



Contrato de Gestão Nº 020/2014

CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS AO SAÚDE DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde, DANIEL RICARDO SORANZ PINTO, Brasileiro, Médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo Detran, CPF nº 290.210.958-07 doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado como Organização Social, nos autos do presente processo administrativo, a **SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, inscrita no CNPJ/MF sob o número 61.699.567/0001-92, com endereço à Rua Napoleão de Barros, 175 – Vila Clementino – São Paulo – SP, e com estatuto arquivado no 1º Ofício de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, neste ato representada por seu

 1 

Presidente, PROFESSOR DR. RONALDO RAMOS LARANJEIRA, brasileiro, médico, casado, inscrito no RG: 7791138, CRM: 28437, CPF nº 042.038.438-39, doravante denominada CONTRATADA, tendo sido selecionada através de seleção pública realizada através do processo administrativo nº 09/001.907/2013, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508. de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Área de Planejamento 5.3, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE APOIO A GESTÃO tem por objeto o gerenciamento, a operacionalização, apoio e execução pela CONTRATADA, de ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados à estratégia de saúde da família no âmbito da AP 5.3, que assegure assistência universal e gratuita à população da referida Área em conformidade com o Edital do processo seletivo e todos os seus Anexos Técnicos (I, II e III).

1.1.1. Passarão a ser progressivamente geridas pela Organização Social, qualificada e selecionada nos termos do Edital do processo seletivo e respectivos Anexos, novos serviços e unidades de Saúde da Família, e aquelas unidades atualmente existentes, cujas metas físicas para implantação e manutenção progressiva estão definidas no **ANEXO TÉCNICO E – “Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”** do referido Contrato de Gestão, mês a mês para o período deste contrato de gestão.

PARÁGRAFO PRIMEIRO



Este CONTRATO DE APOIO A GESTÃO segue os preceitos descritos no art. 8º do Decreto 30.780/09:

I - especificação do programa de trabalho, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais, no exercício de suas funções;

III - disponibilidade permanente de documentação para auditoria do Poder Público;

IV - atendimento à disposição do § 2.º do artigo 5.º da Lei Municipal n.º. 5026, de 19 de maio de 2009;

V - vedação à cessão total ou parcial do contrato de gestão pela Organização Social;

VI - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das Organizações Sociais da Saúde.

VII - o orçamento, o Cronograma Mensal de Desembolso e Metas Físicas e as fontes de receita para a sua execução (Anexo V do Edital e Anexo E do Contrato de Gestão);

VIII - vinculação dos repasses financeiros que forem realizados pelo Poder Público ao cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão;

IX - discriminação dos bens públicos cujo uso será permitido à Organização Social quando houver, conforme específico do contrato de gestão;

X - em caso de rescisão do contrato de gestão, do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, na proporção dos recursos e bens por este alocados. Para o patrimoniamto de bens, deve constar o número do CNES/Ministério da



Saúde da referida unidade de saúde na placa do patrimônio ao qual está alocado o referido bem.

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2.1 São da responsabilidade da CONTRATADA, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas do Edital e Anexos I a III, que **deste ficam fazendo parte integrante**, as estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

2.1.1. Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos Técnicos A, B e C, de acordo com o estabelecido neste contrato e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde -, especialmente o disposto no Decreto-Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990; a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;



VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VIII – fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular

IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

X Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a CONTRATADA deverá observar:

a) – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

b) – Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

c) – Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

d) – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

e) – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

f) – Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

g) – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

h) – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

XI – Receber médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas.

XII - Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento Local, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

XIII - Estabelecer controle e a apuração da freqüência dos funcionários contratados



pelas Organizações Sociais, com contrato de gestão celebrados com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, por meio de Registro Biométrico de Ponto e de acordo com o Decreto nº 33536 de 25 de março de 2011 da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

XIV - Efetivar contratação de serviços de prestação continuados como limpeza, segurança, concessionárias, conectividade; serviços de apoio diagnóstico de atenção primária como radiografia com laudo, ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; prestação serviços de oftalmologia de atenção primária como, refração ocular e de retinografia digital; prestação de serviços de confecção de próteses dentárias, além da contratação de todo e qualquer serviço (que impacte positivamente no alcance dos indicadores e metas) viabilizados pela economicidade e eficiência financeira da gestão do contrato desde que apresentados em plano de aplicação.

XV - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela SMS.

XVI - Apoiar e integrar o complexo regulador da SMS-RJ

XVII - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

XVIII - Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias e/ou específicas sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

XIX - Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante pacientes por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à CONTRATADA e também por danos materiais e morais oriundos de ações por erros médicos além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, ou relações com terceiro.

XX - Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

XXI - Manter em seus quadros técnicos para a gestão, profissionais com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública, item 4.1, (e).



XXII - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, seguido pelo nome designativo "Com os logos oficiais do Município, Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde, Organização Social", devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e dos serviços prestados nessa condição pertencem ao Sistema Único de Saúde sendo vedada a cobrança ao usuário;

XXIII - Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa;

XXIV - Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso que deverão definir as responsabilidades da CONTRATADA, até sua restituição ao Poder Público, bem como realizar adaptações/reformas com a anuência deste nas Unidades já existentes;

XXV - A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens, a ser realizado pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

XXVI - O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da CONTRATADA quanto à sua guarda e manutenção.

XXVII - A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, e as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

XXVIII - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições;

XXIX - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro,



7 

hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMS a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens;

XXX - Utilizar sistema informatizado para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela CONTRATANTE;

XXXI - O sistema utilizado pela CONTRATADA deverá permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a CONTRATANTE já utilize ou outros que venha a utilizar durante a vigência deste contrato;

XXXII - Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, www.osinfo.rio.rj.gov.br, instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

XXXIII - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados das Organizações Sociais;

XXXIV - Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social;

XXXV - Na ocorrência do acima exposto, a CONTRATADA deverá transferir, integralmente, à CONTRATANTE, os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde constantes deste Contrato de Gestão.

XXXVI - Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da Instituição Executora, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o Município de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.



XXXVII - Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários e trabalhistas, decorrentes da execução do presente contrato pela CONTRATADA, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, o CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

XXXVIII - A retenção prevista no item 2.19.1 será realizada na data do conhecimento pelo Município do Rio de Janeiro da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários.

XXXIX - A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela Adjudicatária.

XL - Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item anterior o CONTRATANTE efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA.

XLI - Ocorrendo o término do contrato sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

XLII - Abrir conta corrente bancária específica para movimentação dos recursos provenientes do presente Contrato, no Banco SANTANDER (Brasil) S.A. ou outro banco que o venha a substituir, em conformidade com a Resolução SMF nº 2.754, de 17.01.2013 e manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do contrato, além de disponibilizar extrato mensalmente à SMS e a Coordenação da Área de Planejamento (CAP).

XLIII - Dispor de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

XLIV - Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este CONTRATO DE GESTÃO com a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.



XLV - Comprometer-se a manter neste contrato de gestão para as unidades de saúde, profissionais com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública.

XLVI - Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto 28.937/08).

XLVII - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

XLVIII - Cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações relacionadas à execução do contrato solicitadas CONTRATANTE no caso de rescisão contratual ou término de vigência.

XLIX Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para análise e consulta do Poder Público;

L - Permitir, através de declaração específica, permanentemente, o amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira, bem como a qualquer documentação, da entidade como um todo, e à decorrente do contrato de gestão, aos órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal;

LI - Produzir, guardar e fornecer quaisquer dados e informações solicitados pela CONTRATANTE, na forma e periodicidade por esta determinadas;

LII - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo relacionadas à execução do presente Contrato, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da CONTRATANTE ou sob sua demanda;

LIII - Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu representante legal para firmar este Contrato de Gestão com a CONTRATANTE;

LIV - Apresentar a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da



Lei nº 12.440/11, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias, conforme art. 55, XIII e 58, III da Lei 8.666/93.

LV - A CONTRATADA, caso possua mais de 20 (vinte) empregados, deverá reservar vagas de, no mínimo, 20% de vagas para afrodescendentes (10% para homens e 10% para mulheres) na forma do artigo 3º da Lei Municipal nº 4.978/08.

LVI - A CONTRATADA fará publicar, na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços e obras necessários à execução deste Contrato, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O sistema previsto no inciso XV utilizado pela CONTRATADA deverá permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a CONTRATANTE já utilize ou outros que venha a utilizar durante a vigência deste contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Na hipótese do inciso XVIII, a CONTRATADA deverá transferir, integralmente, à CONTRATANTE, os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde constantes deste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:



I - Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste Contrato e em seus anexos;

II - Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato, nos Planos de Trabalho da CAP 5.3 **1814.10.301.0330.2854** e **1814.10. 305. 0308. 2003**, ND 335039, fazendo o repasse mensal nos termos do Anexo Técnico do Edital do processo seletivo e Anexo E – Cronograma de Desembolso do Contrato de Gestão.

III - Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual.

IV - Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso. Para a formalização do termo, a CONTRATANTE deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

V - Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da Organização Social para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;

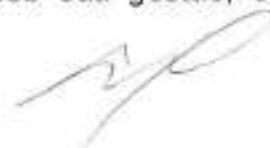
VI - Acompanhar a execução do presente Contrato de Gestão, por meio da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), com fulcro no estabelecido no presente Contrato e respectivos anexos;

VII - Acompanhar a execução do presente Contrato de Gestão, por meio da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

CLÁUSULA QUARTA

DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de Avaliação (CTA) a ser nomeada por resolução do Sr. Secretário Municipal de Saúde, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, procederá à avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando



relatório conclusivo que deverá ser encaminhado em duas vias, em meio digital e físico, ao Secretário Municipal da Saúde.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Contrato de Gestão, por meio dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório trimestral ou a qualquer momento definido pela CTA, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas para a Organização Social e a Secretaria Municipal de Saúde.

PARÁGRAFO TERCEIRO

O CONTRATO DE GESTÃO prevê a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação, pela CONTRATADA, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO QUARTO

No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do contrato de gestão, a Comissão de Avaliação deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente contrato será de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de assinatura, 07 de outubro de 2014, até 06 de outubro de 2016, renovável



uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas físicas de número de Equipes de Saúde da Família definidas no Edital do processo seletivo, no ANEXO II - Cronograma de Desembolso e Metas Físicas, para o período anterior, através de Termo Aditivo.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência do Contrato não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes.

CLAUSULA SEXTA

DA CESSÃO DE BENS

A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens, a ser realizado pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da CONTRATADA quanto à sua guarda e manutenção.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, e as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporadas ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

PARÁGRAFO TERCEIRO



Os equipamentos necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições;

PARÁGRAFO QUARTO

Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMS a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens.

CLÁUSULA SÉTIMA

DA EXISTÊNCIA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários e trabalhistas, decorrentes da execução do presente contrato pela CONTRATADA, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, o CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A retenção prevista no *caput* será realizada na data do conhecimento pelo Município do Rio de Janeiro da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela Adjudicatária.



PARÁGRAFO TERCEIRO

Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item anterior o **CONTRATANTE** efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO QUARTO

Ocorrendo o término do contrato sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato especificados nos Anexos Técnicos, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** os valores definidos no Edital do processo seletivo nº 09/001.907/2013 no Anexo II – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas e Anexo E – Cronograma de Desembolso do Contrato de Gestão do presente instrumento, totalizando para o período de 24 meses R\$ 268.448.522,21 (duzentos e sessenta e oito milhões, quatrocentos e quarenta mil quinhentos e vinte e dois reais e vinte e um centavos), às expensas dos Programas de Trabalho 18.14.10.301.0330.2854 do código de despesa nº 3.3.50.39.02 do orçamento em vigor, tendo sido emitida nota de empenho nº 403/2014, 404/2014, 405/2014 e 406/2014.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos transferidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** serão mantidos por esta em conta especialmente aberta, conforme item 2.20 deste contrato, para a execução do presente Contrato de Gestão. Os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro

de 2010, desde que o resultado dessas aplicações sejam seguros, sem risco para o patrimônio e revertidos, exclusivamente, aos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica facultado à organização social como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais aludem o art. 1º da Lei 9656/98 de 03 de junho de 1998. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, nos termos do artigo 29 do Regulamento Geral aprovado pelo Decreto nº 30.780 de 02.06.2009, contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da entidade qualificada como OS

contratada para a execução do presente Contrato. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEXTO

O saldo do contrato de gestão, enquanto não utilizado, deverá ser aplicado conforme dispõe o decreto 33.010 de 3/11/2010.

PARÁGRAFO SÉTIMO

Despesas administrativas serão aquelas geradas para a execução, fiscalização e supervisão do desenvolvimento do objeto contratual e devem estar vinculadas ao objeto do presente contrato. O percentual máximo da despesa será de cinco por cento sobre o total do valor do contrato, apresentada na minuta do contrato de gestão na rubrica "apoio à gestão da RAS".

PARÁGRAFO OITAVO

A cobrança de qualquer taxa de administração é vedada.

PARÁGRAFO NONO

O montante de recursos previstos e repassados a **CONTRATADA** a título de provisionamento deverão ser depositados em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização da Subsecretaria de Gestão da SMS/RJ, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

CLÁUSULA NONA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os valores dos pagamentos, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, estão definidos no Edital do processo seletivo nº 09/001.907/2013 no Anexo II – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas e



Anexo E – Cronograma de Desembolso do Contrato de Gestão do presente instrumento, totalizando para o período de 24 meses.

PARÁGRAFO ÚNICO

A parcela correspondente ao primeiro trimestre do cronograma de desembolso será creditada como primeiro aporte de recursos financeiros. A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 ou 31 de cada mês.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas deve se dar por meio da alimentação o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, www.osinfo.rio.rj.gov.br, instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, para fins de prestação de contas:

- I - Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos;
- II - Detalhamento de todas as despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica;
- III - Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão;
- IV - Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão;
- V - Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, como nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária,

CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões;

VI - Além de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema;

VII - Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão assim como dados de produção atinentes ao objeto do contrato de gestão;

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Para efeito de prestação de contas deverão ser observadas as especificações contidas em diplomas legais estabelecidas em Resolução do Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

A CONTRATADA assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes do fornecimento da mão-de-obra necessária à boa e perfeita execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e, ainda, quaisquer prejuízos que sejam causados a CONTRATANTE ou a terceiros.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os danos e prejuízos deverão ser ressarcidos a CONTRATANTE ou ao MUNICÍPIO no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da notificação a CONTRATADA do ato administrativo que lhes fixar o valor, sob pena de multa.



PARÁGRAFO SEGUNDO - A CONTRATANTE não é responsável por quaisquer ônus, direitos ou obrigações vinculadas à legislação tributária, trabalhista, previdenciária ou securitária e decorrentes da execução do presente Contrato de Gestão cujo cumprimento e responsabilidade caberão, exclusivamente, a CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A CONTRATANTE não será responsável por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como por seus empregados, prepostos ou subordinados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A alteração do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como dos anexos que o integram, deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde, após parecer fundamentado da CTA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os anexos que compõem este **CONTRATO DE GESTÃO**, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização, assegurando os direitos da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO



À **CONTRATANTE** será permitida a alteração do **CONTRATO DE GESTÃO** para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à Organização Social direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A rescisão se dará por ato do titular da SMS, após manifestação da CTA e da Procuradoria Geral do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, a SMS ressarcirá exclusivamente danos materiais, excluídos os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social para a execução do objeto deste contrato, que poderão ser abatidos do excedente financeiro de que trata o inciso XII do art 8º do Decreto 30780/09, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.



PARÁGRAFO QUARTO

Em caso de rescisão amigável, a **CONTRATADA** fica obrigada a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste Contrato ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 84, 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I - Advertência;

II - Multa moratória no valor de 1% por dia útil sobre o valor da nota de empenho, do contrato ou, se for o caso, do saldo não atendido, até o período máximo de 30 (trinta) dias úteis.

III - Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, após esgotado o prazo fixado no subitem anterior;

V - Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

VI - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública,

VII - Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO



A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nos itens I, IV, V e VI desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com os itens "II" e "III".

PARÁGRAFO TERCEIRO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado das transferências de recursos referentes aos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUARTO

Da data de publicação da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal da Saúde.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DISPOSIÇÕES FINAIS

PARÁGRAFO PRIMEIRO



Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica vedada a cessão total ou parcial do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar, exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal da Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO QUINTO

Em caso de reversão dos bens ao patrimônio do Município, os mesmos deverão ser submetidos à avaliação da Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.



PARÁGRAFO SEXTO

O Município providenciará a remessa de cópias do presente CONTRATO DE GESTÃO à Câmara Municipal dos Vereadores do Rio de Janeiro e ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias, contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias contados da publicação de seu extrato, respectivamente.

