



**CONTRATO SNJ Nº 563/2024**

**“TERMO DE 8º ADITAMENTO AO CONTRATO Nº 474/2022,  
CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE BARUERI E A EMPRESA  
SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO  
DA MEDICINA”**

Pelo presente termo de aditamento, de um lado o **MUNICÍPIO DE BARUERI**, neste ato representado pelo **Secretário de Saúde**, Sr. **MILTON ANTONIO CASQUEL MONTI**, e, de outro **SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, representado por **RONALDO RAMOS LARANJEIRA**, resolvem aditar como de fato aditado têm, o Contrato nº 474/2022, referente à Seleção Pública nº 004/2022, mediante as Cláusulas seguintes:

#### **CLÁUSULA I**

O presente Termo de Aditamento objetiva a renovação do Contrato de Gestão nº 474/2022, para o período de 01 de novembro de 2024 a 31 de outubro de 2025, o prazo que alude a Cláusula 4.1. do Contrato de Gestão nº 474/2022, com repactuação de metas quantitativas e valores.

#### **CLÁUSULA II**

O valor global para o período de prorrogação de 01/11/2024 a 31/10/2025 é de R\$ 220.447.006,84 (duzentos e vinte milhões, quatrocentos e quarenta e sete mil, seis reais e oitenta e quatro centavos), sendo R\$ 220.353.756,84 (duzentos e vinte milhões, trezentos e cinquenta e três mil, setecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e quatro centavos) destinado ao custeio da unidade e R\$ 93.250,00 (noventa e três mil e duzentos e cinquenta reais) destinado a verba de investimento para provimento de readequações estruturais Prediais no Projeto AVCB, conforme demonstrado no quadro a seguir:

PERÍODO DE PRORROGAÇÃO	CUSTEIO		INVESTIMENTO – PARCELA ÚNICA	VALOR MENSAL
	RECURSO MUNICIPAL	RECURSO FEDERAL	RECURSO MUNICIPAL	
Novembro/2024	16.162.813,07	2.200.000,00	93.250,00	18.456.063,07
Dezembro/2024	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Janeiro/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Fevereiro/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Março/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07





Abril/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Maió/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Junho/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Julho/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Agosto/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Setembro/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
Outubro/2025	16.162.813,07	2.200.000,00	-	18.362.813,07
<b>TOTAL 12 MESES</b>	<b>193.953.756,84</b>	<b>26.400.000,00</b>	<b>93.250,00</b>	<b>220.447.006,84</b>

### CLÁSULA III

Fica estabelecido o valor de R\$ 93.250,00 (noventa e três mil e duzentos e cinquenta reais) destinado a verba de investimento para provimento de readequações estruturais para conclusão do Projeto AVCB a ser pago em uma única parcela no ato da assinatura do contrato, conforme discriminado no quadro da cláusula II.

### CLÁSULA IV

As despesas decorrentes do presente termo correrão por conta das seguintes dotações:

#### SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA: R\$ 220.447.006,84

DOTAÇÃO	DESPESA - CUSTEIO	VALOR
02.19.04.10.302.0072.2068	3350.85 - DR 01.310.0000	32.325.626,14
<b>Dotação orçamentaria específica p/ exercício de 2025</b>		<b>161.628.130,70</b>
02.19.04.10.302.0072.2068	3350.85 - DR 05.350.0000	4.400.000,00
<b>Dotação orçamentaria específica p/ exercício de 2025</b>		<b>22.000.000,00</b>

DOTAÇÃO	DESPESA - INVESTIMENTO	VALOR
02.19.04.10.302.0072.2068	3350.85 - DR 01.310.0000	93.250,00

### CLÁSULA V – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

“Fica a CONTRATADA responsável em providenciar e manter a regularização do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB, junto ao órgão competente”.

### CLÁSULA VI

Passará a vigorar com nova redação o **Anexo Técnico I** e **Anexo Técnico II**.





