



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS – GGAJ

Contrato de Gestão 004/13
Termo Aditivo nº 40
DGAJ/SES

QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/13, QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E, DO OUTRO LADO, A FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAE GARANHUNS, NA FORMA E CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

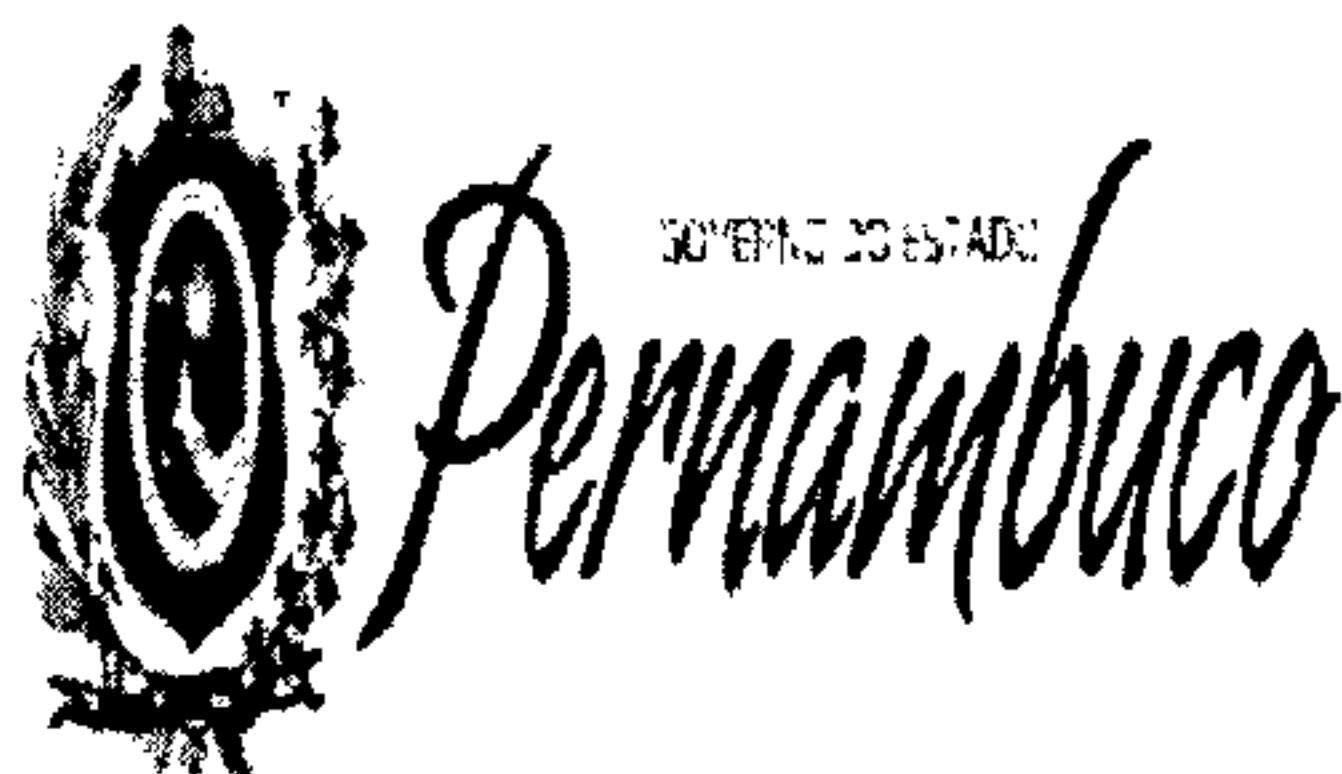
Pelo presente instrumento, de um lado o **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por intermédio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade na Rua Dona Maria Augusta, nº. 519, Bongi, Recife/PE, CEP: 50.751-530, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 10.572.048/0001-28, neste ato representada pelo seu Secretário **Dr. JOSÉ IRAN COSTA JÚNIOR**, portador da Cédula de Identidade nº 3.012.360-SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 499.161.144-04, nomeado pelo Ato nº 619 publicado no DOE em 04/02/2015, residente e domiciliado nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES- IMIP HOSPITALAR**, com CNPJ/MF nº **09.039.744/0001-94**, com endereço à Rua dos Coelhos, nº 450, Boa Vista, Recife/PE-CEP: 50.070-550, neste ato representado por **Dr. DOMINGOS JOAQUIM CRUZ NETO**, brasileiro, casado, economista, residente e domiciliado, na Av. Boa Viagem, nº 5366, Boa Viagem-Recife/PE. CEP: 51.030-000, portador da carteira de identidade nº 2.868.307 SDS/PE e CPF/MF 488.189.414-53, denominada **CONTRATADA**, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista as disposições da Lei nº 15.210, de 19.12.2013, têm justo e acordado o presente **TERMO ADITIVO** ao **Contrato de Gestão nº 04/2013**, de acordo com as cláusulas e condições abaixo aduzidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente Aditivo a **PRORROGAÇÃO** da vigência do **Contrato de Gestão nº 04/2013**, conforme os termos do Parecer nº 22/15, exarado pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, bem como do Parecer nº 01/2015, exarado pela Comissão Mista de Avaliação e demais documentos anexos, tudo de acordo com as disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