PARÁGRAFO SÉTIMO

A Organização Social se obriga a manter, durante todo o período de execução do Contrato, as condições de habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista exigidas no Edital que instruiu este Chamamento Público, onde foi selecionada a melhor proposta técnica e econômica do presente instrumento e o teor da sua proposta de preço, sob pena de rescisão do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, à conta do Município.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado, a expensas da contratada, no Diário Oficial do Município.



CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca da Cidade do Rio de Janeiro, 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 as **CONTRATANTES**, assinam o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 07 de outubro de 2014 .



PROFESSOR DR. RONALDO RAMOS LARANJEIRA

SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO

Município do Rio de Janeiro

Secretário Municipal de Saúde

Testemunhas:

1) _____

Nome:

R.G

2) _____

Nome:

R.G:

ANEXO TÉCNICO A DO CONTRATO DE GESTÃO: GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS aqueles apontados neste Contrato de Gestão.

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP 5.3) localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A.2.1.1. Cadastramento.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicável a AP.

A.2.1.2. Recomendações da SMS/SUBPAV para o processo de trabalho do Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

- 1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)

- 2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal

- 3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.

- 4) Agendamento de consultas. Em toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;

- 5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta

- 6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia

- 7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista

- 8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames:
Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.

- 9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).

- 10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.

- 11) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.

- 12) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.

- 13) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.

- 14) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.

- 15) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.

Serviços de Apoio Especializados às Equipes de Saúde da Família / Núcleos de Apoio ao Saúde da Família:

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de carga horária semanal.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua);

Poderão compor os Serviços de Apoio Especializado à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro de acordo com o perfil epidemiológico de cada território.

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com o Saúde da Família, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

A.2.2. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

A.2.2.1. Objetivo

Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

A.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência a saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e um Programa de Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes. Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só encaminhando à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades da rede de atenção, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de Serviços de Laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo;

A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre dois aspectos:

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário;
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;

- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.4. Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este contrato de gestão, de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida neste Edital.

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico (ou auxiliar) de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agente de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microáreas – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas de cerca de 3.450 pessoas.

As novas ESF a serem implantadas bem como quando houver re-territorialização, estas deverão ter no máximo 3.000 pessoas na área de abrangência cadastradas com CPF e/ou DNV, com 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB), não havendo previsão orçamentária nos contratos de gestão para proporção inferior a esta. A linha de base para a territorialização das equipes

deverá considerar o Anexo Especifico ao Contrato de Gestão e os setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade "bolsa de estudos", em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar responsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.000 pessoas para a equipe.

**ANEXO TÉCNICO B DO CONTRATO DE GESTÃO:
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA
OS SERVIÇOS DE SAÚDE - ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3**

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)
B.1.3. Composição
B.1.4. Funções
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
B.2.1. Aspectos Básicos Organizacionais
B.2.2. Boa Prática Clínica
B.2.3. Atenção ao Usuário
B.2.4. Articulação com Outros Níveis Assistenciais – Referência e contrareferência
B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. Aspectos gerais
B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS

B.3.3. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das unidades de saúde
B.3.3.1. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – parte variável 02
B.3.3.2. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 02
B.3.3.3. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)
B.3.3.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário
B.3.4. Parte variável 03 - incentivo à gestão da clínica
B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde
B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos
B.4.1.2. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal
B.4.1.6. SISCAN - Sistema de Informação sobre Câncer
B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de
Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

B.4.1.9 SISREG – Sistema Nacional de Regulação

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de
Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

B.4.1.9 SISREG – Sistema Nacional de Regulação

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS, através da CTA elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e à correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 03 suplentes, assim definido:

Titulares

- a) 2 representante da SMS/SUBPAV/CAP
- b) 2 representantes da SMS/SUBPAV
- c) 1 representante da SMS/SUBG
- d) 1 representantes da SMS/ Coordenação de Emergência Regional

Suplentes

- e) 1 representante da SMS/SUBPAV/CAP
- f) 1 representantes da SMS/SUBPAV
- g) 1 representante da SMS/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares será exercida pela Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA será responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais:

- a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, que dêem a CTA subsídios para essa análise, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes a reunião;

g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;

h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB(2011) – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico como uma fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB(2011) / Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;

- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional;

B.2.3 ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral;

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio

usuário. Esta articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contrareferências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela SMS/SUBPAV/SPS – Rio de Janeiro.

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. Aspectos gerais

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo

com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada por email pelo PEP para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por email mensalmente aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde .
- Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do valor total conforme cronograma de desembolso (excluindo-se o item de adaptação de unidades), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS – OSS" devendo a OSS apresentar à CAP plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS desde que 100% de equipes de saúde da família completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 1%. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária"..

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas) implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% de ESF completas,

no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 0,5%. O 1,5% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

(iii) cumprimento de menos de 60% (ou 60 a 79% mas com ESF incompletas) das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

Para equipe de saúde da família incompleta, considera-se apenas as equipes de saúde da família cadastradas no SCNES no período de análise até o último dia de análise para a CTA, independente da justificativa da OSS.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.

Quadro de indicadores da **Parte variável 01** - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
01	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{100} \times (D)$ N° de unidades com comissões com atividade mensal N° de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a atas das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
02	Acompanhamento do cadastramento e	Proporção de profissionais de	(N) N° de profissionais	Prontuário Eletrônico	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que

	atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	saúde cadastrados	das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES $\frac{\quad}{100} \times$ (D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário	(PEP) + arquivamento exportação do CNES			estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe INE para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES pelo número do CPF dos profissionais.
03	Estrutura para	Percentual de	Nº de consultórios	Prontuário	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao

	impressão de documentos assistenciais	consultórios com impressora funcionando	assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da área de planejamento _____ x 100 (D) Nº de consultórios assistenciais nas unidades da área de planejamento	Eletrônico (PEP)			gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.
04	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	(N) Nº de declarações de abastecimento adequado _____ X 100 (D) nº de unidades recebendo	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os

			apoio a gestão				medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.
05	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	<p>(N)</p> <p>Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário</p> <hr/> <p>X100</p> <p>(D)</p> <p>Nº total de unidades na área</p>	Prontuário Eletrónico (PEP)	Trimestral	95%	<p>O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade.</p> <p>Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.</p>
06	Regularidade	Proporção	(N)	Protoc	Trimestral	100%	O calendário de

	e no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	de unidades que informaram em dia.	Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário <hr/> X100 (D) Nº total de unidades na área	olo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	I	envio para o SISAB e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
07	Regularidade e no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de	(N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral I	95% Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB.

		indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	(variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade <hr/> X100 (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área				O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde, seus CPFs, por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por email; o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.
08	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS <hr/> x100 (D) Valor total gasto no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	Máx. 7%	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses.
09	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da	(N) Total itens comprados abaixo da média	Prestação de contas	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo

	preços em saúde ou da SMS	média do banco de preços em saúde ou SMS	$\frac{\text{Total de itens adquiridos}}{\text{Total de itens adquiridos}} \times 100$ (D)				com itens pré estabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens.
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	(N) Nº de itens (*) fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise $\frac{\text{Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32)}}{\text{Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32)}} \times 100$ (D)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão.
11	Valor médio de medicamentos	Valor médio de medicamentos	(N) Somatório do valor das	Prontuário Eletrônico	Trimestral <i>(a partir</i>	Max R\$ 51,78	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os

	prescritos por usuário	prescritos por usuário	prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) ————— (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	(PEP)	do 4º mês da clínica)		profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para prescrição de medicamentos, mesmo os não REMUME. * todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME
12	Valor médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (fonte valores tabela SIGTAP)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestra I (a partir do 4º mês da clínica)	Max R\$ 41,80	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para solicitação de exames. * as OSS devem

			<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">(D)</p> <p>Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses</p>				estimular que os profissionais utilizem o PEP para os encaminhamentos e que não o façam a mão;
13	Proporção de abandono de Tuberculose	Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose e no período	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p>Nº pacientes com Tuberculose encerrados como abandono na área no período em análise</p> <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">X100</p> <p style="text-align: center;">(D)</p> <p>Nº total de pacientes com Tuberculose encerrados na área no período em análise</p>	SINAN	Trimestral	Máx. 10%	RIPSA (2008)

14	Taxa de Sífilis Congênita	Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área	<p>(N) Nº recém-natos com dx de sífilis congênita na área nos 3 meses anteriores ao período em análise</p> <hr/> <p>X100</p> <p>(D) Nº total de nascidos vivos na área nos 3 meses anteriores ao período de análise</p>	<p>(N) SINAN</p> <p>(D) SINAS C</p>	Trimestra I	Máx. 0%	RIPSA (2008)
15	Proporção de Consultas Pré-natal com mais de 6 consultas	Proporção de pré-natal com 6 ou mais consultas	<p>(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no</p>	SINAS C	Trimestra I	80%	Considerar consultas de pré-natal médico e/ou enfermeiro.

