oito centavos), sendo que para o exercício financeiro orçamentário de 2010 este montante será de R\$ 49.573.390,68 (Quarenta e nove milhões, quinhentos e setenta e tres mil, trezentos e noventa reais e sessenta e oito centavos), apresentado à fl. deste Anexo.

5. Este montante, indicado no item 4, descontado os valores de investimentos definidos no item 6 abaixo, compõe-se da seguinte forma:

| Distribuição dos Pesos Percentuais das Atividades Segundo Modalidades e Respectivos Valores | | |
|---|------------------------------|--------------------------|
| Modalidade | Peso Percentual da Atividade | Valor Orçado/Ano (R\$) |
| Internação | 70,83% | R\$ 35.112.832,62 |
| Urgência/Emergência | 23% | R\$ 11.401.879,86 |
| SADT Externo | 0,5% | R\$ 247.866,95 |
| Ambulatório | 5% | R\$ 2.478.669,53 |
| PROHDOM | 0,67% | R\$ 332.141,72 |
| TOTAL | 100% | R\$ 49.573.390,68 |

6. O montante do orçamento econômico-financeiro de investimento em equipamentos, adequações e reformas, para início das operações do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, fica estimado em R\$ 555.114,13 (quinhentos e cinquenta e cinco mil, cento e quatorze reais e treze centavos) para o exercício de 2010:



7. A destinação dos recursos à **CONTRATADA** ocorrerá na seguinte conformidade:

7.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 4 (quatro) serão repassados em 12 (doze) parcelas; conforme apresentado no "Orçamento para o Contrato de Gestão do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, apresentado no plano orçamentário às fls. deste Anexo;

7.2 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 4 (quatro) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, conforme apresentado no "Orçamento para o Contrato de Gestão do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**, apresentado no plano orçamentário às fls. deste Anexo, vinculado à avaliação dos indicadores de acompanhamento e avaliação e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico II- Acompanhamento e Avaliação, parte integrante deste Contrato de Gestão;

7.3 A avaliação da parte variável poderá gerar um ajuste financeiro nos meses subseqüentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**.

II – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

1. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subseqüente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas (relatório de produção) pelo **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI**.

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

1.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de acompanhamento e avaliação, movimentação de recursos econômicos e financeiros, serão encaminhadas por meio magnético e também impresso à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) através do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS);



1.3. A cada semestre, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão;

1.4. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de **Termo Aditivo ao Contrato de Gestão**, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão;

1.5. A análise referida no item 1.4 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada;

1.6. O aplicativo disponibilizado pela SMS emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados;

1.7. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no item 7 da Cláusula I deste Anexo.

III - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

III.A – CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

1. A primeira e segunda parcelas mensais de pagamento deste **TERMO ADITIVO** serão liberadas de forma antecipada, sendo utilizado o saldo financeiro remanescente da Microrregião Vila Maria/ Vila Guilherme, visando possibilitar a execução das atividades do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI - VILA MARIA**. A transferência destes valores entre a conta corrente da Microrregião V. Maria/V. Guilherme e a do Hospital Municipal Vereador José Storopoli não está condicionada a apresentação de qualquer relatório, porém deverá obedecer ao Plano Orçamentário apresentado às fls. 16 deste Anexo.



2. A partir da terceira parcela mensal, a liberação será realizada até o 5º (quinto) dia útil do mês vigente, mediante a apresentação do relatório de produção e dos documentos estabelecidos no item 1 da Cláusula III-B, referentes ao antepenúltimo mês de atividades da CONTRATADA e deverá obedecer ao Plano Orçamentário apresentado às fls. 16 deste Anexo..

3. A parcela destinada a Investimento em Adequações e Reformas deste contrato será liberada de forma antecipada, sendo utilizado o saldo financeiro remanescente da Microrregião Vila Maria/ Vila Guilherme, visando possibilitar a execução das atividades do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI - VILA MARIA**. A transferência destes valores entre a conta corrente da Microrregião V. Maria/V. Guilherme e a do Hospital Municipal Vereador José Storopoli não está condicionada a apresentação de qualquer relatório, porém deverá obedecer ao Plano Orçamentário apresentado às fls. 16 deste Anexo.
 - a. Valor total destinado a Investimento em Adequações e Reformas é de R\$ 436.979,59 (Quatrocentos e trinta e seis mil novecentos e setenta e nove Reais e cinquenta e nove centavos), para atendimento as seguintes áreas:
 - i. CME – Central de Materiais Esterilizados;
 - ii. Abrigo de Resíduos;
 - iii. Setor de Endoscopia.