**CLÁUSULA VII**

Permanecem em vigor as demais Cláusulas do Contrato de Gestão nº 474/2022, não expressamente alterados pelo presente aditamento.

E, por estarem de acordo com as Cláusulas acima, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual inteiro teor na presença de 02 (duas) testemunhas para que produza seus legais efeitos.

Barueri, 30 de outubro de 2024.

  
**MILTON ANTONIO CASQUEL MONTI**  
Secretário de Saúde

  
**RONALDO RAMOS LARANJEIRA**  
Diretor Presidente

**SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**

**Testemunhas:**

- 1. Ana Lucia Lino da Silva**
- 2. Jean Greguer de Souza**



**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

**CONTRATANTE:** MUNICÍPIO DE BARUERI

**CONTRATADA:** SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

**CONTRATO DE GESTÃO SNJ N° (DE ORIGEM):** 474/2022

**OBJETO:** Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR FRANCISCO MORAN**, em regime 24 horas/dia ininterruptamente, inclusive pontos facultativos, dias sem expediente e feriados, que assegure assistência universal e gratuita à população em conformidade com o Memorial Descritivo e os anexos a seguir elencados, que integram o presente instrumento.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1 Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, pela entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

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

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e conseqüente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Barueri, 30 de outubro de 2024.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

**Nome:** Rubens Furlan

**Cargo:** Prefeito Municipal

**CPF:** 492.801.398-00

**ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

**Nome:** Milton Antonio Casquel Monti

**Cargo:** Secretário de Saúde

**CPF:** 029.803.728-97





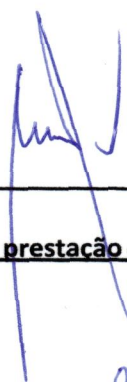
**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

**Nome:** Ronaldo Ramos Laranjeira  
**Cargo:** Diretor Presidente  
**CPF:** 042.038.438-39

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

**Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:**

**Nome:** Milton Antonio Casquel Monti  
**Cargo:** Secretário de Saúde  
**CPF:** 029.803.728-97

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

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

**Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:**

**Nome:** Ronaldo Ramos Laranjeira  
**Cargo:** Diretor Presidente  
**CPF:** 042.038.438-39

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

**DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Elisângela Maria dos Santos Peclat  
**Cargo:** Enfermeira  
**CPF:** 213.667.468-48

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Gisele Cristina Manoel Grahl  
**Cargo:** Função de Confiança  
**CPF:** 258.099.698-28

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Andrea Ferreira de Araújo  
**Cargo:** Enfermeira  
**CPF:** 148.811.058-17

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

  
  
5



Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Maria de Fátima Freire

**Cargo:** Função de Confiança

**CPF:** 299.228.708-35

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Vanessa de Santana Morelli Frias

**Cargo:** Função de Confiança

**CPF:** 322.102.538-61

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Marcelo Rodrigues da Cunha

**Cargo:** Médico

**CPF:** 901.574.607-97

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Maiedy Rodrigues Xavier Amorim

**Cargo:** Enfermeira

**CPF:** 221.638.348-16

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Marcus Vinicius Santos de Souza Bezerra

**Cargo:** Agente de Administração Pública

**CPF:** 405.387.368-10

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Jeosadaque Aguiar Bandeira

**Cargo:** Agente Administrativo

**CPF:** 478.690.568-20

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





Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Fabio Santiago Batistin

**Cargo:** Diretor

**CPF:** 488.848.391-49

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

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Portaria nº 237 de 07 de outubro de 2024.

**Nome:** Thiago da Silva Justino

**Cargo:** Agente de Administração Pública

**CPF:** 469.921.688-94

**Assinatura:** Thiago Justino \_\_\_\_\_ 





ANEXO TÉCNICO I

METAS DE PRODUÇÃO

ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

– ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - INTERNAÇÃO

**Internação (Saídas Hospitalares - Enfermarias e/ou Pronto-Socorro)**

O hospital deverá realizar um número de 1.320 (um mil trezentas e vinte) saídas hospitalares/mês, com variação de +\_ 15%, sendo: clínica médica – 400 saídas/mês, clínica cirúrgica – 650 saídas/mês, clínica obstétrica – 108 saídas /mês, clínica pediátrica – 150 saídas/mês, clínica psiquiátrica – 12 saídas/mês.