			<p>período em análise</p> <hr/> <p>X100</p> <p>(D)</p> <p>Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise</p>				
16	<p>Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)</p>	<p>Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)</p>	<p>(N)</p> <p>Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais</p> <hr/> <p>X100</p> <p>(D)</p> <p>Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais</p>	PEP	Trimestra I	90%	<p>*Considerar total de cadastros ficha A com microáreas identificadas (01 a 06).</p> <p>*Na própria unidade de saúde é possível pela internet realizar o registro de CPF para os pacientes no site da receita federal. Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas (01 a</p>

							06). Excluir os CPFs inválidos e duplicados.
17	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV para pessoas menores de 16 anos}}{\text{(D) N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP}} \times 100$	PEP	Trimestra I	90%	<p>*DNV – é o número da Declaração de Nascido Vivo.</p> <p>*Considerar total de cadastros ficha A.</p> <p>- Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas.</p>
18	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade de (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{\text{(N) (N}^\circ \text{ de profissionais substituídos + N}^\circ \text{ de profissionais admitidos)/2}}{\text{(D)}}$	CNES	Trimestra I	Máx 15%	* forma clássica de cálculo do turnover número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos

			Nº total de profissionais ativos no período				* consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB *para substituição consideram-se demissões, transferências, substituições por licença
20	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do CFC	<p>(N) Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários acompanhados</p> <hr/> <p>(D) Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC</p>	Portal BF/SUBPAV	Trimestral	100%	* A relação de beneficiários é atualizada a cada 6 meses e é enviada pela S/SUBPAV/SAP. * para o cálculo, considera-se essa relação de beneficiários enviada. Não são permitidas novas inclusões ou exclusões a partir das equipes.
21	Percentual de escolas e creches	Proporção de escolas e creches	(N) Nº de escolas que receberam	Prontuário Eletrônico	Trimestral (considerar	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor

	<p>no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB</p>	<p>cobertas na área da unidade</p>	<p>alguma ação de saúde no período _____ X 100 (D) Total de escolas da área</p>	<p>ico (PEP)</p>	<p>ar apenas meses letivos das escolas)</p>	<p>registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos.</p> <p>Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado.</p> <p>Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.</p> <p>(**)</p>
--	---	------------------------------------	---	------------------	---	---

(*) entende-se como outros postos de trabalho, sala imunização, acolhimento mãe-bebê, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, recepção (1 computador por equipe), sala de procedimentos, sala dos ACS e

AVS (1 computador por equipe), farmácia, sala de administração, sala raio X (se houver) e sala ultrassonografia (se houver);

(**) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;

(***) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMS não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação on line pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OSS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.3. Parte variável 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá $3 \times 3.000 = 9.000$ /trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, $8 \times 3.000 = 24.000$ /trimestre. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme caixa a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica "adaptação de unidades de atenção primária", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso**, **desempenho assistencial**, **qualidade percebida** e **desempenho econômico**, conforme Quadro a seguir.

Quadro de indicadores da **Parte variável 02** - incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família

A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada

(médicos, enfermeiros e dentistas)

A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos

A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos

A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados

A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico

D) Desempenho Assistencial

D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos

D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres

D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses

D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos

D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos

D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre

D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias

D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)

D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

S) Satisfação dos Pacientes

S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMS)

E) Eficiência

E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário

E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,

E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME

E4. Percentagem de pacientes encaminhados

E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

Para o item "D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos" e "D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos" a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária (sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registradas para aquele paciente.

B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da parte variável 02.

	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Período de	Meta	Observação
A1	Acesso	Porcentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{\text{(N)}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe</p> <p>Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 90%	
A2	Acesso	Porcentagem de demanda espontânea em relação à programada	$\frac{\text{(N)}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 40%	<p>Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio.</p> <p>Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.</p>

			Nº total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe				
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	$\frac{\text{(N) } \text{Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)}}{1.000} \times \text{(D) } \text{nº de cadastrados na área da equipe}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 230 /1.000 0 (sem SB) ou 260 /1.000 0 (com SB)	Contar todas as VDs para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs. Considerar para 3 meses : 230/1.000 sem SB e 260/1.000 com SB

A4	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p style="text-align: center;">Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf. ACS, CDs, ASB, TSB)</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">1.000</p> <p style="text-align: center;">(D)</p> <p style="text-align: center;">Total de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p style="text-align: center;">Mínimo</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">/1.000</p> <p style="text-align: center;">(sem SB)</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p style="text-align: center;">12</p> <p style="text-align: center;">/1.000</p> <p style="text-align: center;">(com SB)</p>	<p>Contar todas as atividades em grupos de:</p> <p>Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB.</p> <p>Considerar para 3 meses: 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB</p>
A5	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços implementados	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p style="text-align: center;">Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">(D)</p> <p style="text-align: center;">Total de ações da carteira de serviços</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p style="text-align: center;">mínimo</p> <p style="text-align: center;">80%</p>	<p>O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço. Os itens que não forem possíveis devem ser cadastrados no prontuário pelo gerente/diretor da</p>

							<p>unidade no módulo de cadastro da unidade (ex. se tem maleta de emergência, se tem responsável técnico, se tem receituário azul, etc).</p>
A6	Acesso	<p>Porcentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico</p>	<p>(N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico</p> $\frac{\text{100}}{\text{(D)}}$ <p>total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade</p>	X	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>mini mo 5%</p> <p>Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo.</p> <p>Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrada automaticamente.</p> <p>*Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os</p>

							profissionais das equipes.
D1	Desempenho assistencial	Porcentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos}}{100} \times \text{X}$ <p>(D) N° total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>mínimo 80%</p>	<p>Para o cálculo do indicador, considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x).</p> <p>Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando n° de procedimentos.</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 a 64 anos de sua equipe, com a idade, data do último exame colpocitológico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para próximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as</p>

							pacientes com atraso para busca ativa.
D2	Desempenho assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	<p>(N)</p> <p>Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>100</p> <p>(D)</p> <p>Nº total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe.</p> <p>Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o nº de diabéticos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico).</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.</p>

D3	Desempenho assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p>Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> X <p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">(D)</p> <p>Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe.</p> <p>Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o nº de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro).</p> <p>mínimo 80%</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.</p>
----	-------------------------	---	---	-----------------------------	------------	--

D4	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p>Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">100 (D)</p> <p>Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p> <p style="text-align: right;">X</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas.</p> <p>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.</p>
D5	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p>Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as</p>

		aos 6 anos	de todas as vacinas do calendário vacinal em dia <hr/> X 100 (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe			vacinas. * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos de sua equipe, com a situação vacinal (“em dia” ou “atrasada”), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
D6	Desempenho assistencial	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez <hr/> X 100	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80% * considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de

			(D) Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe				consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista do parto, endereço e telefone.
D7	Desempenho assistencial	% de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida <hr/> X 100 (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	* considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puérpera, endereço e telefone.

D8	Desempenho assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses</p> <p>(D) total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	mínimo 80%	<p>* considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono".</p> <p>* incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.</p> <p>* considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais a lista de inscritos na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade.</p>
D9	Desempenho assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB</p> <p>(D) total de famílias</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	<p>* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a CAP).</p> <p>* o registro de</p>

<p>Questionário padronizado pela SMS. Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquérito de satisfação com identificação por CPF.</p>	<p>80% mínimo</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Prontuário Eletrônico (PEP)</p>	<p>Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde X total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em</p> <p>(N) / (D) = 100</p>	<p>Porcentagem de usuários muito satisfeitos</p>	<p>Satisfação dos usuários</p>	<p>S1</p>
<p>vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea, número da família, se recebe bolsa família, NIS, data última consulta, endereço e telefone.</p>				<p>cadastadas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF</p>			



E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	<p>Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)</p> <hr/> <p>(D)</p> <p>nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)</p>	Prontuário eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita.</p> <p>* deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade.</p> <p>* todos os prontuários</p>
			análise			<p>Max. R\$ 1,78</p>

							devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME.
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	<p style="text-align: center;">(N)</p> <p>Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(D)</p> <p>nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP) (*tabela SIGTAP como parâmetro	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$4 1,80	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos</p> <p>*deve permitir detalhar os pacientes, o exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento.</p> <p>* deve-se permitir registrar o resultado do exame e a data da</p>

							realização do mesmo.
E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	<p>(N)</p> <p>Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses,</p> <hr/> <p>100</p> <p>(D)</p> <p>Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>mini mo 90%</p>	<p>* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe.</p> <p>Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes;</p> <p>* as OSS devem estimular que os profissionais utilizem o PEP para as prescrições e que não o façam a mão;</p>
E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes	<p>(N)</p> <p>Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>máxi mo 10%</p>	<p>* deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas .</p> <p>* deve-se permitir registrar se o paciente</p>

		atendidos	meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade de				compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento.
			$\frac{\quad}{100}$ X				
			(D)				
			Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses				
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 30%	* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame. * Apresentar nova
			$\frac{\quad}{100}$ X				
			(D)				
			Nº total de pacientes				

			<p>agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses</p>				<p>coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG.</p>
--	--	--	---	--	--	--	---

*Valores de referência. Para a avaliação serão consideradas as metas pactuadas pelas Equipes.