4. A parcela destinada a Investimento em Aquisições de Equipamentos deste contrato será liberada de forma antecipada, sendo utilizado o saldo financeiro remanescente da Microrregião Vila Maria/ Vila Guilherme, visando possibilitar a execução das atividades do **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI - VILA MARIA**. A transferência destes valores entre a conta corrente da Microrregião V. Maria/V. Guilherme e a do Hospital Municipal Vereador José Storopoli não está condicionada a apresentação de qualquer relatório, porém deverá obedecer ao Plano Orçamentário apresentado às fls. 16 deste Anexo.
 - a. Valor total destinado a Investimento em Aquisições de Equipamentos é de R\$ 118.134,54 (Cento e dezoito mil cento e trinta e quatro Reais e cinquenta e quatro centavos).

III.B- CRONOGRAMA DE REFORMAS E ADEQUAÇÕES

| QUADRO DE CRONOGRAMA DE REFORMAS | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Áreas atendidas | Mês 01 | | Mês 02 | | Mês 03 | | Mês 04 | |
| | 1ª Quinz. | 2ª Quinz. | 1ª Quinz. | 2ª Quinz. | 1ª Quinz. | 2ª Quinz. | 1ª Quinz. | 2ª Quinz. |
| CME | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | | | | | |
| Abrigo de Resíduos | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | | |
| Setor de Endoscopia | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX |



5

III.C – PRESTAÇÃO DE CONTAS

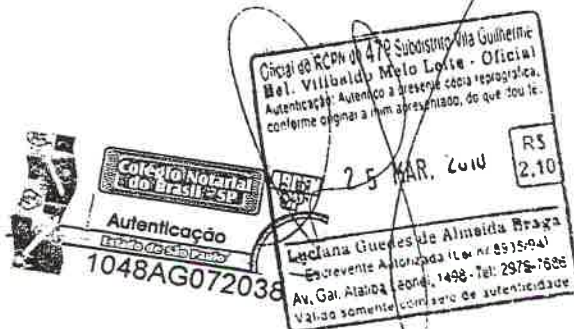
1. A **CONTRATADA** está obrigada a apresentar: Demonstrativo de Despesas, Despesas de Investimento, Demonstrativo de Despesas Mensais, Despesa de Custeio, Balancete Financeiro e Demonstrativo Mensal de Contratos de Pessoa Jurídica (modelos deste anexo), assim como certidões negativas de INSS e FGTS dos funcionários contratados em regime CLT, extrato bancário de conta corrente e aplicações financeiras dos recursos repassados, relativos ao mês anterior, até o 15º dia útil do mês vigente.



2. O aplicativo disponibilizado pela SMS emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das Prestações de Contas realizadas pelo **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula III. A e Plano Orçamentário apresentado às fls. deste Anexo.

III.D - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO (PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO DE GESTÃO)

1. Os valores percentuais apontados na tabela abaixo, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no "item 7.2" deste documento.





6




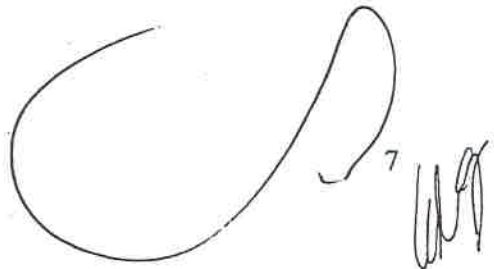
PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

