



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
TERMO ADITIVO SS N.º 001/2016 (SEGUNDO) AO
TERMO ADITIVO SS N.º 007/2014 (PRIMEIRO) AO
TERMO DE CONVÊNIO SS N.º 001/2014

Por este instrumento, as partes, de um lado o **MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o n.º 46.523.239/0001-47, neste ato representado, na forma do Decreto Municipal n.º 13.463/2001, alterado pelo Decreto Municipal n.º 14.993/2005, pela Secretária de Saúde **ODETE CARMEM GIALDI**, doravante denominada **SECRETÁRIA**, e de outro, a **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, com endereço na Av. Robert Kennedy, 2900 - Bairro Assunção, São Bernardo do Campo, CEP 09860-000, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o n.º **47.708.771/0001-00**, doravante denominada simplesmente de **CONVENIADA**, representada legalmente por seu Provedor **CONRADO ZAMBRINI FILHO**, tendo em vista o prazo do CONVÊNIO SS N.º 001/2014, firmado em 24/02/2014, e de acordo com a sua Cláusula Sexta **RESOLVEM** firmar este Termo Aditivo, onde estabelecem:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.0 - Fica prorrogado, por mais um período de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de 24/02/2016, o prazo de vigência do Termo Aditivo SS N.º 007/2014 (PRIMEIRO) ao Termo de Convênio SS N.º 001/2014.

1.1- Parágrafo único: A prorrogação de que se trata, encontra respaldo na Cláusula Segunda do Termo Aditivo SS N.º 007/2014 (PRIMEIRO), Cláusula Sexta do Convênio SS N.º 001/2014 e no inciso II, do artigo 57, da Lei Federal n.º 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR

2.0 - As despesas com a presente prorrogação estão estimadas em R\$ 6.750.828,00 (seis milhões, setecentos e cinquenta mil, e oitocentos e vinte e oito reais), sendo o valor mensal estimado em R\$ 562.569,00 (quinhentos e sessenta e dois mil e quinhentos e sessenta e nove reais), cujos custos correspondem aos seguintes componentes:

2.1 - **Componente Hospitalar:** 40 leitos de cuidados prolongados e longa permanência, correspondendo a um custo de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais) por leito/dia, totalizando um custo mensal de R\$ 504.000,00 (Quinhentos e quatro mil reais);

2.2 - **Componente Ambulatorial:** Exames de apoio e diagnósticos, a serem pagos conforme custo unitário da Tabela de Procedimentos e Medicamentos e OPM – Tabela SIGTAP/SUS e efetiva realização dos mesmos. Para este item, considerando os quantitativos estabelecidos no Plano Operativo indica-se um custo mensal máximo de R\$ 58.569,00 (cinquenta e oito mil e quinhentos e sessenta e nove reais).

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PAGAMENTO

3.0 - Os pagamentos serão efetuados mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente aos serviços prestados, de acordo com o estabelecido na Cláusula 5 do Plano Operativo, da seguinte forma:



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

3.1 - **R\$ 504.000,00** (quinhentos e quatro mil reais) relativos ao Componente Hospitalar para a disponibilização global de 40 leitos/mês;

3.1.1 - O desembolso deste pagamento será efetuado de acordo com o percentual da taxa de ocupação de leitos disponibilizados, sendo:

3.1.2 - Se o percentual da taxa de ocupação mensal for igual ou maior que 80% (oitenta por cento) será repassado para a Conveniada o valor integral de R\$504.000,00 (quinhentos e quatro mil reais);

3.1.3 - Se o percentual da taxa de ocupação mensal for menor a 80% (oitenta por cento) será repassado para a Conveniada o valor correspondente a produtividade do respectivo mês,

3.2 - **R\$ 58.569,00** (Cinquenta e oito mil e quinhentos e sessenta e nove reais) relativos ao Componente Ambulatorial, considerando-se esse valor como o montante máximo possível de execução.

3.2.1 - Os valores do componente ambulatorial serão pagos conforme procedimentos efetivamente realizados (pagamento por produção), atestados pelo sistema de regulação do Município, com base na tabela SUS.

