PREFEITURA
CESÁRIO LANGE

TERMO ADITIVO 05 – CONVÊNIO 002/2016 – SMS

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO 002/2016 QUE FAZEM ENTRE SI A PREFEITURA MUNICIPAL DE CESÁRIO LANGE E BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE.

A Prefeitura Municipal de Cesário Lange, com sede na Praça Padre Adolfo Testa, nº 651 - Centro, Cesário Lange/SP, de um lado o **MUNICÍPIO DE CESÁRIO LANGE,** pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 46.634.572/0001-23, devidamente autorizado pela Lei Municipal n.º 1.319, de 23 de fevereiro de 2011, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **RONALDO PAIS DE CAMARGO,** brasileiro, casado, contador, portador da cédula de identidade RG n.º 21.195.295-9/SSP-SP e do CPF/MF n.º 122.761.158-74, residente e domiciliado à Rua José Vieira de Miranda, nº 1018, Centro, Cesário Lange/SP, daqui por diante denominado **MUNICÍPIO**, com interveniência do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**, doravante denominado simplesmente **CONSELHO**, e de outro lado a **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE,** associação de direito privado, sem fins econômicos, com personalidade jurídica própria, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 50.351.626/0001-10, inscrita no CREMESP sob o nº 904598, fundada em 07 de julho de 1977, declarada de Utilidade Pública pela Lei Municipal nº 336 de 26 de agosto de 1982, pelo Decreto Estadual nº 46.015 de 20 de agosto de 2001, pela Portaria do Ministro da Justiça nº 14 de 7 de janeiro de 2002, atos constitutivos registrados no Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de Tatuí/SP, sob nº 57 (cinquenta sete) do livro A, em 27 de novembro de 1978, com sede à Av. São Paulo, nº 340 – Vila Brasil, Cesário Lange/SP, neste ato representada por seu Provedor, **ROBERTO GONELLA JUNIOR,** brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade RG nº. 12.249.262-6/SSP-SP e CPF/MF nº. 048.461.708-70, residente e domiciliado à Rua Laura Malheiros Garcia, nº 333 - Vila Nova Cesário Lange, Cesário Lange/SP, doravante denominada **BHCL,** observado o disposto na Constituição Federal, especialmente o disposto nos artigos 196 e seguintes, na Constituição Estadual, especialmente o disposto nos artigos 219 e seguintes, na Lei Orgânica Municipal, especialmente o contido nos artigos 188 e seguintes, e ainda, o disposto nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº 1.319/2011têm entre si justo e acordado, o presente **TERMO ADITIVO** ao **CONVÊNIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CONVÊNIO 02/2016)**, para o gerenciamento e execução dos serviços médicos nas Unidades Básicas Saúde e Ambulatório de Especialidades Médicas do município na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA (DO PREÇO) - A contratante e a contratada **ACORDAM** em reajustar o valor originalmente previsto junto ao inciso I da cláusula 7º do **TERMO DE CONVÊNIO 02/2016** para doravante a constar o valor global anual de R$

2.479.000,00 (dois milhões, quatrocentos e setenta e nove mil reais), então provenientes de recursos próprios do Município **(FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FONTE 1)**, conforme especifica o **ANEXO IV – PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS.**

CLÁUSULA SEGUNDA (ANEXO I) – Fica alterado o **ANEXO I – PLANO DE TRABALHO – QUADROS I, II, III, IV e V;**

CLÁUSULA TERCEIRA (ANEXO II) – Fica alterado o **ANEXO II - MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE – QUADRO I – EXPLICATIVO - MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE;** bem como, do mesmo anexo, **QUADRO II - DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE;**

CLÁUSULA QUARTA (ANEXO III) – Fica alterado o **ANEXO III - METAS FÍSICAS;**

CLÁUSULA QUINTA (ANEXO IV) – Fica alterado o **ANEXO IV - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS;**

CLÁUSULA SEXTA – (DA MANUTENÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS) - Ficam mantidas as demais cláusulas firmadas no **CONVÊNIO 02/2016**, no que não lhes for contrário.