<b>INTERNAÇÃO</b>	<b>1º Mês</b>	<b>2º Mês</b>	<b>3º Mês</b>	<b>4º Mês</b>	<b>5º Mês</b>	<b>6º Mês</b>	<b>Total do período</b>
<b>(Saídas Hospitalares)</b>							
Clínica Médica	400	400	400	400	400	400	<b>2.400</b>
Clínica Cirúrgica	650	650	650	650	650	650	<b>3.900</b>
Clínica Obstétrica	108	108	108	108	108	108	<b>648</b>
Clínica Pediátrica	150	150	150	150	150	150	<b>900</b>
Clínica Psiquiátrica	12	12	12	12	12	12	<b>72</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>7.920</b>

<b>INTERNAÇÃO</b>	<b>7º Mês</b>	<b>8º Mês</b>	<b>9º Mês</b>	<b>10º Mês</b>	<b>11º Mês</b>	<b>12º Mês</b>	<b>Total do período</b>
<b>(Saídas Hospitalares)</b>							
Clínica Médica	400	400	400	400	400	400	<b>2.400</b>
Clínica Cirúrgica	650	650	650	650	650	650	<b>3.900</b>
Clínica Obstétrica	108	108	108	108	108	108	<b>648</b>
Clínica Pediátrica	150	150	150	150	150	150	<b>900</b>
Clínica Psiquiátrica	12	12	12	12	12	12	<b>72</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>1.320</b>	<b>7.920</b>





## 2. HOSPITAL DIA

O hospital deverá realizar mínimo 500 (quinhentos) cirurgias/mês em regime de hospital-dia, com variação de +\_ 15%, ficando 250 cirurgias/mês destinadas às cirurgias oftalmológicas, e 250 cirurgias/mês para demais especialidades.

A instituição deverá fornecer relatório mensal das cirurgias realizadas.

HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total do período
Cirurgias oftalmológicas	250	250	250	250	250	250	1500
Demais cirurgias	250	250	250	250	250	250	1500
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>3000</b>

HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total do período
Cirurgias oftalmológicas	250	250	250	250	250	250	1500
Demais cirurgias	250	250	250	250	250	250	1500
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>3000</b>

## 3. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

O hospital deverá realizar um número de 1.700 (Um mil e setecentos) atendimentos de urgência/mês.

ATENDIMENTO URGÊNCIA	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>10.200</b>

ATENDIMENTO URGÊNCIA	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>1.700</b>	<b>10.200</b>



**4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

Atendendo os usuários egressos da instituição hospitalar e aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal para as especialidades previamente definidas após pactuação com o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, na capacidade, no limite da capacidade operacional do ambulatório com atendimento de: 11.000 (Onze mil) consultas médicas/mês; 6.670 (seis mil, seiscentas e setenta) consultas não médicas/mês; 3.000 (três mil) sessões reabilitações em Fisioterapia/mês; 200 (duzentas) pequenas cirurgias/mês.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total período
Consulta médica	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	66.000
Atendimento não médico	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	40.020
Reabilitação em fisioterapia	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	18.000
Pequena cirurgia	200	200	200	200	200	200	1.200
<b>TOTAL</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>125.220</b>

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total período
Consulta médica	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	66.000
Atendimento não médico	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	6.670	40.020
Reabilitação em fisioterapia	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	18.000
Pequena cirurgia	200	200	200	200	200	200	1.200
<b>TOTAL</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>20.870</b>	<b>125.220</b>

**Especialidades Médicas**

Anestesiologia (pré – operatório) – Ambulatório Interno (APA)
Cardiologia Adulto
Consulta Bucomaxilo facial