B.3.3.2 CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS (parte variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (parte variável 02).

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a **aplicação de questionários** – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as AP's. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* pré-estabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remete-lo a CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A satisfação dos usuários é um dos indicadores que compõem a **variável 02** do Pagamento por Performance.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas **no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF**;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;

- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO;

- A Coordenação de Área de Planejamento deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

B.3.4. Parte variável 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do Trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tomaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família Familiar (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da SMS.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro – Tipos de modelos de atenção primária existentes no município
do Rio de Janeiro no ano de 2010

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, nesta unidade todo usuário deve saber nominalmente os profissionais de referência para cada área, a unidade está dividida por equipes.

Modelo B. Somente uma parte do território é coberto com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família Familiar (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da SMS.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro – Tipos de modelos de atenção primária existentes no município
do Rio de Janeiro no ano de 2010

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, nesta unidade todo usuário deve saber nominalmente os profissionais de referência para cada área, a unidade está dividida por equipes.

Modelo B. Somente uma parte do território é coberto com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da família .

Nota: Território é definido pela lista de CEP (correio) vinculada a uma determinado unidade.

Durante os anos de 2010 a 2012, a PCRJ e a SMS identificou a contratualização como ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência.

O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências, decorrente da facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais gratificações associadas ao desempenho.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de uma dezena de conjuntos de indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas quantas gestantes que, além da captação precoce, as equipes realizaram

um bom pré-natal em quantas gestantes? Para realizar um bom prenatal, além de realizar captação precoce da gestante, há alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL e HIV, ter realizado um mínimo de 6 consultas, dentre outros.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre as equipes no trimestre.

A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

Dentro da mesma **equipe de saúde da família**, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente a soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios)

300 UC no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 UCs correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

Equipe	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	No de UCS no TRIMESTRE	Valor R\$ no trimestre
3210	AAAAAAAAAAAA	MEDICO	R\$ 7.500,00	200	R\$1.500,00
3210	BBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 3.900,00	200	R\$780,00
3210	CCCCCCCCCCCC	TECN ENFERMAGEM	R\$ 1.080,00	200	R\$216,00
3210	DDDDDDDDDDDD	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	EEEEEEEEEEEEEE	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	FFFFFFFFFFFFFF	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	GGGGGGGGGGGG	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	HHHHHHHHHHHH	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	IIIIIIIIIIIIIIII	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00

No caso das **equipes de saúde bucal**, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada.

Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de saúde da família a quantidade de unidades Contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (Trimestre).

O valor de UCs deve ser o mesmo para os profissionais da mesma ESB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2 - 1 ESB vinculada a duas ESF

Equipe de SF	Unidades Contábeis no Trimestre atingidas pela ESF	Unidades Contábeis Proporcionais para ESB
A	100UC	=100 x 50% = 50UC
B	200UC	=200 x 50% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 150 UCs

Neste exemplo, a quantidade de UCs no trimestre para a ESB foi de 150 UCs, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2 - calculo em reais(R\$) - valores ficticios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	No de UCS no TRIMESTRE	Valor R\$ no trimestre
AAAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$ 3.900,00	150	R\$595,00
BBBBBBBBBBBBB	TSB	R\$ 1.080,00	150	R\$162,00
CCCCCCCCCCCCC	ASB	R\$ 810,00	150	R\$121,50

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maior transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados a Política Nacional de Atenção Básica. Nesta, os profissionais os profissionais deverão a aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**.

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (CLCPE) da SAP/SUBPAV/SMS, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte variável 03** - incentivo à gestão da clínica

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03

03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

Grupo de ações	Descrição	UC
----------------	-----------	----

03	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-	02
UC	Descrição	Grupo de ações

01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
<p>PLANEJAMENTO FAMILIAR I</p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: uma mulher em idade fértil, por ano</p> <p>A. Sexo feminino. B. Ter entre [15; 50] anos (idade calculada para o último dia do período em análise). C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICP-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). D. Nas mulheres com idades entre [25; 50] anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise. E. Estar cadastrada na unidade; F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário; G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.</p>		

	operatório para vasectomia ou laqueadura	
PLANEJAMENTO FAMILIAR II		
<p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e (H ou I)]: uma mulher em idade fértil, por ano</p>		
A. Sexo feminino.		
B. Ter entre [15; 50] anos (idade calculada para o último dia do período em análise).		
C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICP-C-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).		
D. Nas mulheres com idades entre [25; 50] anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.		
E. Estar cadastrada na unidade;		
F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário;		
G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.		
H. Consulta médica com a inserção de DIU.		
I. Preparação para esterilização masculina ou feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.		

- H. Ter pelo menos um registro de resultado de resultado anti-HIV realizado até a 24ª gravidez.
- G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana - [0; 39[de
- F. Usuária deve estar cadastrada na equipe.
- E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação.
- D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).
- C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério"; período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer
- B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério"; período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer
- A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrado no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual).

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeira a condição [A e B e C D E F e G e H]:

SAÚDE MATERNA:

Grupo de ações	Descrição	UC
03	Acompanhamento de uma gravidez	08

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e J]:

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 28º dia de vida [0, 28 dias].

C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida -

Grupo de ações	Descrição	UC
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06

* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

* para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante;

1. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada a equipe, não considerar este item.

semana de gestação [24].

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e J]:

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 28º dia de vida [0, 28 dias].

C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida -

Grupo de ações	Descrição	UC
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06

* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

* para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante;

semana de gestação [24].

1. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada a equipe, não considerar este item.

[0, 330] dias.

D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.

F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.

G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do reflexo vermelho.

H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura).

I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.

J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente

Grupo de ações	Descrição	UC
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04

SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e

B e C e D e E e F e G]:

- A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise,
- B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias com registro de peso e altura,
- C. Ter pelo menos 2 registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias.
- D. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias,
- E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico,
- F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses,
- G. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

Grupo de ações	Descrição	UC
06	O acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06

DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e

B e C e D e E e F e G e H e I e J e K]

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas,
- B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses,
- C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- F. Ter pelo menos um registro de resultado de **hemoglobina A1C** inferior ou igual a 9%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- E. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- F. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5) E colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) E triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- H. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe),
- I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.
- J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
- K. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02

HIPERTENSÃO

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:

- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo,
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,
- D. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicerídeos (código 02.02.01.067-8) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.
- E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro tabagismo no prontuário),

F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08

TUBERCULOSE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

- A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado,
- B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento,
- C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*),
- D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro,
- E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento,
- F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes,
- G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise,
- H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de

saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

*o SINAN deve está acessível pela CAP além do site www.subpav.com.br

Grupo de ações	Descrição	UC
09	Acompanhamento de uma pessoa com alta por cura hanseníase	10

HANSENIASE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

- A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico,
- B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento,
- C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase,
- D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN,
- E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes,
- F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades,
- G. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de

saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04

Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]:

- A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool
- B. Ter diagnóstico de tabagismo
- C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc)
- D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses.
- E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)
- F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável).

G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)

H. Ter vacinação anti-tetânica em dia (para tabagismo não se aplica)

I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia.

J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista)

** Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.*

*** Se o paciente for Tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.*

Grupo de ações	Descrição	UC
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente-assistencial)	10

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe recebe o número fixo de 10 UCs no mês caso tenha registro de aluno

por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
12	As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)	20
<p><u>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</u></p> <p>A equipe recebe o número fixo de 20 UCs no mês caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10
<p><u>PMAQ</u></p> <p>A equipe recebe o número fixo de 10 UCs no mês caso a adesão ao PMAQ</p>		

(Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.

