SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Termo de Retirratificação	N° 03/18

DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA PARA ASSINATURA DE TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO

Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual

CONTRATANTE		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
OSS CONTRATADA		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA
OBJETO DO CONTRATO		AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DR. DIORANDI FIGUEIRA DA COSTA - AME VOTUPORANGA
CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO EM		01/10/2017
JUSTIFICATIVA	( )	Termo de Retirratificação ao Contrato de Gestão
	( )	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Produção – Item 8 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão
	(x)	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Qualidade – Item 7 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão
	( )	Ajustes eventuais – Item 10 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão
	( )	Repasse para Programa Especial – Item 2 do Anexo Técnico I do Contrato de Gestão
DECLARAÇÃO DE INTERESSE	As partes acima identificadas declaram estar de pleno acordo com a emissão de Termo de Retirratificação em atendimento ao disposto no Contrato de Gestão, nos itens e cláusulas acima especificados. São Paulo, 08 de junho de 2018.	
PELA CONTRATANTE	**DR. MARCO ANTONIO ZAGO** **SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**	
PELA OSS CONTRATADA	**LUIZ FERNANDO GOES LIEVANA** **PROVEDOR** **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA**	

DCA/dca

ANEXO RP-06 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - CONTRATOS DE GESTÃO

CONTRATANTE: Secretaria de Estado da Saúde

CONTRATADA: Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga, gerenciadora do AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DR. DIORANDI FIGUEIRA DA COSTA" - AME VOTUPORANGA.

CONTRATO DE GESTÃO N° (DE ORIGEM): 001.0500.000.028/2017

OBJETO: O presente Termo de Retirratificação tem por objeto o desconto de recursos de custeio por descumprimento do Indicador de Qualidade – *Qualidade na Informação – Acompanhamento do SADT Externo* no primeiro trimestre de 2018 do Ambulatório Médico de Especialidades "Dr. Diorandi Figueira da Costa" – AME Votuporanga.

ADVOGADO(S)/ Nº OAB: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido estará sujeito 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 extraindo 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente 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.

São Paulo, 08 **de** junho **de 2018.**

DCA/dca

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:
Nome: MARCO ANTONIO ZAGO
Cargo: SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
CPF: 348.967.088-49 RG: 3.579.713
Data de Nascimento: 01/11/1946
Endereço residencial completo: Rua Manoel Achê, 981 – apto. 32 – Jd. Irajá – Ribeirão Preto/SP – CEP 14020-590.
E-mail institucional: mzago@saude.sp.gov.br
E-mail pessoal: marazago@usp.br
Telefone(s): (011) 3066-8660

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:
Nome: MARCO ANTONIO ZAGO
Cargo: SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
CPF: 348.967.088-49 RG: 3.579.713
Data de Nascimento: 01/11/1946
Endereço residencial completo: Rua Manoel Achê, 981 – apto. 32 – Jd. Irajá – Ribeirão Preto/SP – CEP 14020-590.
E-mail institucional: mzago@saude.sp.gov.br
E-mail pessoal: marazago@usp.br
Telefone(s): (011) 3066-8660

Assinatura: _____

Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

Nome e cargo: LUIZ FERNANDO GÓES LIÉVANA

Cargo: PROVEDOR

CPF: 045.349.978-33 RG: 7.598.835-5

Data de Nascimento: 07/01/1962

Endereço: Rua Tietê, 3231, Patrimônio Velho - Votuporanga-SP.

E-mail institucional: gerente.ame@santacasavotuporanga.com.br

E-mail pessoal: luiztorrinha@hotmail.com

Telefone(s): (17) 3423-5864

Assinatura: _____

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

DCA/dca

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 03/18

Processo Origem n° 001.0500.000.028/2017
Processo 2018 n° 001.0500.000.115/2017

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO CELEBRADO EM 01/10/2017 ENTRE O **ESTADO DE SÃO PAULO**, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA** QUALIFICADA COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DR. DIORANDI FIGUEIRA DA COSTA - AME VOTUPORANGA.**

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. Marco Antonio Zago, brasileiro, casado, médico, RG n° 3.579.713 SSP/SP, CPF n° 348.967.088-49, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **OSS SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA**, qualificada como Organização Social de Saúde, com CNPJ/MF nº 72.957.814/0001-20, inscrito no CREMESP sob nº 901035, com endereço à Rua Mina Gerais nº 3051 – Votuporanga – SP, e com estatuto devidamente registrados no Cartório do Registro de Imóveis e Anexos da Comarca de Votuporanga sob nº 07 de 14/02/1948, neste ato representada por seu Provedor, Sr. Luiz Fernando Goes Lievana, brasileiro, empresário, portador do RG: 7.598.835-5, CPF:045.349.978-33, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar n° 846, de 04 de junho de 1998 e suas alterações e, considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do processo n° 001.0500.000.028/2017 fundamentada no § 1°, do artigo 6°, da Lei Complementar n° 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal n° 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais n° 8.080/90 e n° 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 DE RETIRRATIFICAÇÃO, conforme disposto na CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL do contrato de gestão** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DR. DIORANDI FIGUEIRA DA COSTA" - AME VOTUPORANGA** mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto o desconto de recursos de custeio por descumprimento do Indicador de Qualidade – *Qualidade na Informação – Acompanhamento do SADT Externo* no primeiro trimestre de 2018 do Ambulatório Médico de Especialidades "Dr. Diorandi Figueira da Costa" – AME Votuporanga.