Cirurgia Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica Reparadora
Cirurgia Torácica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Ginecologia
Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)
Dermatologia
Endocrinologia Adulto e Pediátrica
Hematologia Adulto e Pediátrica
Hemodinâmica
Nefrologia Adulto e pediátrico
Neonatologia (Ambulatório de Prematuros Interno)
Oftalmologia ( <i>Angiofluorescenografia, Avaliação Vias Lacrimais, Catarata, Glaucoma, Cirurgia Relativa (LASIK), Córnea, Dacriocistografia, Estrabismo, Farmacoterapia Injeção Intra Vítreo, Pequenas Cirurgias, Plástica Ocular, Retina, Ceratocone.</i> )
Otorrinolaringologia
Pneumologia Adulto e Pediátrico
Avaliação de cirurgia para Proctologia
Oncologista Clínico
Ortopedia e Traumatologia: Coluna Vertebral, Ombro e Cotovelo, Mãos e Punho, Quadril e Pelve, Joelho, Tornozelo e Pé, Ortopedia Infantil.
Fisiatria



**Especialidades Não Médicas**

<b>CONSULTAS DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS DE NÍVEL SUPERIOR:</b>
Enfermagem
Fisioterapia (seção de reabilitação)
Serviço Social
Psicologia

**5. ATIVIDADE SADT EXTERNO**

Realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal oriundos da Rede Municipal de Saúde (Atenção Básica ou Centro de Especialidade) em número de 2.000 (dois mil) exames/mês.

SADT EXTERNO	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	<b>12.000</b>

SADT EXTERNO	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	<b>12.000</b>

**6. HEMODIÁLISE**

Atendimento a pacientes internos e externos encaminhados pela Central de Regulação Municipal que necessitam de hemodiálise na fase aguda, com um número de 3.960 (três mil e novecentos e sessenta) procedimentos/mês de acordo com a capacidade operacional do serviço.

HEMODIÁLISE - SESSÃO	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	3.960	3.960	3.960	3.960	3.960	3.960	<b>23.760</b>







HEMODIÁLISE - SESSÃO	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	3.960	3.960	3.960	3.960	3.960	3.960	<b>23.760</b>

**7. PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Atendimento a pacientes em regime de internação domiciliar deverá manter um número de 100 (cem) pacientes em atendimento domiciliar/mês de acordo com a capacidade operacional do serviço.

PID	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100	100	<b>600</b>

PID	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100	100	<b>600</b>

**8. ATENDIMENTO DE NEUROCIRURGIA E NEUROCLINICA**

O serviço deverá realizar um número de 200 (duzentas) avaliações de NEUROCIRURGIA e NEUROCLINICA mensais. A equipe de avaliação de NEUROCLÍNICA deverá estar disponível no hospital no período de 2ª a 6ª feira das 7h00 às 19h00 horas.

AValiação NEUROLÓGICA (Neurocirúrgica/ Neuroclínica)	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	Total período
<b>TOTAL</b>	200	200	200	200	200	200	<b>1.200</b>





<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (Neurocirúrgica/ Neuroclínica)</b>	<b>7º Mês</b>	<b>8º Mês</b>	<b>9º Mês</b>	<b>10º Mês</b>	<b>11º Mês</b>	<b>12º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	200	200	200	200	200	200	<b>1.200</b>

### **9. QUIMIOTERAPIA**

Realizará 180 (cento e oitenta) atendimentos/mês com a administração de quimioterápicos, conforme protocolo clínico implantado.

<b>QUIMIOTERAPIA</b>	<b>1º Mês</b>	<b>2º Mês</b>	<b>3º Mês</b>	<b>4º Mês</b>	<b>5º Mês</b>	<b>6º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	180	180	180	180	180	180	<b>1.080</b>

<b>QUIMIOTERAPIA</b>	<b>7º Mês</b>	<b>8º Mês</b>	<b>9º Mês</b>	<b>10º Mês</b>	<b>11º Mês</b>	<b>12º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	180	180	180	180	180	180	<b>1.080</b>

### **10. ATENDIMENTO EM MEDICINA FETAL**

Para tanto será proposto consulta diagnóstica e de acompanhamento conjugada com a realização de exames de ultrassonografia, procedimentos invasivos e cirúrgicos, devendo realizar 200 (duzentos) atendimento por mês.