CLÁUSULA QUINTA – (DOS EFEITOS) – As presentes disposições vigeram a partir da data da assinatura deste termo.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente termo foi lavrado em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contratantes.

Cesário Lange, 02 de agosto de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CESÁRIO LANGE.
Por **RONALDO PAIS DE CAMARGO.**

BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE.
Por **ROBERTO GONELLA JUNIOR.**

ELIANE FERREIRA DE BARROS LEONARDO
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I

QUADRO I – CONSULTAS POR ESPECIALIDADE

UBS LÁZARO MENDES CASTANHO – CNES 2065576

Dias da Semana		Clinica médica	Clinica Médica	Nutrologo	Dermatologia	Ginecologia/ Obstetricia	Ortopedia	Pediatria	Neurologia	Cardiologia	Psiquiatria
Segunda	Manhã	40 Dr. Oliver	26 Dr. Cristiano				30 Dr. Fábio				
	Tarde	30/cada 15 dias Dr. Arnaldo						20 Dr. Paulo	15 Dr. Hélio		
Terça	Manhã							15 Dr. Luiz		20 Dr. Fernando	30 Dr. Hudson
	Tarde	30 Dr. Arnaldo						20 Dr. Paulo	15 Dr. Hélio		
Quarto	Manhã	45 Dr. Oliver	26 Dr. Cristiano							20 Dr. Fernando	
	Tarde							20 Dr. Paulo			
Quinta	Manhã			20 Dr. Oliver				20 Dr. Paulo			25 Dr. Hudson
	Tarde	30 Dr. Arnaldo						15 Dr. Luiz			
Sexta	Manhã				50/cada 15 dias Dr. Cristiano	80 Dra. Patricia Dra. Ana Cláudia		20 Dr. Paulo			
	Tarde	30 Dr. Arnaldo									
Total/Sem				**20**		**80**	**30**	**130**	**30**	**40**	**55**
Total/Mês		**760**	**210**	**80**	**100**	**320**	**120**	**520**	**120**	**160**	**220**
Total/Ano		**9.120**	**2.760**	**960**	**1.200**	**3.840**	**1.440**	**6.240**	**1.440**	**1.920**	**2.640**

ANEXO I

QUADRO II - CONSULTAS POR ESPECIALIDADE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA "FAZENDA VELHA" – CNES 2073757

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. MAURÍCIO				
Dia da Semana		**NÚMERO DE CONSULTA/ESPECIALIDADE**		
		PSF 1	**Pediatria**	**Ginecologia /Obstetrícia**
Segunda	Manhã	16	20	20
	Tarde	16		
Terça	Manhã	16		
	Tarde	16		
Quarta	Manhã	16		
	Tarde	16		
Quinta	Manhã	16		
	Tarde	GRUPOS		
Sexta	Manhã	DOMICÍLIO		
	Tarde	DOMICÍLIO		
Total/Sem		**112 40hs/sem**	**20**	**20**
Total/Mês		**448**	**80**	**80**
Total/Ano		**5376**	**960**	**960**

ANEXO I

QUADRO III - CONSULTAS POR ESPECIALIDADE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "TORNINOS" – CNES 2036231

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA TORNINOS				
Dia da Semana		**NÚMERO DE CONSULTA/ESPECIALIDADE**		
		Clínica médica	**Ginecologia /Obstetrícia**	**Pediatria**
Segunda	Manhã		20 Dr. Marcelo	
	Tarde	25 a cada 15 dias Dr. Arnaldo		
Terça	Manhã	20 Dr. Oliver		
	Tarde			
Quarta	Manhã			
	Tarde	25 Dr. Arnaldo		
Quinta	Manhã			20 Dr. Ruben
	Tarde			
Sexta	Manhã			
	Tarde		20	20
Total/Sem			80	80
Total/Mês		230	960	960
Total/Ano		2760		

ANEXO I

QUADRO IV - CONSULTAS POR ESPECIALIDADE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA "DR. MAURÍCIO" – CNES 7385110