CLÁUSULA QUARTA

4.0 - Ficam mantidas as demais cláusulas, termos e condições do Convênio firmado entre o Município de São Bernardo do Campo e a Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

E, por estarem as partes de comum acordo com as cláusulas, termos e condições do presente instrumento, firmam-no em 03 (três) vias, na presença de 03 (três) testemunhas.

São Bernardo do Campo, em 24 / 02 /2016.

ODETE CARMEN GIALDI
ODETE CARMEN GIALDI
Secretária de Saúde.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CONRADO ZAMBRINI FILHO
Provedor

Testemunhas:

1. *Abraão* 2. *Prof. Jones* 3. *Sufale*



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
PLANO OPERATIVO

1.0 - O presente é parte integrante do **TERMO DE CONVÊNIO SS Nº 001/2014**, celebrado entre o Município São Bernardo do Campo e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

2.0 - O Plano Operativo é composto pelos componentes hospitalar e ambulatorial.

2.1 - O Componente Hospitalar, está relacionado aos leitos contratados para pacientes que necessitam de cuidados prolongados e internações de longa permanência, seu padrão de utilização e qualidade da assistência.

2.2 - Componente Ambulatorial, está relacionado aos exames, consultas e procedimentos contratados, avaliados de maneira quantitativa por meio de informe mensal à Central de Regulação ligada ao Departamento de Apoio à Gestão e qualitativamente pelo Departamento de Atenção Especializada, conforme os mecanismos utilizados para gestão da qualidade vigente nas unidades do Município.

3.0 - DAS CONDIÇÕES DE HOSPITAL COM DUAS UNIDADES DE CUIDADOS PROLONGADOS.

3.1 - Na vigência desse Plano Operativo, serão promovidos ajustes de procedimentos e de instalações na estrutura assistencial da Conveniada com o objetivo de que a mesma se adeque para prestar assistência no perfil de Hospital com Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), segundo conceitos e diretrizes estabelecidos na Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012.

3.1 - Cuidados Prolongados, destinam-se aos usuários que se encontram em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

3.1.1.1 - Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

3.1.1.2 - São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos e não intensivos em unidade hospitalar.

3.1.2 - As adequações da Conveniada para o alcance do perfil almejado, e definido na Portaria nº 2.809, serão obtidas de forma progressiva durante a vigência do presente Plano, sendo que, decorridos o prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar do recebimento do recurso de investimento federal, a Secretaria de Saúde em conjunto com Ministério da Saúde realizarão uma visita técnica para averiguar o cumprimento



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

das condições das Unidades de Cuidados Prolongados, conforme as especificações descritas na referida Portaria.

3.1.3 – A Conveniada deverá, dentro desse prazo, desenvolver as ações abaixo descritas com o objetivo de alcançar a condição de Unidade de Cuidados Prolongados:

- Ampliação e/ou reforma da estrutura física e adequação tecnológica, segundo as condições descritas na Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012;
- Estruturar a Sala Multiuso de Reabilitação tipo II, incluindo materiais e equipamentos, para contemplar duas UCP, conforme descrito no Anexo I Portaria nº 2.809. A Sala Multiuso de Reabilitação é um espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional;

3.1.4 - Para cada UCP com 20 leitos cada, compor uma equipe Multiprofissional, obedecendo à carga horária mínima de trabalho dos respectivos profissionais:

- Médico: vinte horas semanais distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;
- Enfermeiro: sessenta horas semanais;
- Técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
- Assistente social: vinte horas semanais;
- Fisioterapeuta: sessenta horas semanais;
- Psicólogo: vinte horas semanais;
- Fonoaudiólogo: trinta horas semanais;

3.1.4.1 - Os usuários da UCP deverão contar com outras especialidades médicas, quando necessário.

3.1.5 - As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado.

3.1.5.1 - As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana.

3.1.5.2 - Presença de Terapeuta Ocupacional 30 horas semanais para atender as 02 UCPs.

3.1.5.3 - Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

3.1.5.4 - Desempenhar processos de trabalho condizentes com a prática de cuidado, satisfazendo as seguintes ações:

- Elaborar e implementar protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito na Portaria;
- Instituir a horizontalidade das equipes multiprofissionais;
- Implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos;
- Articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, do Município;
- Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- Desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa da instituição.
- Disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores.