<b>ATENDIMENTO EM MEDICINA FETAL</b>	<b>1º Mês</b>	<b>2º Mês</b>	<b>3º Mês</b>	<b>4º Mês</b>	<b>5º Mês</b>	<b>6º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	200	200	200	200	200	200	<b>1.200</b>

<b>ATENDIMENTO EM MEDICINA FETAL</b>	<b>7º Mês</b>	<b>8º Mês</b>	<b>9º Mês</b>	<b>10º Mês</b>	<b>11º Mês</b>	<b>12º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	200	200	200	200	200	200	<b>1.200</b>





**11. PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA**

Estes exames serão referenciados pelas unidades municipais, em caráter de urgência ou ambulatorial, por meio da Central de Regulação Municipal. Poderão ser também oriundos da internação ou Pronto Atendimento do HMB.

Portanto serão oferecidos os procedimentos conforme descritos no quadro abaixo resultando em 90 atendimentos mês, informamos que as demais metas qualitativas e quantitativas previstas no Contrato em questão, permanecerão inalteradas.

<b>ATENDIMENTO EM HEMODINÂMICA</b>	<b>1º Mês</b>	<b>2º Mês</b>	<b>3º Mês</b>	<b>4º Mês</b>	<b>5º Mês</b>	<b>6º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	90	90	90	90	90	90	<b>540</b>

<b>ATENDIMENTO EM HEMODINÂMICA</b>	<b>7º Mês</b>	<b>8º Mês</b>	<b>9º Mês</b>	<b>10º Mês</b>	<b>11º Mês</b>	<b>12º Mês</b>	<b>Total período</b>
<b>TOTAL</b>	90	90	90	90	90	90	<b>540</b>







**ANEXO TÉCNICO II**

**REGRAS DO SISTEMA DE PAGAMENTO**

**I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE PAGAMENTO**

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 10 (dez) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no **ANEXO TÉCNICO I – Plano de Trabalho**, nas modalidades abaixo assinaladas:

- a. Assistência Hospitalar (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- b. Hospital Dia
- c. Assistência Urgências e Emergência
- d. Ambulatório
- e. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT - EXTERNO
- f. Hemodiálise;
- g. Programa de Internação Domiciliar (PID);
- h. Serviço de Avaliação Neurológica;
- i. Serviço de Quimioterapia.
- j. Serviço de Medicina Fetal
- k. Serviço de Hemodinâmica

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, o Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Comissão de Acompanhamento do Contrato, conforme especificado no **item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços**.

3. Fica estabelecido para o período o montante do orçamento econômico-financeiro do Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran em **R\$ 220.447.006,84** (duzentos e vinte milhões, quatrocentos e quarenta e sete mil, seis reais e oitenta e quatro centavos).

3.1. Para o custeio da unidade, no período, fica estabelecido o valor de **R\$ 198.318.381,16** (cento e noventa e oito milhões, trezentos e dezoito mil, trezentos e oitenta e um reais e dezesseis centavos) da parte fixa do contrato e **R\$ 22.035.375,68** (vinte e dois milhões, trinta e cinco mil, trezentos e setenta e





cinco reais e sessenta e oito centavos) correspondente a 10% da parte variável do contrato e **R\$ 93.250,00** (noventa e três mil e duzentos e cinquenta reais) destinado para verba de investimento em parcela única.