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. MAURÍCIO		
DIA DA SEMANA		**NÚMERO DE CONSULTA/ESPECIALIDADE**
		PSF 1
Segunda	Manhã	16
	Tarde	16
Terça	Manhã	16
	Tarde	16
Quarta	Manhã	16
	Tarde	16
Quinta	Manhã	16
	Tarde	GRUPOS
Sexta	Manhã	DOMICÍLIO
	Tarde	DOMICÍLIO
Total/Sem		**112 40hs/sem**
Total/Mês		**448**
Total/Ano		**5376**

ANEXO I

QUADRO V – QUADRO GERAL DE ESPECIALIDADES/CONSULTAS/VALOR

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO	PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA	QUANTIDADE DE CONSULTAS/MÊS	VALOR DA CONSULTA – R$	VALOR MENSAL – R$
1	Clínica Médica		1.200	R$ 33,00	R$ 39.600,00
2	Dermatologia clínica		100	R$ 40,00	R$ 4.000,00
3	Procedimentos Dermatologia	40		R$ 110,00	R$ 4.400,00
4	Ginecologia/Obstetrícia/Colposcopia		480	R$ 40,00	R$ 19.200,00
5	Pediatria		680	R$ 40,00	R$ 27.200,00
6	Cardiologia		160	R$ 46,25	R$ 7.400,00
7	Psiquiatria		345	R$ 40,00	R$ 13.800,00
8	Neurologia		120	R$ 40,00	R$ 4.800,00
9	Ortopedia Clínica e Trauma		370	R$ 40,00	R$ 14.800,00
10	Nutrólogo		80	R$ 40,00	R$ 3.200,00
11	Médico clínico (Equipe de Saúde da família) ESF "Dr. Maurício"		40hs/sem	Não se aplica	R$ 16.200,00
12	Médico clínico (Equipe de Saúde da família) ESF "Fazenda Velha"		40hs/sem	Não se aplica	R$ 16.200,00
13	Responsabilidadetécnica Vigilância em Saúde (VISA e VE), atendimento consultas e controle dedoenças de notificação compulsória			Não se aplica	R$ 3.000,00
14	Responsabilidade Técnica CRM			Não se aplica	R$ 1.400,00
15	Enfermeiro Administrativo Coordenação		200hs /semanais 80hs/semanais 40hs/semanais	Não se aplica	R$ 38.200,00
	VALOR MENSAL ESTIMADO				**R$ 213.400,00**
	VALOR TOTAL ESTIMADO				**R$ 853.600,00**

ANEXO II
MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE
QUADRO I – EXPLICATIVOMATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

TIPO DE INDICADOR	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO	PERIODICIDADE DA VERIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO	EVIDÊNCIA	RESPONSAVEL PELA EVIDÊNCIA
Informação	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras	Conjunto de relatórios e documentos referidos no contrato entregues até o dia 15 do mês subsequente à execução das atividades	Mensal	100% de pontualidade para 100 % dos relatórios	Protocolo de Recebimento dos Relatórios SMS	Relatório de avaliação	Contabilidade
Informação	Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico, exames e outros	Avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das UBSs (amostra)	Trimestral	80% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos	Prontuários das Unidades de Saúde e Fichas de Atendimento	Relatório emitido CTA	UBS/SMS CTA
Processo	Preenchimento das fichas de atendimento e procedimento E-SUS na Unidade Básica de Saúde da Família/ mapa de consultas UBS e Ambulatório Esp.	Avaliação das fichas de atendimento e demais documentos (amostra)	Trimestral	80% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos	Fichas de atendimento/procedimento/visitas dom. E-SUS/ mapas cons.	Relatório emitido CTA	UBS/SMS CTA
Processo	Morbidade por condições sensíveis a atenção básica	Proporção de internações por condições sensíveis a atenção básica/total de internações	Semestral	30% das internações	SIH/SISPACTO	Relatório emitido CTA	HOSP/SMS/CTA
Processo	Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério das UBSs	Total de gestantes com procedimentos básicos pré-natais e puerpério / total de gestantes concluiram pré- natal e puerpério das UBSs	Semestral	75% das gestantes que Concluiram pré- natal com procedimentos básicos completos	SISPRENATAL/SISPACTO	Relatório emitido Resp. SISPRENATAL/SISPACTO	Responsável Pela Rede Cegonha
Processo	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas nas UBSs	Total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré- natal / total de gestantes que concluiram pré- natal e puerpério das UBSs	Semestral	75% de gestantes com 7 consultas de pré-natal ou mais	SISPRENATAL/SISPACTO	Relatório emitido Resp. SISPRENATAL/SISPACTO	Responsável pela Rede Cegonha
Processo	Proporção de consultas hab/ano	Total de consultas realizadas/população	Semestral	2,0 cons. hab./ano	SISPACTO/SIA	Relatório emitido Resp. SIA	Responsável SIA/SISPACTO
Satisfação do Usuário	Análise das reclamações recebidas e providências relacionadas	Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através da ouvidoria, bem como, das providências adotadas.	Trimestral	Apresentar justificativa e providencias de todas as reclamações recebidas no período	Relatório da ouvidoria		Hospital

