TERMO ADITIVO DE RETI-RATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/12

PROCESSO ORIGEM Nº 001.0500.000.093/2010
PROCESSO 2012: 001.0500.000.097/2011

Termo Aditivo de Reti-Ratificação ao Contrato celebrado em 26/10/2010, entre o **Estado de São Paulo**, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde** e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FERNANDÓPOLIS,** qualificada como Organização Social de Saúde para regulamentar o desempenho das ações e serviços na **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO EM FERNANDÓPOLIS**

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. Giovanni Guido Cerri, brasileiro naturalizado, casado, médico, RG n.º 5.169.600, CPF n.º 949.050.458-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, de outro lado, a **OSS – SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FERNANDÓPOLIS**, com CNPJ 47.844.287/0001-08, inscrito no CREMESP sob nº 03521, com endereço à Av. Afonso Cáfaro, 2630 CEP 15600-000 Fernandópolis/SP e com estatuto arquivado no 1º Tabelião de Notas e Protesto de Letras e Títulos de Fernandópolis /SP – sob nº 2526, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas neste ato representado por seu Provedor, Diomar Pedro Durval, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG 5.700.507 – SSP/SP, CPF 417.149.548-20, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar n º 846 de 04 de junho de 1998 e, considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do processo n º 001.0500.000.093/2010, fundamentada no parágrafo 1º do artigo 6º da Lei Complementar n º 846 de 04 de junho de 1998, combinado com o artigo 26 da Lei Federal n º 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidades com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **Termo Aditivo de Reti-Ratificação baseado no disposto na cláusula 9ª – Das Alterações Contratuais**, referente à execução de atividades relativas à área da Saúde a ser desenvolvida na **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO EM FERNANDÓPOLIS** cujo uso fica permitido pelo prazo de vigência do presente Termo Aditivo mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente **TERMO ADITIVO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde, na **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO EM FERNANDÓPOLIS,** no exercício de 2012, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

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

CLÁUSULA SEGUNDA
DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente Termo Aditivo altera o Anexo Técnico I, II e III do **CONTRATO DE GESTÃO, assinado em 26/10/2010** e acrescenta na Cláusula Sétima - Dos Recursos Financeiros, o Parágrafo Décimo e na Cláusula Oitava – Condições De Pagamento, o Parágrafo Nono, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS

...

PARÁGRAFO DÉCIMO

Pela prestação dos serviços especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, do Termo Aditivo nº 01/12, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância estimada de R$ 3.090.000,00 (três milhões e noventa mil reais), e no Anexo III – Dos Indicadores de Qualidade (parte variável), cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO, conforme a Instrução TCESP nº 01/2008,** correspondente ao exercício financeiro de 2012 e que onerará a:

UGE 090 192
Atividade 10 302 0930 4852 0000
Natureza da Despesa 33 90 39
Fonte de Recursos Tesouro

CLÁUSULA OITAVA
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

...

PARÁGRAFO NONO

Fica acrescentado ao presente Contrato o somatório dos valores a serem repassados em 2012, estimado em R$ 3.090.000,00 (três milhões e noventa mil reais), sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 11 (onze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/9 de 90% do orçamento anual), e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/9 de 10% do orçamento anual), a saber:

As parcelas mensais ficam estimadas **conforme tabela abaixo** e, serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Mês	Valor
Janeiro	-
Fevereiro	264.000,00
Março	264.000,00
Abril	264.000,00
Maio	264.000,00
Junho	264.000,00
Julho	286.000,00
Agosto	286.000,00
Setembro	286.000,00
Outubro	304.000,00
Novembro	304.000,00
Dezembro	304.000,00
Total	**3.090.000,00**

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2012.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos Aditivos e de Reti-Ratificação, não alterados por este instrumento.

CLÁUSULA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA
DO FORO

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

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

São Paulo, 20 de dezembro de 2011.

DIOMAR PEDRO DURVAL
PRESIDENTE

PROF. DR. GIOVANNI GUIDO CERRI
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Testemunhas:

1) _____
Nome: Lucimeire Marques Domingues
R.G.: 14.177.589

2) _____
Nome: Pedro Luiz Girino
R.G.: 11.519.644

JAR/jar

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

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

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

1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

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

1.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, ao Ambulatório, para atendimento a uma determinada especialidade médica. No caso de atendimento não médico a primeira consulta deve se dar apenas na especialidade de fisioterapia, quando disponibilizada para unidades externas.

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

1.3 Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

1.4 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 procedimentos terapêuticos realizados (sessões) por especialidades não médicas.