CLÁUSULA SEGUNDA
DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** altera A CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, PARÁGRAFO PRIMEIRO; CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, além do ANEXO TÉCNICO II, do Contrato de Gestão assinado em 01/10/2017, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS
PARÁGRAFO PRIMEIRO

DCA/dca

Em virtude do desconto na importância de **R$ 55.408,65 (cinquenta e cinco mil, quatrocentos e oito reais e sessenta e cinco centavos)** no repasse da parcela de custeio do mês de junho, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância estimada de **R$ 22.108.051,35 (vinte dois milhões, cento e oito mil, cinquenta e um reais e trinta e cinco centavos)** cujo repasse dar-se-á na modalidade **Contrato de Gestão**, conforme as Instruções nº 02/2016 do TCESP, correspondente ao exercício financeiro de 2018 e que onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 339039-75.

CUSTEIO
UGE: 090192
FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000
NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39
FONTE DE RECURSOS: Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12

CLÁUSULA OITAVA
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Fica alterado no presente **CONTRATO DE GESTÃO** o somatório dos valores a serem repassados em 2018, estimado em **R$ 22.108.051,35 (vinte dois milhões, cento e oito mil, cinquenta e um reais e trinta e cinco centavos)**, sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor total corresponde ao estimado para o custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os **Indicadores de Qualidade** (indicadores de qualidade) e para os **Indicadores de Produção** (modalidade de contratação das atividades assistenciais) estabelecidas para as modalidades de contratação. As parcelas mensais ficam estimadas **conforme tabela abaixo** e serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

MÊS	T.R. 01/2018	T.R. 03/2018
Janeiro	1.846.955,00	1.846.955,00
Fevereiro	1.846.955,00	1.846.955,00
Março	1.846.955,00	1.846.955,00
Abril	1.846.955,00	1.846.955,00
Maio	1.846.955,00	1.846.955,00
Junho	1.846.955,00	1.791.546,35
Julho	1.846.955,00	1.846.955,00
Agosto	1.846.955,00	1.846.955,00
Setembro	1.846.955,00	1.846.955,00
Outubro	1.846.955,00	1.846.955,00
Novembro	1.846.955,00	1.846.955,00
Dezembro	1.846.955,00	1.846.955,00
TOTAL	**22.163.460,00**	**22.108.051,35**

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 04 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(x) Consulta médica;

(x) Atendimento não médico;

(x) Cirurgia Ambulatorial;

(x) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo;

1.1 As modalidades de atividade assistencial 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 02 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DR. DIORANDI FIGUEIRA DA COSTA - AME VOTUPORANGA** para o exercício de 2018, fica estimado em **R$ 22.108.051,35 (vinte dois milhões, cento e oito mil, cinquenta e um reais e tinta e cinco centavos)** e será distribuído percentualmente nos termos indicado na TABELA I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	**%**
Consulta médica	69%
Atendimento não médico	6%
Cirurgia ambulatorial	5%
SADT Externo	20%
TOTAL	**100%**

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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o ano de **2018**, dar-se-ão na seguinte maneira:

TABELA II – CRONOGRAMAS

2018			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		**CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES**	
Mês	**Valor**	**Indicadores de Qualidade**	**Indicadores de Produção**
Janeiro	1.846.955,00	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	1.846.955,00		
Março	1.846.955,00		
Abril	1.846.955,00	2º Trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	
Maio	1.846.955,00		
Junho	1.791.546,35		
Julho	1.846.955,00	3º Trimestre - consolidação das	2º semestre –

Agosto	1.846.955,00	informações em outubro, avaliação em novembro	consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Setembro	1.846.955,00		
Outubro	1.846.955,00	4º Trimestre - consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Novembro	1.846.955,00		
Dezembro	1.846.955,00		
Total	**22.108.051,35**		

4.2 A **avaliação** e a **valoração** dos **Indicadores de Qualidade** serão realizadas nos meses de maio, agosto, novembro e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um **desconto** financeiro **a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre**, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores, pelo **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DR. DIORANDI FIGUEIRA DA COSTA - AME VOTUPORANGA.**

4.3. A **avaliação** e a **valoração** dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais) serão realizadas nos meses de agosto e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor de 10% a 30% do custeio da unidade no semestre**, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na **TABELA III – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)** e de acordo com a **TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**, constantes no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até encerramento do contrato de gestão.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo de Retirratificação 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 Termo de Retirratificação em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

DCA/dca

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

São Paulo, 08 de junho de 2018.

DR. MARCO ANTONIO ZAGO
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

LUIZ FERNANDO GOES LIEVANA
PROVEDOR - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VOTUPORANGA

Testemunhas:

1)
Nome: Denise C. Araújo
R.G.:
Diretor Técnico II
CGCSS/GGA/AME

2)
Nome: Marilza de Landes Cardi
R.G.: 25.955.693-2

DCA/dca