| Valoração de Indicadores para o Contrato de Gestão - Parte Variável - HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLI | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Objetivo | Indicador/dados | 1º Trimestre | 2º Trimestre | 3º Trimestre | 4º Trimestre |
| Comissão de Ética | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Ética | 40% | - | - | - |
| Comissão de Farmácia e Terapêutica | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Farmácia e Terapêutica | | | | |
| Comissão de Revisão de Óbitos | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Óbitos | | | | |
| Comissão de Revisão de Prontuários | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de revisão de Prontuários | | | | |
| Comissão de Controle de Infecção Hospitalar | Envio do documento com nome e função dos componentes da Comissão de Infecção | - | 30% | 30% | 30% |
| | Relatório mensal de análise dos indicadores e medidas tomadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar quando necessário | - | 30% | 30% | 30% |
| Comissão de Prontuários | Relatório mensal de revisão de pelo menos 10% dos prontuários de alta | - | 10% | 10% | 10% |
| Qualidade de Informação | Apresentação de AIH para 100% das saídas hospitalares do mês | - | 10% | 10% | 10% |
| | Recebimento dos dados de atividade assistencial e financeira pela SMS-SP nos prazos definidos | 20% | 10% | 10% | 10% |
| | % de registro de Diagnóstico Principal das Cesarianas em 80% das AIH apresentadas | - | 10% | 10% | 10% |
| | CEP de residência de pelo menos 80% dos pacientes internados | - | 10% | 10% | 10% |
| Serviço de Atendimento ao Usuário | Apresentação de documento contendo o nome e função dos componentes, estrutura e rotinas do Serviço de Atendimento ao Usuário | 40% | - | - | - |
| | Resolução de 80% das queixas apresentadas ao Serviço de Atendimento ao Usuário | - | 20% | 20% | 20% |
| TOTAL | | 100% | 100% | 100% | 100% |



 Oficial do ACPI nº 479 Substituto Mís. Guilherme
 Bel. Vitorbaldo Melo Leite - Oficial
 Autenticação - Autêntico a presente cópia reprográfica.
 Cuiabá, 05 de Março de 2010. R\$ 2,10
 S.P. 05 MAR. 2010
 Luciana Guedes de Almeida Braga
 Escrevente Autônoma inscrita nº 2830144
 Av. Gal. Afonso de Albuquerque, 1492 - Tel: 2975-7556
 Válido somente com selo de autenticação.



1.1. Os relatórios dos indicadores de acompanhamento do contrato de gestão deverão ser entregues até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente;

1.2. Cada período de 03 (três) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de acompanhamento e avaliação que condicionam o valor do pagamento da parte variável citado no item 5 (cinco) deste documento.

III.E - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (PARTE FIXA DO CONTRATO DE GESTÃO)

O volume de atividade assistencial estimado será objeto de avaliação a cada semestre de funcionamento do hospital, o que poderá implicar em repactuação das metas contratadas para o semestre seguinte.

Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados no primeiro semestre de execução do contrato serão efetuados no mês subsequente à avaliação semestral.

A partir do segundo semestre os ajustes dos desvios financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I que se segue. Os desvios serão analisados em relação às quantidades para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA.




8 

Tabela I - Termo Aditivo - HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI - Segundo Atividade Produzida

| Atividade | Produção | Pagamento Devido |
|----------------------|------------------------------------|---|
| Internação | Acima de Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade Internação |
| | de 85% a 100% do Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade Internação |
| | 70% a 84,99% do Volume Contratado | 90% do Peso Percentual de Atividade Internação sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| | Abaixo de 70% de Volume Contratado | 70% do Peso Percentual de Atividade Internação sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| Ambulatório | Acima de Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade Ambulatório |
| | de 85% a 100% do volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade Ambulatório |
| | 70% a 84,99% do Volume Contratado | 90% do Peso Percentual de Atividade Ambulatório sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| | Abaixo de 70% de Volume Contratado | 70% do Peso Percentual de Atividade Ambulatório sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| SADT Externo | Acima de Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade SADT Externo |
| | de 85% a 100% do Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade SADT Externo |
| | 70% a 84,99% do Volume Contratado | 90% do Peso Percentual de Atividade SADT Externo sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| | Abaixo de 70% de Volume Contratado | 70% do Peso Percentual de Atividade SADT Externo sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| Urgência/ Emergência | Acima de Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade Urgência/Emergência |
| | de 85% a 100% do Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade Urgência/Emergência |
| | 70% a 84,99% do Volume Contratado | 90% do Peso Percentual de Atividade Urgência/Emergência sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| | Abaixo de 70% de Volume Contratado | 70% do Peso Percentual de Atividade Urgência/Emergência sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| PROHDOM | Acima de Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade PROHDOM |
| | de 85% a 100% do Volume Contratado | 100% do Peso Percentual de Atividade PROHDOM |
| | 70% a 84,99% do Volume Contratado | 90% do Peso Percentual de Atividade PROHDOM sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |
| | Abaixo de 70% de Volume Contratado | 70% do Peso Percentual de Atividade PROHDOM sobre o Orçamento do Hospital (R\$) |

Oficial do RCPM do 479 Subdivisão Vila Guilherme
 Hel. Vilhaldin Mulu Leite - Oficial
 Autenticado: A autentico a presente copia reprográica,
 conforme original a mim apresentado, do que dou fé.