1.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

1.6 Serão consideradas intervenções cirúrgicas ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do

médico anestesista, realizados com anestesia geral, loco regional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

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

2. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO EM FERNANDÓPOLIS,** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente Contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL – CONSULTA MÉDICA

CONSULTA MÉDICA	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Primeira Consulta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interconsulta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consulta Subsequente	0	0	15	64	64	70	77	85	94	103	114	125	811
Total	**0**	**0**	**15**	**64**	**64**	**70**	**77**	**85**	**94**	**103**	**114**	**125**	**811**

II. 2 ATENDIMENTO NÃO MÉDICO

ATENDIMENTO NÃO MÉDICO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consultas Não Médicas	0	0	12	50	50	55	60	66	74	80	88	97	632
Procedimentos Terapêuticos (Sessões)	0	0	27	115	115	126	139	153	168	185	203	224	1.455
Total	**0**	**0**	**39**	**165**	**165**	**181**	**199**	**219**	**242**	**265**	**291**	**321**	**2.087**

II. 3 TRATAMENTO INTENSIVO EM REABILITAÇÃO FÍSICA

Tratamento Intensivo em Reabilitação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Paciente Dia - 1 turno	0	0	79	336	336	370	407	447	492	540	595	655	4.257
Paciente Dia - 2 turnos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**0**	**0**	**79**	**336**	**336**	**370**	**407**	**447**	**492**	**540**	**595**	**655**	**4.257**

II. 4 FORNECIMENTO DE ÓRTESES/PROTESES/MEIOS AUXILIARES – ACOMPANHAMENTO

ITEM FORNECIDO	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Meios de Locomoção	0	0	2	4	10	20	20	24	24	25	30	30	189
Órteses	0	0	3	7	15	20	25	30	30	30	30	35	225
Proteses	0	0	1	3	7	8	10	10	10	10	10	12	81
Outros	0	0	1	3	7	8	10	10	10	10	10	12	81
TOTAL	**0**	**0**	**7**	**17**	**39**	**56**	**65**	**74**	**74**	**75**	**80**	**89**	**576**

II.5 OFICINAS - ACOMPANHAMENTO

OFICINAS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Oficinas	0	0	41	175	175	192	211	233	256	281	310	340	2.214

II.6 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO - ACOMPANHAMENTO

Atividade Educativa	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Grupos	0	0	6	13	13	14	16	18	19	22	23	26	170
Pacientes Atendidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATADA

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 Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO II
SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 03 (TRÊS) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Atendimento Ambulatorial - Consulta Médica
(X) Atendimento Não Médico
(X) Tratamento Intensivo em Reabilitação Física

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

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro de custeio da **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO EM FERNANDÓPOLIS,** para o exercício de 2012, fica estimado no valor de **R$ 3.090.000,00 (três milhões e noventa mil reais)** e compõe-se da seguinte forma:

LINHA DE CONTRATAÇÃO	%	Valor
Consulta Médica	8,74%	270.066,00
Atendimento Não Médico	8,76%	270.684,00
Tratamento Intensivo em Reabilitação Física	82,50%	2.549.250,00
TOTAL	**100%**	**3.090.000,00**

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1. 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados em 11 (ONZE) parcelas **segundo tabela abaixo**;

Mês	90%
Janeiro	-
Fevereiro	237.600,00
Março	237.600,00
Abril	237.600,00
Maio	237.600,00
Junho	237.600,00
Julho	257.400,00
Agosto	257.400,00
Setembro	257.400,00
Outubro	273.600,00
Novembro	273.600,00
Dezembro	273.600,00
Total	2.781.000,00

4.2. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimado **segundo tabela abaixo,** vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão;

Mês	10%
Janeiro	-
Fevereiro	26.400,00
Março	26.400,00
Abril	26.400,00
Maio	26.400,00
Junho	26.400,00
Julho	28.600,00
Agosto	28.600,00
Setembro	28.600,00
Outubro	30.400,00
Novembro	30.400,00
Dezembro	30.400,00
Total	309.000,00

4.3. A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subseqüentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pela **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO DE FERNANDÓPOLIS;**

5. Visando o acompanhamento e avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 7º dia útil, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO DE FERNANDÓPOLIS;**

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE;**

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

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela **UNIDADE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO DE FERNANDÓPOLIS** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do **CONTRATO DE GESTÃO**.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Janeiro e Julho, 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**.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação 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**.

10.A análise referida no item 08 (oito) 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.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II. 1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão)

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 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subseqüentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Janeiro a Julho

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

TABELA I – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de Unidades exclusivamente Ambulatoriais e outros tipos de atividades

UNIDADE		
Atividade	**Valor a Pagar**	
Consulta médica	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial-consulta médica
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta médica X orçamento do Centro de Reabilitação (R$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta médica X orçamento do Centro de Reabilitação (R$)
Consulta não médica	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial-consulta não médica
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Centro de Reabilitação (R$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Centro de Reabilitação (R$)
Tratamento intensivo em reabilitação física	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial-consulta não médica
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Centro de Reabilitação (R$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Centro de Reabilitação(R$)

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores, é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados, desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porem já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE*: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada Ambulatório serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.*

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do **CONTRATO DE GESTÃO**.

PRÉ- REQUISITOS:

- ✓ **CONTROLE DE ORIGEM DE PACIENTES**
- ✓ **S.A.U.**

INDICADORES VALORADOS

INDICADORES	TRIMESTRES			
	1º	2º	3º	4º
Número de Triagens e Taxa de Elegibilidade	-	*50%*	*30%*	*30%*
Controle de Tempo de Duração de Programa Terapêutico	-	*50%*	*30%*	*30%*
Pesquisa de Satisfação de Usuário	-	-	*40%*	*40%*