O prazo de vigência do presente **CONTRATO** será de 02 (dois) anos, contados da assinatura do presente termo, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 30 de junho de 2023, quando completará 10 (dez) anos e desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o pleno



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS – GGAJ**

atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pelo Secretário ou por quem ele delegar, conforme disposto no inciso X, do art. 10 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

O pagamento do valor será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

- I. O valor global anual a ser repassado pelo CONTRATANTE à CONTRATADA está estimado em **R\$ 18.324.000,00 (dezoito milhões e trezentos e vinte e quatro mil reais)** mediante a liberação de **12 (doze) parcelas mensais consecutivas de R\$ 1.527.000,00 (um milhão e quinhentos e vinte e sete mil reais)**, cujo valor é composto de uma parte fixa correspondente a **70%** do orçamento mensal, e uma parte variável correspondente a **20%** do orçamento mensal, calculada com base na produção e **10%** (dez por cento) calculada com base na adesão de indicadores de qualidade.
- II. As parcelas referidas no item anterior serão pagas mensalmente até o quinto dia útil após o recebimento da nota fiscal/fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa e os eventuais ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas variáveis serão realizados nos meses subseqüentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta no contrato e seus aditivos.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As metas contratuais serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado desconto de até 30%, conforme Anexo Técnico II.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