3.2 – É responsabilidade da Secretaria de Saúde propor a habilitação da Conveniada junto ao MS, nos termos da Portaria nº 2.809/2012.

3.3 – Com base na Portaria nº 2.809/12 e outros critérios da SECRETARIA serão admitidos em UCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

- Recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;
- Necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou
- Dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

3.3.1 - Além de apresentar pelo menos uma das características descritas acima, o usuário elegível para ser admitido em UCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

5



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

- Usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;
- Usuários submetidos à antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;
- Usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional;
- Usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM);
- Usuários traqueostomizados em fase de decanulação;
- Usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;
- Usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;
- Usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;
- Usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou
- Usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva.

3.4– O Município poderá, a critério da gestão da Secretaria, utilizar 20% dos leitos contratados para retaguarda da atenção hospitalar destinado aos pacientes em tratamento de processo clínico agudo, em situação clínica estável em regime de enfermaria.

3.4.1. Para a retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno.

3.5 – A mesma Portaria no artigo 17 também indica os usuários inelegíveis em UCP, os quais se também se aplicarão neste Plano:

- Com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;
- Cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e
- Que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar".



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

3.6 – A CONVENIADA deverá atender os demais requisitos de organização constantes da Portaria 2.809/12, não elencados neste Plano Operativo.

4.0 - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

4.1 – Todos os serviços ofertados pela Conveniada (componente hospitalar e ambulatorial) deverão estar sob regulação da Central de Regulação da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local;

4.2 – A Conveniada deverá apresentar até o **20º (vigésimo) dia** do mês subsequente aos serviços prestados as informações abaixo, a saber:

4.2.1 - Listagem com todos os pacientes que ocupam ou ocuparam os leitos SUS da Santa Casa no mês, com data de admissão e, quando for o caso, data de saída, com descrição do desfecho;

4.2.2 - Balancete com detalhamento dos gastos relacionados aos recursos públicos pagos à Santa Casa;

4.2.3 - Envio da Planilha de Indicadores devidamente preenchida com os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como outros que o Departamento e o prestador combinarem, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência.

4.3 - Oferecer ao paciente todos os recursos necessários ao seu atendimento, sendo sua responsabilidade a disponibilização de recursos humanos, insumos de medicamentos e materiais de enfermagem, serviços de diagnóstico e terapia, lavanderia, nutrição e dietética, além dos demais insumos que se fizerem necessários para correta execução dos serviços objetivados;

4.4 - Quanto ao componente ambulatorial, a Central de Regulação do Município poderá em comum acordo com o prestador, oferecer, baseado no absenteísmo histórico, agendamentos em número superior ao pactuado;

4.5 - Informar à Secretaria de Saúde no caso da mudança do perfil do paciente encaminhado aos leitos de internação pela Central de Regulação, com repercussão nos indicadores assistenciais da Conveniada;

5.0 - DOS PAGAMENTOS

5.1 - Os pagamentos serão efetuados mensalmente, tendo como base os preços constantes da cláusula 5.3.2, até o 5º dia útil do mês subsequente aos serviços prestados, de acordo com o estabelecido na Cláusula 4.0 do Plano Operativo, da seguinte forma:

5.2 - **R\$ 504.000,00** (quinhentos e quatro mil reais) relativos ao Componente Hospitalar para a disponibilização global de 40 leitos/mês;

5.2.1 - O desembolso deste pagamento será efetuado de acordo com o percentual da taxa de ocupação de leitos disponibilizados, sendo:



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

5.2.2 - Se o percentual da taxa de ocupação mensal for igual ou maior que 80% (oitenta por cento) será repassado para a Conveniada o valor integral de R\$504.000,00 (quinhentos e quatro mil reais);

5.2.3 - Se o percentual da taxa de ocupação mensal for menor a 80% (oitenta por cento) será repassado para a Conveniada o valor correspondente ao número de leitos disponibilizados.

5.3 - **R\$ 58.569,00** (Cinquenta e oito mil e quinhentos e sessenta e nove reais) relativos ao Componente Ambulatorial, considerando-se esse valor como o montante máximo possível de execução.