Sendo que os 90% da parte fixa, dividem-se mensalmente, para os meses de novembro de 2024 a outubro de 2025 da seguinte forma:

**A – 60,40%** (sessenta vírgula quarenta por cento) do valor, **R\$ 133.091.760,94** (cento e trinta e três milhões, noventa e um mil, setecentos e sessenta reais e noventa e quatro centavos), correspondente ao custeio das despesas com a assistência hospitalar (internação);

**B – 6,16%** (seis vírgula dezesseis por cento) do valor, **R\$ 13.582.312,17** (treze milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, trezentos e doze reais e dezessete centavos) correspondente ao custeio das despesas com o atendimento Hospital Dia;

**C – 3,06%** (três vírgula zero seis por cento) do valor, **R\$ 6.734.045,74** (seis milhões, setecentos e trinta e quatro mil, quarenta e cinco reais e setenta e quatro centavos) correspondente ao custeio das despesas com o atendimento de assistências, urgências e emergências;

**D – 6,29%** (seis vírgula vinte e nove por cento) do valor, **R\$ 13.865.380,47** (treze milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e oitenta reais e quarenta e sete centavos) correspondente ao custeio das despesas com o Ambulatório;

**E – 1,42%** (um vírgula quarenta e dois por cento) do valor, **R\$ 3.124.416,32** (três milhões, cento e vinte e quatro mil, quatrocentos e dezesseis reais e trinta e dois centavos) correspondente ao custeio das despesas com SADT Externo;

**F – 11,30%** (onze vírgula trinta por cento) do valor, **R\$ 24.897.523,96** (vinte e quatro milhões, oitocentos e noventa e sete mil, quinhentos e vinte e três reais e noventa e seis centavos) correspondente ao custeio das despesas com Hemodiálise;

**G – 0,90%** (zero vírgula noventa por cento) do valor, **R\$ 1.986.444,19** (um milhão, novecentos e oitenta e seis mil, quatrocentos e quarenta e quatro reais e dezenove centavos) correspondente ao custeio das despesas com Programa de Internação Domiciliar (PID);

**H – 1,26%** (um vírgula vinte e seis por cento) do valor, **R\$ 2.781.021,87** (dois milhões, setecentos e oitenta e um mil, vinte e um reais e oitenta e sete centavos) correspondente ao custeio das despesas com Serviço de Avaliação Neurológica;

**I – 3,33%** (três vírgula trinta e três por cento) do valor, **R\$ 7.329.979,07** (sete milhões, trezentos e vinte e nove mil, novecentos e setenta e nove reais e sete centavos) correspondente ao custeio das despesas com o Serviço de Quimioterapia.

**J – 2,39%** (dois vírgula trinta e nove por cento) do valor, **R\$ 5.273.331,43** (cinco milhões, duzentos e setenta e três mil, trezentos e trinta e um reais e quarenta e três centavos) correspondente ao custeio das despesas com Serviço em Medicina Fetal.







**K – 3,49%** (três vírgula quarenta e nove por cento) do valor, **R\$ 7.687.540,68** (sete milhões, seiscentos e oitenta e sete mil, quinhentos e quarenta reais e sessenta e oito centavos) correspondente ao custeio das despesas com Serviço de Hemodinâmica.

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

4.1. **90%** (noventa por cento) do valor mencionado no item 3.1 serão repassados em 12 (doze) parcelas, nos meses de novembro de 2024 a outubro de 2025 no valor de **R\$ 16.526.531,76** (dezesseis milhões, quinhentos e vinte e seis mil, quinhentos e trinta e um reais e setenta e seis centavos).

4.2. **10%** (dez por cento) do valor mencionado no item 3.1 serão repassados em 12 (doze) parcelas, nos meses de novembro de 2024 a outubro de 2025 no valor de **R\$ 1.836.281,31** (um milhão e oitocentos e trinta e seis mil, duzentos e oitenta e um reais e trinta e um centavos), 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;

4.3. A avaliação da parte variável será realizada trimestralmente, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no **ANEXO TÉCNICO I – Plano de Trabalho**, a mesma deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pelo **CONTRATANTE**, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran.