FONTES: 0101 e 0144

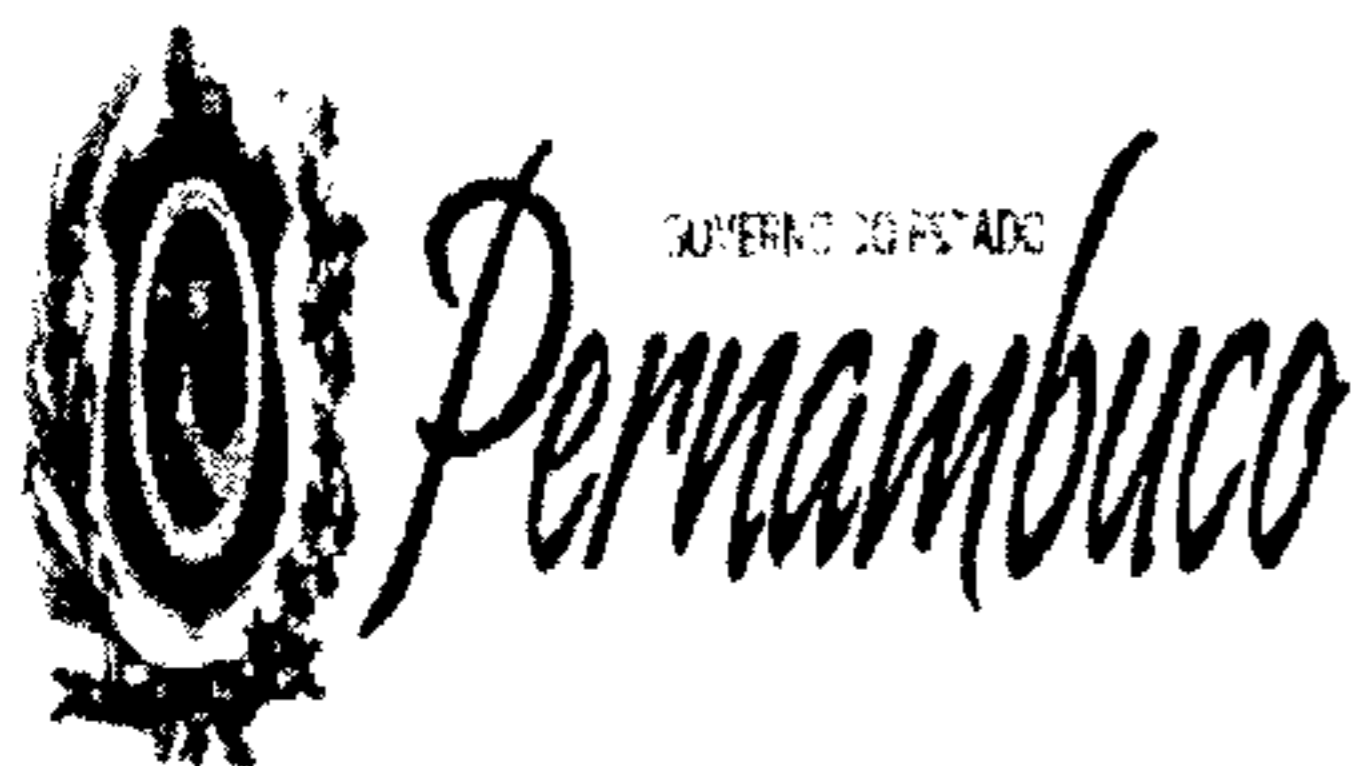
CÓDIGO UG: 530401

PROGRAMA DE TRABALHO: 10.302.1033.4610.1034

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.50.41

NOTA DE EMPENHO Nº: 2016NE000937 e 2016NE000468, emitidas em 04/01/2016.

As referidas Notas de Empenho garantem o pagamento da quantia de **R\$ 1.527.000,01 (um milhão e quinhentos e vinte e sete mil reais e um centavo)**, devendo o valor restante ser complementado através de nota de empenho a ser emitida pelo setor competente, e posteriormente ser registrada por



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS – GGAJ**

simples apostilamento, dispensando a celebração de aditamento, conforme disposição do art. 65, §8º, da Lei nº 8.666/93, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as cláusulas e disposições que não tenham sido expressa ou tacitamente revogadas no presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação que rege a matéria.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Recife, 01 de julho de 2016.

**JOSE IRAN COSTA JÚNIOR
SECRETÁRIO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE**

**DOMINGOS JOAQUIM CRUZ NETO
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

1.

2.

CPF/MF nº:

CPF/MF nº:

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 pertinentes à Unidade Ambulatorial Especializada (Hospital Dia, Unidade Ambulatorial, SADT 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, respeitando-se o valor do custeio pactuado.

Em caso de necessidade de realização de cirurgia a **CONTRATADA** fica obrigada a realizar tal procedimento, no limite de sua capacidade instalada, especialidades e porte de procedimentos cirúrgicos definidos para cada unidade.

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

1. **ASSISTÊNCIA HOSPITAL DIA**

A assistência à saúde prestada em regime de hospital dia compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento do paciente.

No processo de hospital dia será assegurado:

- 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/dia, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
 - Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação/dia;
 - Alimentação;
 - Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
 - Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
 - Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
 - Diárias de hospital dia em quarto compartilhado, assegurando o direito à presença de acompanhante previsto na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde;
 - Fornecimento de roupas;

2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

O atendimento ambulatorial será realizado para pacientes encaminhados pela Central de Regulação Regional para as especialidades previstas na unidade, no limite da capacidade operacional do ambulatório, de 07:00 às 17:00 horas, preferentemente nos dias úteis do ano.

2.1 Fica a **CONTRATADA** obrigada a prestar atendimento ambulatorial em todas as especialidades médicas previstas no Termo de Referência.

3. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se ao longo da vigência do contrato, houver a necessidade de realização de outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, e/ou substituição de alguma(s), ampliação de consultas ou de especialidades, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, além da mudança do perfil epidemiológico, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas entre as partes. Essas atividades serão autorizadas pela



SES, após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado através de Termo Aditivo ao contrato.

II. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

2.1 Atendimento Ambulatorial – Atendimento constituído por consultas médicas de especialidades, que serão apontadas de acordo com a sua tipologia (primeira consulta, consulta subsequente e interconsulta), por consultas não médicas (profissionais de nível superior), sessões de fisioterapia e cirurgias ambulatoriais.

2.1.1 Consultas não médicas – Os atendimentos realizados por Assistente Social somente deverá ser contabilizado como consulta não médica mediante a emissão de relatório social.

2.1.2 Atendimento Ambulatorial Médico – A meta será avaliada pelo total de consultas realizadas nesta modalidade, independentemente da sua tipologia.

Médico	JUL/16	AGO/16	SET/16	OUT/16	NOV/16	DEZ/16	JAN/17	FEV/17	MAR/17	ABR/17	MAI/17	JUN/17	Total
Primeira Consulta	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	4.855	58.260
Interconsulta	485	485	485	485	485	485	485	485	485	485	485	485	5.820
Consulta Subsequente	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	4.370	52.440
Total	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	9.710	116.520

As especialidades que serão oferecidas na UPAE em questão serão:

ESPECIALIDADES MÉDICAS
Alergologista
Anestesiologia
Cardiologia
Cirurgia Geral
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Infectologia
Nefrologia
Neurologia
Oftalmologia
Otorrinolaringologia
Pneumologia
Reumatologia



Urologia
Geriatría
Mastologia
Ginecologia
Angiologia
Proctologia

2.1.3 Atendimento Ambulatorial Não Médico – A meta será avaliada pelo total de consultas não médica, independentemente do profissional.

Não Médica	JUL/16	AGO/16	SET/16	OUT/16	NOV/16	DEZ/16	JAN/17	FEV/17	MAR/17	ABR/17	MAI/17	JUN/17	Total
Consulta	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800
Total	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800

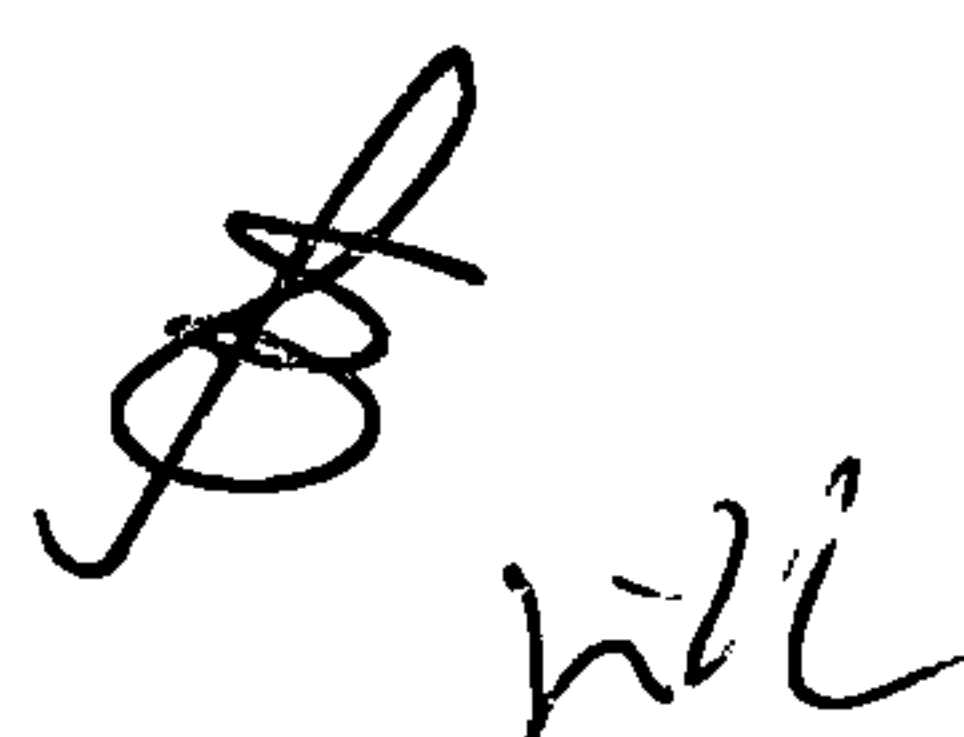
2.1.4 Atendimento Ambulatorial de Reabilitação – A meta será avaliada pelo total de sessões de fisioterapia.