5.3.1 - Os valores do componente ambulatorial serão pagos conforme procedimentos efetivamente realizados (pagamento por produção), atestados pelo sistema de regulação do Município, com base na tabela SUS.

5.3.2 - QUADRO DEMONSTRATIVO DE VALORES UNITÁRIOS

COMPONENTE HOSPITALAR						
ITEM	OBJETO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DISPONIBILIZADA	VALOR UNITÁRIO DO LEITO	VALOR MENSAL DOS LEITOS	VALOR ANUAL DOS LEITOS
1	DISPONIBILIZAÇÃO DE LEITOS	LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS	40	420,00	504.000,00	6.048.000,00
TOTAL DO COMPONENTE HOSPITALAR					504.000,00	6.048.000,00
COMPONENTE AMBULATORIAL						
ITEM	EXAME	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
1	DERMATOLOGIA	CONSULTAS	750	10,00	7.500,00	90.000,00
		PROCEDIMENTOS	600	25,00	15.000,00	180.000,00
2	MAMOGRAFIA	EXAMES	80	45,00	3.600,00	43.200,00
3	TOMOGRAFIAS	EXAMES	300	108,23	32.469,00	389.628,00
TOTAL DO COMPONENTE AMBULATORIAL					58.569,00	702.828,00
TOTAL GERAL DOS COMPONENTES (HOSPITALAR E AMBULATORIAL)					MENSAL	ANUAL
					562.569,00	6.750.828,00

5.3.3 - Os relatórios apresentados pela Conveniada de que trata o item 4.2 acima, serão avaliados mensalmente pela Secretaria de Saúde e eventuais ajustes serão efetuados nos pagamentos seguintes.

6.0 - MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO

6.1 - A Secretaria de Saúde monitorará a execução do presente Plano Operativo por meio de visitas técnicas e acompanhamento de indicadores hospitalares, com o objetivo de fazer cumprir as regras pactuadas e corrigir as inconformidades do processo.

6.2 - Em caso de evidenciadas irregularidades na execução dos instrumentos assinados, bem como eventuais condições que comprometem as boas práticas do cuidado assistencial, serão aplicadas as penalidades previstas na legislação vigente.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

6.3 – As partes pactuam que, as condições da assistência prestada, será reavaliada em 6 (seis) meses podendo ensejar em ajustes no presente plano operativo.
São Bernardo do Campo, 24 de fevereiro de 2016.

OLETE CARMEN GIALDI
Secretária de Saúde.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CONRADO ZAMBRINI FILHO
PROVEDOR

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
(exigido a partir das Instruções n.º 02/2004 do TCE/SP)

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

CONVENIADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.

TERMO DE CONVÊNIO: SS Nº 001/2014.

REFERENTE: TERMO ADITIVO SS Nº 001/2016 (SEGUNDO) AO TERMO ADITIVO SS Nº 007/2014 (PRIMEIRO) AO TERMO DE CONVÊNIO SS Nº 001/2014

OBJETO: PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO TERMO ADITIVO SS Nº 007/2014 (PRIMEIRO) AO TERMO DE CONVÊNIO SS Nº 001/2014, POR MAIS UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES CONSECUTIVOS, A PARTIR DE 24/02/2016.

Advogado (s): (*)

Na qualidade de Conveniente e Conveniada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estar cientes, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

São Bernardo do Campo, 24 / 02 /2016.

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

NOME: ODETE CARMEN GIALDI

CARGO: SECRETÁRIA DE SAÚDE

RG Nº: 10.246.602.82

ENDEREÇO RESIDENCIAL: AV IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 664 – BAIRRO: JARDIM NOVA PETRÓPOLIS – SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP - CEP: 09770-272

TELEFONE: (9) 96194- 8274

E-MAIL: Odete.carmem@gmail.com

Assinatura:



CONTRATADA: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.

NOME: CONRADO ZAMBRINI FILHO

CARGO: PROVIDOR

RG Nº: 3.668.879-4

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Av Robert Kennedy, 2900 – Bairro Assunção/SBCampo/SP

TELEFONE (11) 4353-3300

EMAIL: irmandade@santacasasbc.org.br

Assinatura:

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído.