5.1. 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 pelo **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 à Comissão de Acompanhamento do Contrato/Secretaria de Negócios Jurídicos e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. O eventual aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A Comissão de Acompanhamento do Contrato procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no item 6 do Contrato de Gestão.







7. A cada período de 03 (três) meses, a Comissão de Acompanhamento do Contrato e a Secretaria de Negócios Jurídicos procederão 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 4 deste documento.

8. A cada 06 (seis) meses, a Comissão de Acompanhamento do Contrato e a Secretaria de Negócios Jurídicos procederão 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, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

9. Na hipótese de impossibilidade, por parte da **CONTRATADA**, de cumprimento das metas estipuladas no presente contrato e seus anexos, tendo como única e exclusiva a inexistência de demanda suficiente para atingir os parâmetros contratualmente fixados, não haverá descontos nos pagamentos devidos, desde que os dados e informações que atestarem a não ocorrência de demanda sejam examinados, aprovados e validados pelo **CONTRATANTE**.

10. 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.

11. A análise referida no item 8 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**

Os valores percentuais apontados na tabela inserida **Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 e 4.3 deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL**.

### **2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL**

**(Parte Fixa do Contrato de Gestão – 90%)**



2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL**.

2.2. 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 – Plano de Trabalho** 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 3 deste **ANEXO TÉCNICO II**.

**TABELA I – Tabela para pagamento da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para contratos de gestão para gerenciamento de hospitais.**

**Período de 01/11/2024 a 31/10/2025**

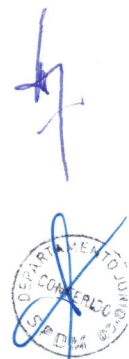
		<b>ATIVIDADE REALIZADA</b>	<b>VALOR A PAGAR</b>
	<b>INTERNAÇÃO PESO : 60,40%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X do orçamento destinado à atividade da Internação
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade da Internação
<b>B</b>	<b>HOSPITAL DIA PESO 6,16%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Hospital Dia
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Hospital Dia
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade do Hospital Dia
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade do Hospital Dia
<b>C</b>	<b>URGÊNCIA EMERGENCIA PESO 3,06%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência
<b>D</b>	<b>AMBULATÓRIO PESO 6,29%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Ambulatório
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Ambulatório







		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X do orçamento destinado à atividade do Ambulatório
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade do Ambulatório
E	<b>SADT –EXTERNO PESO 1,42%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do SADT Externo
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do SADT Externo
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade do SADT Externo
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade do SADT Externo
F	<b>HEMODIÁLISE PESO 11,30%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade da Hemodiálise
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade da Hemodiálise
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade da Hemodiálise
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade da Hemodiálise
G	<b>PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR – PID PESO 0,90%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do PID
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do PID
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade do PID
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade do PID
H	<b>SERVIÇO DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA PESO 1,26%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da avaliação neurológica
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da avaliação neurológica
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à avaliação neurológica
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à avaliação neurológica
I-	<b>SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA PESO 3,33%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de quimioterapia
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de quimioterapia
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de quimioterapia
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade de quimioterapia
J	<b>SERVIÇO EM</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de







	<b>MEDICINA FETAL PESO: 2,39%</b>		quimioterapia
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de quimioterapia
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de quimioterapia
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade de quimioterapia
<b>K</b>	<b>SERVIÇO DE HEMODINÂMICA PESO: 3,49%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de quimioterapia
		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de quimioterapia
		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de quimioterapia
		Menos que 70% do volume contratado	70% X do orçamento destinado à atividade de quimioterapia





**ANEXO TÉCNICO III**

**INDICADORES DE QUALIDADE**

**Indicadores de Qualidade (Sistemática de Avaliação)**

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.

Trimestralmente, serão reavaliados os Indicadores de Qualidade podendo ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar a totalidade dos indicadores de qualidade previstos na sua Proposta de Trabalho.

