

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		IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA
OBJETO DO CONTRATO		AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS
CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO EM		15/12/2017
JUSTIFICATIVA	()	Termo de Retirratificação ao Contrato de Gestão referente a custeio para o exercício de 2019
	()	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Produção – Item 8 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão / Indicador de qualidade - acompanhamento SADT Externo
	()	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Qualidade – Item 7 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão
	(X)	Ajustes eventuais – Item 10 do Anexo Técnico II do Contrato de Gestão: readequação de metas e custeio
	()	Repasse para Programa Especial – Item 2 do Anexo Técnico I do Contrato de Gestão: IDENTIFICAR PROGRAMA
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, 02 de julho de 2019.	
PELA CONTRATANTE	 DR JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE	
PELA OSS CONTRATADA	 MILTON TÉDDE PROVEDOR IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA	

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

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTRATADA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, gerenciadora do AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS.

CONTRATO DE GESTÃO

PROCESSO DE ORIGEM N° 001.0500.000.030/2017

OBJETO: O presente **TERMO DE RETIRATIFICAÇÃO** tem por objeto readequação de metas assistenciais e de custeio no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS**, considerando a capacidade física da unidade, a partir de julho do presente exercício.

ADVOGADO(S)/ N° 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, 02 de julho de 2019.

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: José Henrique Germann Ferreira

Cargo: SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

CPF: 672.438.518-00 RG: 3.966.500-8

Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial completo: Rua Dom Armando Lombardi, nº 701, Apt. 93 - Vila Rogredior
CEP 05616-011

E-mail institucional: gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br

E-mail pessoal: jgermann@saude.sp.gov.br

Telefone(s): (011) 3066-8660

Assinatura: 

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: José Henrique Germann Ferreira

Cargo: SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

CPF: 672.438.518-00 RG: 3.966.500-8

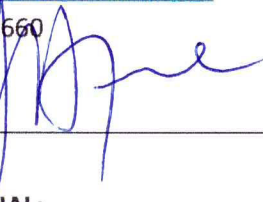
Data de Nascimento: 08/03/1949

Endereço residencial completo: Rua Dom Armando Lombardi, nº 701, Apt. 93 - Vila Rogredior
CEP 05616-011

E-mail institucional: gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br

E-mail pessoal: jgermann@saude.sp.gov.br

Telefone(s): (011) 3066-8660

Assinatura: 

Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

Nome e cargo: MILTON TÉDDE

Cargo: PROVEDOR

CPF: 139.878.108-82 RG: 2.258.469-9

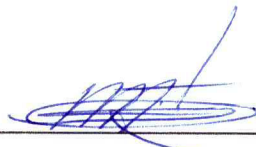
Data de Nascimento: 13/02/1937

Endereço: Rua Coronel José Braz, nº 135 AP 1602 Bairro: Boa Vista, Marília – SP
CEP: 17501-570

E-mail institucional: secretaria@santacasamarilia.com.br

E-mail pessoal: miltontedde@gmail.com

Telefone(s):

Assinatura: 

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

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 03/2019

Processo Origem n° 001.0500.000.030/2017

Processo 2019 n° 2051530/2018

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO CELEBRADO EM 15/12/2017 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS.

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 n° 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. José Henrique Germann Ferreira, brasileiro, casado, médico, RG n° 3.966.500-8, CPF n° 672.438.518-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a Santa Casa de Misericórdia de Marília, com CNPJ/MF n° 52.049.244/0001-62, inscrito no CREMESP sob n° 901479, com endereço à Avenida Vicente Ferreira, 828, Cascata – Marília/SP, CEP 17515-900 e com estatuto arquivado no 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica sob n° 5.360, neste ato representada por seu Provedor, Sr. Milton Tédde, brasileiro, casado, comerciante, R.G. n° 2.258.469-9, C.P.F. n° 139.878.108-82, 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° 001.0500.000.030/2017, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar n° 846/98 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 DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto readequação de metas assistenciais e de custeio no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS**, considerando a capacidade física da unidade, a partir de julho do presente exercício.