S.P. 25 MAR. 2010 R\$ 2,10

Luciana Guedes de Almeida Braga
 Escritório Autônomo Il. n.º 8325/941
 Av. Alcaide Leonel, 1495 - Tel: 2675-7686
 11065-11065 - Il. n.º 8325/941

Coleção Notaria
 do Brasil

Autenticação
 Livro 1048AG072041

S

9

IV - MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

1. A **CONTRATADA** deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

2. Às informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através de anexos assinados pelo responsável da **CONTRATADA** e também por via magnética.

3. Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

4. As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

5. Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do contrato e de seus termos aditivos respectivos.

V - MODELOS DE PLANILHAS

V.1 - Modelo de Demonstrativo de Despesas;

V.2 - Modelo de Demonstrativo de Despesas Mensais;

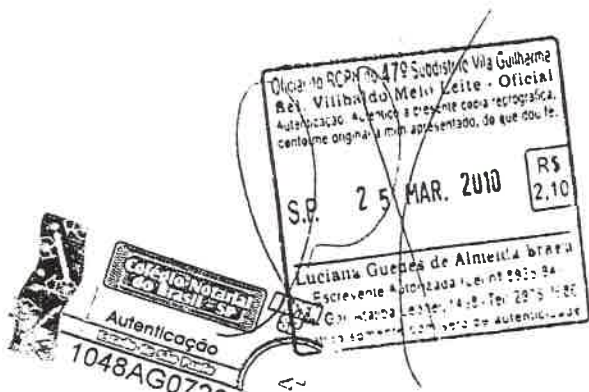
V.3 - Modelo de Despesas de Investimentos;

V.4 - Modelo de Despesas de Custeio;

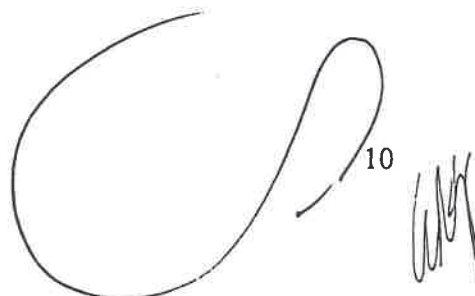
V.5 - Modelo de Balancete Financeiro;

V.6 - Modelo de Demonstrativo Mensal de Contratos de Pessoa Jurídica.

VI - PLANO ORÇAMENTÁRIO



10





V.1.1 - MODELO DE DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

| Item | Documento | | NATUREZA DA DESPESA | FORNECEDOR | CNPJ | PAGAMENTO | | COMPENSAÇÃO | |
|-------------------------------|-----------|----|---------------------|------------|------|-----------|----|-------------|------|
| | Data | Nº | | | | VALOR | Nº | VALOR | DATA |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | |
| TOTAL ACUMULADO DO MÊS | | | | | | 0,00 | | 0,00 | |


 Autenticação
 1048AG072043
 25 MAR, 2010
 R\$ 2,10
 Mariana Guedes de Almeida Braga
 Rua ... nº 995594
 ... nº 14 - Tel: 2916-7560
 ... em seu de autenticidade

São Paulo, de _____ de 200_
 Responsável: _____



V.2 - MODELO DE DEMONSTRATIVO DE DESPESAS MENSAIS

| De e p e s a s / C u s t e i o | Ano | | | | | | | | | | | | Total | Mês Mensal 0.000.000 | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------------------------|--|--|
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | | | | |
| 1. Pessoal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salários | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encargos Sociais | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Benefícios | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provéios (13o. e Férias) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros G.R.B.S | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL PESSOAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Serviços Contratados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviços Assistenciais | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contratos e/ou Passos Jurídicos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contratos e/ou Passos Físicos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contratos e/ou Cooperativas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviços Administrativos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL CONTRATOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Materiais | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reposições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Material de Consumo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicamentos, Alimentos, Óleos, Medicamentos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL MATERIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Serviços de Utilidade Pública | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Despesas Financeiras | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Despesas Tributárias | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investimento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Equipamentos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Novas Aquisições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Substituições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Mobiliário | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Novas Aquisições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Substituições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Instalações Físicas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ampliações | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reformas / Reparos / Adaptações | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Veículos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Novas Aquisições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Substituições | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTAL INVESTIMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL ORÇAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | |

Autenticação
 1048AG072044
 25 MAR 2010
 R\$ 2,10

[Handwritten signature]

V.3 - MODELO DE DESPESAS DE INVESTIMENTOS

| Despesas | Total Ano | Justificar |
|---------------------------------|--------------|------------|
| 1. Equipamentos | 0.000.000,00 | |
| Novas Aquisições | | |
| Substituições | | |
| Sub-T total | | |
| 2. Mobiliário | | |
| Novas Aquisições | | |
| Substituições | | |
| Sub-T total | | |
| 3. Instalações Físicas | | |
| Ampliações | | |
| Reformas / Reparos / Adaptações | | |
| Sub-T total | | |
| 4. Veículos | | |
| Novas Aquisições | | |
| Substituições | | |
| Sub-T total | | |
| TOTAL INVESTIMENTOS | | |

Autenticação
 1048AG072045
 25 MAR. 2010
 R\$ 2,10
 Graciele Aparecida de Almeida Briza
 Rua Santa Catarina, 100 - 01318-904
 São Paulo - SP - CEP: 01318-904
 Fone: (11) 3297-7566





V.4 - MODELO DE DESPESAS DE CUSTEIO

| Despesas | Ano | Justificar |
|------------------------------------|--------------|------------|
| 1. Pessoal | 0.000.000,00 | |
| Salários | | |
| Encargos | | |
| Benefícios | | |
| Provisões | | |
| Outros Gastos | | |
| Sub-total | | |
| 2. Serviços Contratados | | |
| Serviços Assistenciais | | |
| Contratos c/ Pessoa Jurídica | | |
| Contratos c/ Pessoa Física | | |
| Contratos c/ Cooperativas | | |
| Serviços Administrativos | | |
| Sub-total | | |
| 3. Materiais | | |
| Medicamentos | | |
| Material de Consumo | | |
| Gêneros Alimentícios | | |
| Gases Medicinais | | |
| Sub-total | | |
| 4. Serviços de Utilidade Pública | | |
| 5. Despesas Financeiras | | |
| 6. Despesas Tributárias | | |
| TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS | | |



Autenticação

ARACELI GUEDES DE ALMEIDA BRAGA
 Escrevente Autorizada (le nº 8935/94)
 Av. Cas. Alameda, 14-08 - Tel. 2975-7689
 Val. somente com selo de autenticação.

SF. 25 MAR 2010

R\$ 2,10

[Handwritten signature]

V.5 - MODELO DE BALANCETE FINANCEIRO

| SALDOS | |
|-------------------------------------|--|
| Saldo Atual em Conta Corrente | |
| Saldo Atual em Aplicação Financeira | |
| SALDO NÃO UTILIZADO | |
| DESPESAS COMPROMISSADAS | |
| PROVISIONAMENTO DE FÉRIAS E 13º | |
| OUTROS PROVISIONAMENTOS | |
| SALDO EM DISPONIBILIDADE | |

| RESUMO | |
|--|--|
| Saldo Anterior em Conta Corrente | |
| Saldo Anterior em Aplicação Financeira | |
| Total de Receita | |
| Total de Despesas | |
| TOTAL | |

A..... pelo seu representante legal declara sob as penas da lei, que a transcrição das informações constantes nos Anexos da Portaria n.2069 é cópia fiel dos respectivos comprovantes, cujos originais se encontram à disposição da Secretaria Municipal da Saúde, para quais quer verificações que se fizerem necessárias.

| RECEITAS | |
|-----------------------------------|--|
| Recursos Recebidos | |
| Resultado da Aplicação Financeira | |
| Saldos | |
| TOTAL | |

| DESPESAS | |
|-----------------------------------|--|
| Pessoal e Reflexo | |
| Material de Consumo | |
| Medicamento | |
| Serviços de Terceiros | |
| Manutenção | |
| Reformas | |
| Material Permanente e Equipamento | |
| Despesas Diversas de Custeio | |
| Outras Despesas de Custeio | |
| TOTAL | |