B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS- Rio de Janeiro.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

Os campos numero do CPF (para pessoas > 16 anos) e numero da Declaração de Nascido Vivo (DN) (para pessoas < 16 anos) são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros

campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha A), devem constar as opções “busca por CPF/DN”.

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablete ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve prever contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

Além disso o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrão da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc);

Os PEPs devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por email a cada um dos profissionais das equipes de saúde da família;

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes são seguindo orientação da SAP:

1. Carteirômetro;
2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município;
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.

9. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório.
10. CPF como campo obrigatório.

B.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES;

Todo estabelecimento de saúde da Esfera de Administração Pública de atenção primária e secundária no Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados

de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Para o cadastramento dos profissionais contratados pelas OSS no SCNES devem seguir a padronização:

Vinculação: 02-autônomo,

Tipo: 01-Intermeado por Organização Social(OS),

Subtipo: 00-sem subtipo,

Fica vedado o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto no 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

- I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
- II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um **número único** de cadastro e **fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade**. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e Serviço especializado. Caso haja uma unidade de atenção primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim "serviço especializado" e devem ser cadastrados;

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF é considerado um "serviço especializado" e portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. De acordo com o art. 3º da Portaria n.256, de 11 de março de 2013, os NASF só poderão estar vinculados aos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos a seguir:

02 – Centro de Saúde/Unidade Básica,

15 – Unidade Mista;

36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade,

71 – Centro de Apoio a Saúde da Família;

Os estabelecimentos isolados onde funciona apenas este serviço especializado deverão ser cadastrado como Tipo de Estabelecimento 71-Centro de Apoio a Saúde da Família;

Para unidades de Atenção Primária, somente serão permitidas dois tipos de unidades de saúde:

TIPO UNIDADE NACARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clinica da Família	CF	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica

B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

- Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela SMS/RJ;
- Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;
- Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.4. - SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O SIAB é o sistema obrigatório para os municípios que, enquanto reorganização da Atenção Básica, optaram pela estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa de Saúde da Família - PSF. É um sistema de informação voltado às equipes de PACS ou de PSF e tem um caráter basicamente gerencial, devendo ser implantado apenas nas unidades que possuam equipes do PSF e/ou do PACS.

Instrumentos de coleta de dados do SIAB:

- **Ficha A (Cadastro da família).** Este instrumento deve ser preenchido para as famílias de cada microárea (cada microárea é de responsabilidade de um ACS). O preenchimento deve ocorrer no início da implantação do PSF/PACS, com a finalidade de fazer o diagnóstico da situação de vida e saúde da população adstrita ao território da equipe. As fichas A e as atualizações deverão ser preenchidas fisicamente em formulário de cadastramento dos cidadãos e digitadas diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP). Somente será considerado para fins de número populacional de área de abrangência os registros inseridos no prontuário;
- **Ficha B (Hanseníase, Diabéticos, Hipertensos, Gestantes e Tuberculose).** As fichas B são utilizadas para acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento, só devendo ser abertas para os casos confirmados. Os dados destas fichas deverão ser atualizados a cada visita mensal do ACS. Estas fichas também deverão ser guardadas no prontuário da família, devendo ser digitadas no prontuário eletrônico. Cada ACS fica responsável pelo preenchimento do consolidado de sua microárea e cabe ao Enfermeiro e/ou ao Médico da equipe de SF efetuar o consolidado do SSA2 da área (constando o SSA2 de cada microárea) em ficha física (papel).
- **Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;**
- **Ficha D Registro da atividade de cada profissional e de marcadores para da situação de saúde.** As Fichas D do médico, dos auxiliares e da enfermeira de cada equipe devem ser consolidadas no final de cada mês e em seguida digitadas no aplicativo SIAB – Relatório PMA2 - e no SIASUS. As fichas D de cada agente comunitário devem ser consolidadas no final de cada mês.

Ficha de Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

O profissional médico deve cadastrar no prontuário eletrônico (PEP) todos os usuários portadores de hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, com diagnóstico confirmado em sua área de abrangência e registrar o acompanhamento desses pacientes.

Todas as equipes de Saúde da Família do Município são obrigadas a alimentar os dados referentes ao SIAB e informar mensalmente para o nível central (S/SUBPAV/SAP/CSF), dados sobre a produção (PMA2), acompanhamento de pacientes pelos ACS (SSA2) e os cadastros de usuários (FICHA A).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

Mensalmente as unidades devem gerar o arquivo SIAB da competência vigente e enviar ao nível central S/SUBPAV/SAP seguindo cronograma estabelecido. Além disso, deve gerar um arquivo em meio eletrônico, a partir do prontuário eletrônico (PDF) um relatório de todos os indicadores (PMA2, SSA2 e ficha A) por unidade de saúde, por equipe e por microárea (SSA2 e Ficha A). Esses relatórios devem ser impressos e colhidas assinaturas dos membros da equipe, de ciência e concordância dos resultados obtidos e esses devem ser arquivados na unidade de saúde por 5 anos.

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir

ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a

realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra-Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos ;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência

ANEXO TÉCNICO C DO CONTRATO DE GESTÃO: LINHA DE BASE PARA TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL

A OSS deverá considerar os setores censitários (Fonte: Censo Demográfico do IBGE – 2010) dos bairros/comunidades que integram o objeto deste contrato de gestão. Os mesmos serão atualizados durante o cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Caberá à CAP e à SUBPAV a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, das equipes de atenção primária bem como das microáreas dos agentes comunitários de saúde, estando as mesmas disponibilizadas em link virtual específico a ser disponibilizado pela S/SMS/SUBPAV.

VIII - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no contrato de gestão.

IX – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio do bem imóvel cedido.

X – Deverá a CONTRATADA pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do imóvel, inclusive tarifas e taxas.

Rio de Janeiro, 07 de outubro de 2014.

PROFESSOR DR. RONALDO RAMOS LARANJEIRA

SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

EDUARDO PAES

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO

Secretário Municipal de Saúde

(Salvo delegação comprovada pelo Exmo. Sr. Prefeito)

Testemunhas:

1) _____

2) _____

Nome:

Nome:

R.G

R.G:

ANEXO TÉCNICO E DO CONTRATO DE GESTÃO: CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS (conforme páginas 191 a 195).