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 I – Item II.1 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ESPECIALIDADES MÉDICAS); II.4. CIRURGIAS AMBULATORIAIS MENORES** e **ANEXO TÉCNICO II – SISTEMA DE PAGAMENTO** do **CONTRATO DE GESTÃO**, assinado em 15/12/2017, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Em virtude da Readequação de Metas Assistenciais e de Custeio, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância estimada de **R\$ 9.399.773,52 (Nove milhões, trezentos e noventa e nove mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e dois centavos)**, cujo repasse dar-se-á na modalidade **Contrato de Gestão, conforme as Instruções n° 02/2016 do TCESP**, correspondente ao exercício financeiro de 2019 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 **TERMO DE RETIRATIFICAÇÃO** o somatório dos valores a serem repassados em 2019, estimados em **R\$ 9.399.773,52 (Nove milhões, trezentos e noventa e nove mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e dois 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. 02/2019 (R\$)	T.R. 03/2019 (R\$)
Janeiro	615.684,23	615.684,23
Fevereiro	732.132,23	732.132,23
Março	732.132,23	732.132,23
Abril	695.214,99	695.214,99
Maio	828.076,23	828.076,23
Junho	828.076,23	828.076,23
Julho	890.356,23	828.076,23
Agosto	890.356,23	828.076,23
Setembro	890.356,23	828.076,23
Outubro	890.356,23	828.076,23
Novembro	890.356,23	828.076,23
Dezembro	890.356,23	828.076,23
TOTAL	9.773.453,52	9.399.773,52

ANEXO TÉCNICO I

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO ANO DE 2018 (ESPECIALIDADES MÉDICAS)

CONSULTA MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Primeira Consulta	1.200	1.700	1.700	1.700	2.275	2.275	2.275	2.275	2.275	2.275	2.275	2.275	24.500
Interconsulta	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Consulta Subsequente	400	700	700	700	1.125	1.125	1.125	1.125	1.125	1.125	1.125	1.125	11.500
Total	1.700	2.500	2.500	2.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	37.200

II.4. CIRURGIAS AMBULATORIAIS MENORES NO ANO DE 2019

CIRURGIA AMBULATORIAL MENOR	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
cma	50	50	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.600




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 05 (cinco) 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 Maior;
- (X) Cirurgia ambulatorial menor;
- (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 DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS** para o exercício de 2019, fica estimado em **R\$ 9.399.773,52 (Nove milhões, trezentos e noventa e nove mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e dois 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	85%
Atendimento não médico	5%
Cirurgia Ambulatorial Maior (CMA)	1,5%
Cirurgia Ambulatorial Menor (cma)	3,5%
SADT Externo	5%
TOTAL	100%

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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o ano de **2019**, dar-se-ão na seguinte maneira:

TABELA II – CRONOGRAMAS

2019			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES	
Mês	Valor	Indicadores de Qualidade	Indicadores de Produção
Janeiro	615.684,23	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	732.132,23		
Março	732.132,23		
Abril	695.214,99	2º Trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	
Maio	828.076,23		
Junho	828.076,23		
Julho	828.076,23	3º Trimestre - consolidação das informações em outubro, avaliação em novembro	2º semestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Agosto	828.076,23		
Setembro	828.076,23		
Outubro	828.076,23	4º Trimestre - consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Novembro	828.076,23		
Dezembro	828.076,23		
Total	9.399.773,52		

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 DE SÃO CARLOS – AME SÃO CARLOS**.

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

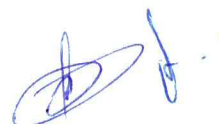
O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2019.

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

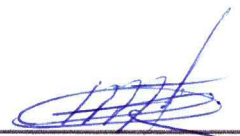
DO FORO

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.

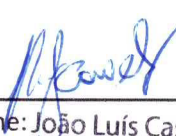
São Paulo, 02 de julho de 2019.


DR JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE


MILTON TÉDDE
PROVEDOR DA IRMANDADE DA SANTA
CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Testemunhas:

1) 
Nome: Jumara
R.G.:
Jumara
Diretor Técnico II
CGCSS/GGA/AME

2) 
Nome: João Luís Castro Vellucci
R.G.: Diretor Administrativo
25.445.552-9.