ANEXO II

MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

QUADRO II - DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

DESCRIÇÃO	PRIMEIRO TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCEIRO TRIMESTRE	QUARTO TRIMESTRE
Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras	10	10	10	10
Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico, exames e outros	10	10	10	10
Preenchimento das fichas de atendimento e procedimento E-SUS na Unidade Básica de Saúde da Família/ mapa de consultas UBs e Ambulatório Esp.	10	10	10	10
Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério	20	20	20	20
Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal	20	20	20	20
Proporção de consultas hab./ano	05	05	05	05
Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através daouvidoria e das providências adotadas	05	05	05	05
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**

ANEXO III

METAS FÍSICAS

POR NÚMERO DE CONSULTAS					
ESPECIALIDADES MÉDICAS	**Proposta Mensal**	**1° Trimestre**	**2° Trimestre**	**3° Trimestre**	**4° Trimestre**
Clínica Médica	1200	3600	3600	3600	3600
Pediatria	600	1680	1680	1800	2040
Ginecologia/obstetricia	480	1440	1440	1440	1440
Cardiologia	160	480	480	480	480
Neurologia	120	360	360	360	360
Dermatologia Consulta	100	300	300	300	300
Dermatologia Procedimentos	40	120	120	120	120
Ortopedia	290	750	750	870	1110
Nutrólogo	80	240	240	240	240
Psiquiatria	345	1035	1035	1035	1035
Clínica Geral ESF	2 médico generalista	2 médico generalista	2 médico generalista	2 médico generalista	2 médico generalista

ANEXO IV

PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO PARA PERÍODO DE 12 MESES – R$													
Descrição/mês	**1° mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4 mês**	**5° mês**	**6° mês**	**7° mês**	**8° mês**	**9° mês**	**10° mês**	**11° mês**	**12° mês**	**TOTAL**
Remuneração Pessoal	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	29.400,00	352.800,00
Encargos e contribuição	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	8.800,00	105.600,00
Pessoa jurídica	159.800,00	164.800,00	164.800,00	164.800,00	164.800,00	164.800,00	164.800,00	164.800,00	174.400,00	174.400,00	174.400,00	174.400,00	1.917.600,00
Outras despesas	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	9.600,00
Total	**198.800,00**	**203.800,00**	**203.800,00**	**203.800,00**	**203.800,00**	**203.800,00**	**203.800,00**	**203.800,00**	**213.400,00**	**213.400,00**	**213.400,00**	**213.400,00**	**2.479.000,00**

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – R$													
Serviços/mês	**1° mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4° mês**	**5° mês**	**6° mês**	**7° mês**	**8° mês**	**9° mês**	**10° mês**	**11° mês**	**12° mês**	**TOTAL**
Execução das ações do convênio	198.800,00	203.800,00	203.800,00	203.800,00	203.800,00	203.800,00	203.800,00	203.800,00	213.400,00	213.400,00	213.400,00	213.400,00	**2.479.000,00**