ANEXO TÉCNICO E - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS AP E3												
Item	Unidade de medida	Valores Unitários 2014	Valores Unitários 2015	Valores Unitários 2016	MÊS							
					01	02	03	04	05			
					jun14	jul14	ago14	set14	out14	nov14	dez14	
1) Apoio à Gestão da CAP - Saúde da Família	iniciativa	R\$ 742,63	R\$ 770,76	R\$ 619,76	100	R\$ 79.401,67	167	R\$ 79.401,67	100	R\$ 79.401,67	100	R\$ 79.401,67
2) Apoio à gestão do TEAS - CDS - Saúde da Família	iniciativa	R\$ 2.741,90	R\$ 3.099,92	R\$ 4.803,76	100	R\$ 397.281,33	100	R\$ 397.281,33	100	R\$ 397.281,33	100	R\$ 397.281,33
3) RS Equipe de Saúde da Família	iniciativa	R\$ 55.737,90	R\$ 55.574,89	R\$ 62.631,83	187	R\$ 6.670.964,61	100	R\$ 6.670.964,61	100	R\$ 6.670.964,61	100	R\$ 6.670.964,61
4) Consultas, exames e prescrição - unidades de atenção primária	iniciativa	R\$ 12.128,81	R\$ 12.728,85	R\$ 13.383,28	187	R\$ 1.295.927,04	100	R\$ 1.295.927,04	187	R\$ 1.295.927,04	100	R\$ 1.295.927,04
5) Serviços de Odontologia Básica, CBO X e Ultrassom e outros serviços	iniciativa	R\$ 4.903,94	R\$ 4.376,44	R\$ 4.597,38	100	R\$ 445.191,52	187	R\$ 445.191,52	167	R\$ 445.191,52	187	R\$ 445.191,52
6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefone Saúde da Família	iniciativa	R\$ 1.234,88	R\$ 1.296,33	R\$ 1.301,94	100	R\$ 132.081,58	100	R\$ 132.081,58	100	R\$ 132.081,58	100	R\$ 132.081,58
A) Equipe de Saúde da Família		R\$ 78.715,03	R\$ 82.634,99	R\$ 88.317,73		R\$ 6.422.936,63		R\$ 6.422.936,63		R\$ 6.422.936,63		R\$ 6.422.936,63
1) RS Equipes de Serv Apoio Especializado/SAE	iniciativa Serv Apoio Especializado/SAE	R\$ 57.605,80	R\$ 64.415,25	R\$ 63.545,61	12	R\$ 181.200,80	12	R\$ 181.200,80	12	R\$ 181.200,80	12	R\$ 181.200,80
2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefone SAEP	iniciativa Serv Apoio Especializado/SAE	R\$ 1.210,80	R\$ 1.291,58	R\$ 1.296,09	12	R\$ 14.760,00	12	R\$ 14.760,00	12	R\$ 14.760,00	12	R\$ 14.760,00
B) Serviço de Apoio Especializado IMAF		R\$ 58.816,60	R\$ 65.706,83	R\$ 64.841,70		R\$ 195.960,80		R\$ 195.960,80		R\$ 195.960,80		R\$ 195.960,80
1) TRT - CAPS		R\$ 164.514,91	R\$ 174.218,71	R\$ 182.001,20	3	R\$ 355.914,50	3	R\$ 355.914,50	3	R\$ 355.914,50	3	R\$ 355.914,50
2) Consulta - CAPS		R\$ 59.252,25	R\$ 62.218,11	R\$ 65.319,82	3	R\$ 59.252,25	3	R\$ 59.252,25	3	R\$ 59.252,25	3	R\$ 59.252,25
3) Apoio à gestão CAPS		R\$ 11.831,87	R\$ 12.442,62	R\$ 13.489,88	3	R\$ 11.831,87	3	R\$ 11.831,87	3	R\$ 11.831,87	3	R\$ 11.831,87
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 235.601,30	R\$ 248.879,45	R\$ 261.210,91		R\$ 231.001,38		R\$ 231.001,38		R\$ 231.001,38		R\$ 231.001,38
D) Adaptações de instalações / equipamentos	iniciativa					R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
E) Adaptações e instalações						R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
F) Subtotal parte Física (E)+D+E						R\$ 9.638.854,63		R\$ 9.638.854,63		R\$ 9.638.854,63		R\$ 9.638.854,63
G) Parte variável - 10% de A-D-F / mês						R\$ 171.624,38		R\$ 171.624,38		R\$ 171.624,38		R\$ 171.624,38
H) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	valor por unidade SA (1000 pessoas)					R\$ 74.500,00		R\$ 74.500,00		R\$ 74.500,00		R\$ 74.500,00
I) Parte variável - 3 (profissionais)	total de profissionais de uma rede SA - multiplicado por unidades					R\$ 277.507,29		R\$ 277.507,29		R\$ 277.507,29		R\$ 277.507,29
J) Total (G)+H+I+C						R\$ 9.890.429,60		R\$ 9.890.429,60		R\$ 9.890.429,60		R\$ 9.890.429,60

* os valores referentes à gestão do TEAS são calculados proporcionalmente ao número de CEF no contrato de gestão.
 ** Equipe de Saúde da Família, 1 médico A06, 1 enfermeira A06, 1 técnico de enfermagem A06, 5 ACS, 1 técnica Farmácia 02SF, 1 farmacêutico 03SF, 1 administrativo 04SF, 05F, 1 dentista 02SF, 1 TSB 02SF.
 *** o valor referente à Prontuário Eletrônico e Telefone inclui salários para equipe + coordenação + incentivos (resarcimentos) + comunicações + equipe a tratamento + relação mensal + plataforma de auto-cuidado.
 **** os valores referentes a Adaptações e instalações dependem da previsão de adaptações previstas no contrato de gestão.

ANEXO TÉCNICO E - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E											
Item	Unidade de medida	MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10	
		mar/15		abr/15		mai/15		jun/15		jul/15	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	107	R\$ 83.434,75	107	R\$ 83.434,75	107	R\$ 83.434,75	107	R\$ 83.434,75	117	R\$ 91.232,39
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(**)	nº de equipes	107	R\$ 417.173,75	107	R\$ 417.173,75	107	R\$ 417.173,75	107	R\$ 417.173,75	117	R\$ 466.161,96
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	107	R\$ 6.374.612,73	107	R\$ 6.374.612,73	107	R\$ 6.374.612,73	107	R\$ 6.374.612,73	117	R\$ 6.970.261,58
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	107	R\$ 1.361.773,40	107	R\$ 1.361.773,40	107	R\$ 1.361.773,40	107	R\$ 1.361.773,40	117	R\$ 1.489.041,94
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e profesa dentária	nº de equipes	107	R\$ 468.492,76	107	R\$ 468.492,76	107	R\$ 468.492,76	107	R\$ 468.492,76	117	R\$ 512.277,13
a7) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico + Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	107	R\$ 138.696,08	107	R\$ 138.696,08	107	R\$ 138.696,08	107	R\$ 138.696,08	117	R\$ 161.668,33
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 8.844.083,46		R\$ 8.844.083,46		R\$ 8.844.083,46		R\$ 8.844.083,46		R\$ 9.670.633,32
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00
b2) Sistemas de informação / prontuário eletrônico e Telefonia NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00
B) Serviço de Apoio Especializado / NASF			R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00
c1) RH - CAPS		1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71
c2) Cronograma - CAPS		1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45
D1) Adaptações de instalações / equipamentos	nº de unidades								R\$ 530.800,00		
D) Adaptações e instalações			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 530.800,00		R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=(A+B+D)			R\$ 9.585.404,46		R\$ 9.585.404,46		R\$ 9.585.404,46		R\$ 10.115.404,46		R\$ 10.411.954,32
F) Parte variável - 1 (2% de A+B+D) / mês			R\$ 180.205,60		R\$ 180.205,60		R\$ 180.205,60		R\$ 190.169,60		R\$ 195.744,74
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	valor por equipe - R\$ 2.000/mês/unidade		R\$ 74.900,00		R\$ 74.900,00		R\$ 74.900,00		R\$ 74.900,00		R\$ 81.900,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos profissionais de uma equipe (RH) - disponibilidade por unidade		R\$ 277.927,29		R\$ 277.927,29		R\$ 277.927,29		R\$ 277.927,29		R\$ 303.501,81
I) Total (I) = (E+F+G+H)+C			R\$ 10.367.309,80		R\$ 10.367.309,80		R\$ 10.367.309,80		R\$ 10.907.273,80		R\$ 11.242.373,32
<p>* os valores referentes a gestão de TEIAS são variáveis, sendo proporcionalmente ao número de ESF no centro de gestão</p> <p>** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40h, 1 enfermeiro 40h, 1 técnico de Enfermagem 40h, 6 ACS, 1 técnico Farmácia/GESF, 1 farmacêutico/GESF, 1 administrativo/GESF</p> <p>*** o valor referente a Prontuário Eletrônico e Telefonia inclui telefonia para equipe + conectividade + datacenter (servidores) + customizações + suporte e treinamento</p> <p>**** os valores referentes a Adaptações são variáveis, dependendo da previsão de adaptações previstas no contrato de gestão</p>											