**METAS E INDICADORES**

**INDICADORES DE QUALIDADE COMO PRÉ-REQUISITO:**

**1 – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).**

Avalia a proporcionalidade AIH em relação à atividade hospitalar. A meta é atingir a apresentação da totalidade (100%) das AIH autorizadas pelo gestor, referentes às saídas em cada mês de competência. O prazo para a entrega da informação é o dia 20(vinte) de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

**2 – Taxa de Mortalidade Operatória.**

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicador a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classe (de 1 a 5) da Classificação da American Society of Anesthesiology (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

**Definições:**

**Taxa de Mortalidade Operatória:** número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento Cirúrgicos classificados por ASA no Mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100;



**Taxa de Cirurgias de Urgência:** Número de Cirurgias de Urgências realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

O número de Cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com análise elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência. A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 20(vinte) do mês imediatamente subsequente.

### **INDICADORES DE QUALIDADE**

- 1 - Atenção ao Usuário;
  - 2 - Controle de Infecção Hospitalar;
  - 3 - Presença do Médico Hospitalista;
  - 4 - Gerenciamento dos Atendimentos realizados na Unidade.
- a) Perda Primária – Consultas Médicas;
  - b) Taxa de Absenteísmo;
  - c) índice de Retorno.

**1. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.**

A **META** é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

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 ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A **pesquisa de satisfação do usuário** sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pela Comissão de Acompanhamento do Contrato. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das







respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até.

O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

**2. Controle de Infecção Hospitalar - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.**

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores a serem monitorados no ano de 2010 que incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto, Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto. O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para a UTI Adulto que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

**Definições:**

- Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000;
- Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000;
- Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control)-EUA. As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepses clínicas.

A **META** a ser atingida é o envio do relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

**3. Presença do Médico Hospitalista – A valorização deste indicador será de 25% em cada Trimestre.**

O médico hospitalista deverá presente nos horários de visitas de familiares e acompanhantes, e oferecer explanação aos familiares e acompanhantes dos pacientes sob seus cuidados.



A meta a ser atingida é o envio do relatório de atuação do médico hospitalista até o dia 20 do mês imediatamente subsequente. O relatório deverá descrever a atividade do médico e ser assinado pelo (s) médico (s), pelo diretor Técnico do Hospital e pela Diretora de Enfermagem de cada unidade atendida pelo médico hospitalista.

**4. Indicadores de Gerenciamento dos Atendimentos da Unidade – A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.**

**a) Perda Primária**

Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas para a rede referenciada. Cálculo: Diferença percentual entre o total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede e o total de primeiras consultas agendadas no Hospital Municipal de Barueri. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

**b) Taxa de Absenteísmo**

Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento no Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, decorrente da ausência do paciente. Cálculo: Diferença percentual entre o local de consultas realizadas e o total de consultas agendadas no Hospital Municipal. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação do Hospital Municipal de Barueri. Permite estratificação por especialidade médica e por tipo de consulta.

**c) Índice de Retorno nas Consultas Médicas**

É relação entre o total de consultas subsequentes e a somatória do total de primeiras consultas e Inter consultas realizadas no Hospital Municipal de Barueri. Este indicador é aferido mensalmente e mede indiretamente a resolubilidade da unidade, monitorando a relação primeira /consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

**FÓRMULAS:**

**A – PERDA PRIMÁRIA (%)**

TOTAL DE CONSULTAS AGENDADAS X 100

\_\_\_\_\_

TOTAL DE CONSULTAS DISPONIBILIZADAS





**B – TAXA DE ABSENTEÍSMO (%)**

TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS X100

---

TOTAL DE CONSULTAS AGENDADAS

**C – ÍNDICE DE RETORNO**

TOTAL DE CONSULTAS SUBSEQUENTES

---

TOTAL DE PRIMEIRAS CONSULTAS + TOTAL DE INTERCONSULTAS

A **META** a ser atingida é o envio da planilha de qualidade preenchida até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.