São Paulo, ___ de _____ de 200__
Responsável: _____



Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticação

1048AG072047

ARRAN SP

Ofício do RCPN do 47º Subdistrito Via Governador
Pei. Vilheleno Melo Leite - Oficial
Autenticação: Atencioso a presente causa, certifico que a
conforme original a mim apresentada, cc. que descrito.
25 MAR 2010 R\$ 2,10
Luciana Guadalupe de Almeida Braga
Escritório Aut. Causas e Expediente
Av. Dr. Ruy Barbosa, nº 140 - Jd. Paulista - São Paulo - SP



V.6 - MODELO DE DEMONSTRATIVO MENSAL DE CONTRATOS DE PESSOAS JURÍDICAS

| Item | EMPRESA | OBJETO | C.N.P.J | VALOR DO CONTRATO | VALOR PAGO | VALIDADE DO CONTR |
|------|------------------------------|------------|---------------------|-------------------|---------------|-------------------|
| 1 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | 00.000.000/00000-00 | 00.000.000,00 | 00.000.000,00 | 00/00. |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |
| 28 | | | | | | |
| 29 | | | | | | |
| 30 | | | | | | |
| 31 | | | | | | |
| 32 | | | | | | |
| 33 | | | | | | |
| | | | | TOTAL | | |

Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticação

Estado de São Paulo

1048AG072048

Oficial do ABPN do 47º Subdistrito Vila Guilherme

 Mel. Vilalba Melo Leite - Oficial

 Autenticação Autenticada a presente copia registrada,

 conforme original a mim apresentado, do que acuse.

25 MAR. 2010

 R\$ 2,10

 Luíza Maria Guedes de Almeida Braga

 Inscrição Profissional: Lei nº 2535/94

 Av. Gal. Afonso de Albuquerque, 1438 - Tel: 2479-7666

 Valida somente com selo de autenticação.

Handwritten signature



VI - PLANO ORÇAMENTÁRIO

Plano Orçamentário para o Contrato de Gestão Microrregião V.Maria/IV.Guilherme referente ao Hospital Municipal Vereador José Storopoli - V. Maria para os meses de Janeiro a Dezembro de 2010 (em Reais).

| Item | jan/10 | fev/10 | mar/10 | abr/10 | mai/10 | jun/10 | jul/10 | ago/10 | set/10 | out/10 | nov/10 | dez/10 | Total |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Custeio Parte Fixa | | | | | | | | | | | | | |
| Pessoal e Reflexo OS | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 2.923.025,86 | 35.076.310,32 |
| Serviços Terc. PJ | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 255.990,55 | 3.071.886,60 |
| Contratos Terc. Serv. Apoio | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 48.817,58 | 585.812,16 |
| Medicamentos Gases | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 551.519,84 | 7.819.438,08 |
| Manutenção Predial | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 30.380,74 | 364.568,88 |
| Manutenção Equipamentos | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 13.525,83 | 163.571,96 |
| Despesas diversas de custeio | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 180.155,86 | 2.161.870,32 |
| Sub-total custeio Parte Fixa - Variável | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 4.103.617,36 | 49.243.408,32 |
| Custeio Proddom (Serviço de Interação Domiciliar) | | | | | | | | | | | | | |
| Pessoal e Reflexo | 23.493,03 | 23.494,03 | 23.495,03 | 23.496,03 | 23.497,03 | 23.498,03 | 23.499,03 | 23.500,03 | 23.501,03 | 23.502,03 | 23.503,03 | 23.504,03 | 281.982,36 |
| Material de Consumo | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 24.000,00 |
| Medicamentos | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 24.000,00 |
| Sub-total custeio Proddom | 27.493,03 | 27.494,03 | 27.495,03 | 27.496,03 | 27.497,03 | 27.498,03 | 27.499,03 | 27.500,03 | 27.501,03 | 27.502,03 | 27.503,03 | 27.504,03 | 329.982,36 |
| Total Custeio OS | 4.131.110,39 | 4.131.111,39 | 4.131.112,39 | 4.131.113,39 | 4.131.114,39 | 4.131.115,39 | 4.131.116,39 | 4.131.117,39 | 4.131.118,39 | 4.131.119,39 | 4.131.120,39 | 4.131.121,39 | 49.573.390,68 |
| Equipamentos | 118.134,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 118.134,54 |
| Reformas/Adequações | 456.979,59 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 456.979,59 |
| Total Investimento | 555.114,13 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 555.114,13 |
| Valor total de Repasse | 4.686.224,52 | 4.131.111,39 | 4.131.112,39 | 4.131.113,39 | 4.131.114,39 | 4.131.115,39 | 4.131.116,39 | 4.131.117,39 | 4.131.118,39 | 4.131.119,39 | 4.131.120,39 | 4.131.121,39 | 50.128.504,61 |