Não Médica	JUL/16	AGO/16	SET/16	OUT/16	NOV/16	DEZ/16	JAN/17	FEV/17	MAR/17	ABR/17	MAI/17	JUN/17	Total
Sessões de fisioterapia	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800
Total	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	1.150	13.800

As especialidades não médicas que serão oferecidas na UPAE em questão serão:

Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional.

2.1.5 Cirurgia Ambulatorial em regime de hospital dia - São consideradas cirurgias ambulatoriais, os procedimentos cirúrgicos realizados em regime de hospital dia, com ou sem a presença de anestesista. Cirurgia Maior Ambulatorial é a cirurgia realizada mediante a participação do anestesista. Cirurgia menor Ambulatorial é a cirurgia sem a participação do anestesista. A meta será avaliada pelo total de cirurgias realizadas.



Cirurgia Ambulatorial	JUL/16	AGO/16	SET/16	OUT/16	NOV/16	DEZ/16	JAN/17	FEV/17	MAR/17	ABR/17	MAI/17	JUN/17	Total
CMA (maior)	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	3.780
CMA (menor)	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3000
Total	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	6.780

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

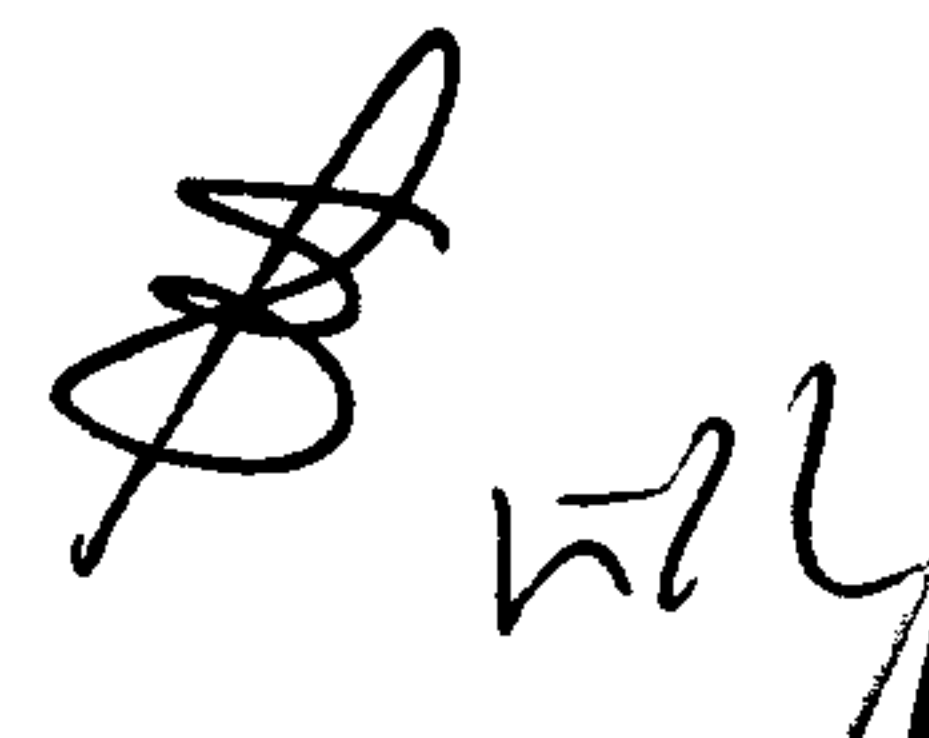
A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações mínimas solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório Assistencial/Metas;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada.

Na hipótese de impossibilidade por parte da Contratada, de cumprimento das metas estipuladas no presente contrato e seus anexos, tendo como única e exclusiva justificativa 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 pela contratante.

A Contratada deverá encaminhar à SES, informações acerca da insuficiência de demanda para o cumprimento das metas de atendimento.



ANEXO TÉCNICO II

DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE PAGAMENTO

1º SEMESTRE	JUL/16	AGO/16	SET/16	OUT/16	NOV/16	DEZ/16
VALOR R\$	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00

2º SEMESTRE	JAN/17	FEV/17	MAR/17	ABR/17	MAI/17	JUN/17
VALOR R\$	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00	R\$ 1.527.000,00

[Handwritten signature]
WAL