Autenticação
1048AG072049

25 MAR. 2010
RS 2.10
Juiz de Paz
Guilherme de Almeida Braga
Esp. em Direito Autorizado nº 8335/94
Av. C. Alameda, 1450. Tel: 2975-7666



PREFEITURA DA CIDADE DE

SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO IV

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI

Oficial do RCPN do 479 Subest. Vila Galbano
Bel. Vilhiano Melo Leite - Oficial
Autenticação Autêntico a presente cópia fotográfica,
conforme original a mim apresentado, do que sou fe.

S.P. 25 MAR. 2010 R\$ 2,10

Luciana Guedes de Almeida Braga
Evento Autorizada (Lei nº 8935/94)
Rua Leonel, 498 - Tel: 2976-7656
www.ssp.sp.gov.br

Autenticação
Estado de São Paulo
1048AG072029



PREFEITURA DA CIDADE DE

SÃO PAULO

SECRETARIA DE SAÚDE

I - TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I - Com fulcro no artigo 33 do Decreto 49.523, de 27 de maio de 2008, bem como, o disposto no artigo 14 e 15, da Lei 14.132, de 24 de janeiro de 2006, alterada, é concedida a **PERMISSÃO DE USO** dos bens móveis e imóveis arrolados e discriminados em documento anexo a este, pelo prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

II - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições, ressalvados os desgastes naturais decorrentes do uso dos equipamentos e instrumentais;

III - A **CONTRATADA** deverá comunicar à **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

IV - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, bem como os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações, deverão ser incorporados ao patrimônio de outra **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** qualificada no âmbito do Município de São Paulo, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município de São Paulo, em caso de extinção ou desqualificação da **CONTRATADA**, hipótese esta em que a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, nos termos do art. 2º, I, letra "i" da Lei Municipal 14.132/06.

Parágrafo único - As benfeitorias realizadas com verba pública serão previamente orçadas e aprovadas pela **CONTRATANTE**. As benfeitorias realizadas com verba de particulares serão previamente informadas à **CONTRATANTE**, estando desde já autorizadas as realizações de benfeitorias de infra-estrutura necessárias à conservação e manutenção do bem público.

V - As benfeitorias realizadas no **HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLLI** serão incorporados ao patrimônio municipal, não importando sua natureza ou origem dos recursos.

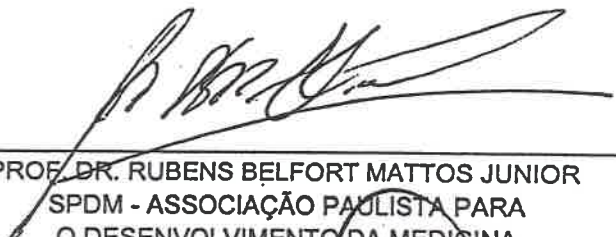
VI - Nos termos do art.15 da Lei 14.132/2006, os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio do Município.

A **CONTRATADA** solicitará, e a **CONTRATANTE** adotará todas as providências necessárias perante a Prefeitura Municipal, para que os bens indicados sejam removidos da Unidade Hospitalar, permitindo assim a liberação de espaços para alocação de novos bens adquiridos de acordo com o orçamento.



Parágrafo Único : A permuta a que se refere este item dependerá da prévia avaliação do bem e expressa autorização do titular da CONTRATANTE.

São Paulo, 01 de janeiro de 2010 .




PROF. DR. RUBENS BELFORT MATTOS JUNIOR
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA
O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA




JANUARIO MONTONE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Testemunhas:



Nome: ANA REGINA GIMRÃO FERREIRAS AGUIAR
RG: 8.788.231-6
CPF: 054.533.258-310



Nome: JOSE RODOLFO
RG: 4.650.485
CPF: 583.576.618-15