ANEXO TÉCNICO E - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E		MÊS 11		MÊS 12		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15	
Item	Unidade de medida	ago/15		set/15		out/15		nov/15		dez/15	
		a1) Apoio à Gestão da CAP - Saúde da Família**	nº de equipes	117	R\$ 91.232,39	117	R\$ 91.232,39	117	R\$ 91.232,39	117	R\$ 91.232,39
a2) Apoio à gestão do TEIAS - OBS - Saúde da Família**	nº de equipes	117	R\$ 456.161,95	117	R\$ 456.161,95	117	R\$ 456.161,95	117	R\$ 456.161,95	117	R\$ 456.161,95
a3) Rti Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	117	R\$ 6.970.261,58	117	R\$ 6.970.261,58	117	R\$ 6.970.261,58	117	R\$ 6.970.261,58	117	R\$ 6.970.261,58
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	117	R\$ 1.489.041,94	117	R\$ 1.489.041,94	117	R\$ 1.489.041,94	117	R\$ 1.489.041,94	117	R\$ 1.489.041,94
a5) Serviços de Otorrinolaringologia Básica, Raio X e Ultrassom e testes dentários	nº de equipes	117	R\$ 512.277,13	117	R\$ 512.277,13	117	R\$ 512.277,13	117	R\$ 512.277,13	117	R\$ 512.277,13
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Teleárea Saúde da Família	nº de equipes	117	R\$ 151.658,33	117	R\$ 151.658,33	117	R\$ 151.658,33	117	R\$ 151.658,33	117	R\$ 151.658,33
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 9.670.633,32		R\$ 9.670.633,32		R\$ 9.670.633,32		R\$ 9.670.633,32		R\$ 9.670.633,32
b1) Rti Equipes de Serv Apoio Especializado/IASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/IASF	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00	12	R\$ 725.823,00
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Teleárea IASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/IASF	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00	12	R\$ 15.498,00
B) Serviço de Apoio Especializado / IASF			R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00		R\$ 741.321,00
c1) RH - CAPS		1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71	1	R\$ 174.210,71
c2) Consumo - CAPS		1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11	1	R\$ 62.218,11
c3) Apoio à gestão CAPS		1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62	1	R\$ 12.443,62
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45		R\$ 248.872,45
D1) Adaptações de instalações / equipamentos	nº de unidades										
D) Adaptações e instalações			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)-A+B+D			R\$ 10.411.954,32		R\$ 10.411.954,32		R\$ 10.411.954,32		R\$ 10.411.954,32		R\$ 10.411.954,32
F) Parte variável - 1 (2% de A+B+D) / mês			R\$ 195.744,74		R\$ 195.744,74		R\$ 195.744,74		R\$ 195.744,74		R\$ 195.744,74
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	valor por equipe R\$ 3000/mês		R\$ 81.900,00		R\$ 81.900,00		R\$ 81.900,00		R\$ 81.900,00		R\$ 81.900,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários de uma equipe (R\$) disponível por unidade		R\$ 303.901,81		R\$ 303.901,81		R\$ 303.901,81		R\$ 303.901,81		R\$ 303.901,81
I) Total (I) = (E+F+G+H)+C			R\$ 11.242.373,32		R\$ 11.242.373,32		R\$ 11.242.373,32		R\$ 11.242.373,32		R\$ 11.242.373,32

* os valores referentes a gestão do TEIAS são variáveis proporcionais ao número de ESP no contrato de gestão

** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40h, 1 enfermeiro 40h, 1 técnico de Enfermagem 40h, 6 ACS, 1 técnica Farmácia/GESF, 1 farmacêutico/GESF, 1 administrativo

*** o valor referente a Prontuário Eletrônico e Teleárea inclui telefonia para equipe + conectividade + datacenter (servidores) + customizações + suporte e treinamento

**** os valores referentes a Adaptações são variáveis dependendo da prestação de adaptações previstas no contrato de gestão

ANEXO TÉCNICO E - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18		MÊS 19		MÊS 20	
Item	Unidade de medida	jan/16		fev/16		mar/16		abr/16		mai/16	
		a1) Apoio e Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	17 de equipes	120	R\$ 98.250,27	120	R\$ 98.250,27	120	R\$ 98.250,27	120	R\$ 98.250,27
a2) Apoio e gestão de TEAB - OSS - Saúde da Família(**)	17 de equipes	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	17 de equipes	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.506.435,55
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	17 de equipes	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e prótese dentária	17 de equipes	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06
a7) Sistemas de informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	17 de equipes	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19
b1) Rh Equipes de Semi Apoio Especializado/IASF	17 de equipes Semi Apoio Especializado/IASF	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15
b2) Sistemas de informação / prontuário eletrônico e Telefonia NASF	17 de equipes Semi Apoio Especializado/IASF	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90
B) Serviço de Apoio Especializado / NASF			R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05
c1) RH - CAPS		1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25
c2) Consumo - CAPS		1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07
D1) Adaptações de instalações / equipamentos	17 de Unidades										
D) Adaptações e instalações			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+D			R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24
F) Parte variável - 1 (2% de A+B+D) / mês			R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	valor por equipe RH administrativo		R\$ 120.000,00		R\$ 84.000,00		R\$ 84.000,00		R\$ 84.000,00		R\$ 84.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total do salário base de uma equipe (P4) disponível em prontuário		R\$ 311.694,16		R\$ 311.694,16		R\$ 311.694,16		R\$ 311.694,16		R\$ 311.694,16
I) Total (I) = (E)+F+G+H)+C			R\$ 12.056.352,27		R\$ 12.060.352,27		R\$ 12.060.352,27		R\$ 12.060.352,27		R\$ 12.060.352,27

* os valores referentes a gestão do TEAB são variáveis proporcionalmente ao número de ESF no contrato de gestão.
 ** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40h, 1 enfermeiro 40h, 1 técnico de enfermagem 40h, 6 ACS, 1 técnico Farmácia/ESF, 1 farmacêutico/ESF, 1 administrativo/ESF.
 *** o valor referente a Prontuário Eletrônico e Telefonia inclui telefonia para equipe + conectividade + datacenter (servidores) + customizações + suporte e treinamento + dependência da prestação de adaptações previstas no contrato de gestão.
 **** os valores referentes a Adaptações são variáveis

ANEXO TECNICO E - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E										
Item	Unidade de medida	MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		TOTAL
		jun/16		jul/16		ago/16		set/16		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	120	R\$ 96.250,27	120	R\$ 96.250,27	120	R\$ 96.250,27	120	R\$ 96.250,27	R\$ 2.170.640,23
a2) Apoio a gestão de TEAS - DSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33	120	R\$ 491.251,33	R\$ 16.857.201,14
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.506.435,55	120	R\$ 7.516.435,55	R\$ 165.839.459,38
a4) Contatos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63	120	R\$ 1.603.583,63	R\$ 35.427.925,78
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e prótese dentária	nº de equipes	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06	120	R\$ 551.683,06	R\$ 12.188.317,63
a7) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35	120	R\$ 163.324,35	R\$ 3.698.320,65
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19		R\$ 10.414.528,19	R\$ 230.067.864,20
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/IASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/IASF	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15	12	R\$ 762.114,15	R\$ 17.642.683,35
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia IASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/IASF	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90	12	R\$ 16.272,90	R\$ 376.712,10
B) Serviço de Apoio Especializado / IASF			R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05		R\$ 778.387,05	R\$ 18.019.395,45
c1) RH - CAPS		1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25	1	R\$ 182.921,25	R\$ 4.234.964,72
c2) Consumo - CAPS		1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02	1	R\$ 65.329,02	R\$ 1.512.344,54
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80	1	R\$ 13.065,80	R\$ 302.468,91
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07		R\$ 261.316,07	R\$ 6.049.378,17
D1) Adaptações de instalações / equipamentos	nº de unidades									R\$ 530.980,80
D) Adaptações e instalações			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 530.980,80
E) Subtotal parte Fixa (E)=(A+B+D)			R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24		R\$ 11.192.915,24	R\$ 248.637.259,65
F) Parte variável - 1 (2% de A+B+D) / mês			R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81		R\$ 210.426,81	R\$ 4.674.380,48
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	valor por equipe (R\$ 3.800/mês/m²)		R\$ 84.000,00		R\$ 84.000,00		R\$ 84.000,00		R\$ 84.000,00	R\$ 1.957.500,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários base de uma equipe (maior disponibilidade por unidade)		R\$ 311.634,16		R\$ 311.634,16		R\$ 311.634,16		R\$ 311.634,16	R\$ 7.130.063,91
I) Total (I) = (E+F+G+H)+C			R\$ 12.060.352,27		R\$ 12.060.352,27		R\$ 12.060.352,27		R\$ 12.060.352,27	R\$ 268.448.522,21

Resumo por Exercício Financeiro - RPDAC		
ANO	Valor	
2014	R\$ 29.671.269,85	
2015	R\$ 130.196.062,70	
2016	R\$ 108.579.170,46	
TOTAL	R\$ 268.448.522,21	

* os valores referentes a gestão de TEAS são variáveis proporcionalmente ao número de ESF no contrato de gestão.
 ** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40h, 1 enfermeiro 40h, 1 técnico de Enfermagem 40h, 6 ACS, 1 técnico Farmácia
 *** o valor referente a Prontuário Eletrônico e Telefonia inclui telefonia para equipe + conectividade + datacenter (serviços) +
 **** os valores referentes a Adaptações são variáveis dependendo da previsão de adaptações previstas no contrato de gestão

ANEXO TÉCNICO F DO CONTRATO DE GESTÃO: DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE

DECLARAÇÃO

Nome do Órgão: _____

Ref. Processo Seletivo N.º01/2014

_____, inscrita no CNPJ n.º _____, por intermédio do seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade N.º _____ e do CPF n.º _____, declara sob as penas da Lei, para fins de participação no **PROCESSO SELETIVO N.º 01/2014**, que:

- os documentos que compõem o Edital foram colocados à disposição e tomou conhecimento de todas as informações;
- não se encontra declarada inidônea para licitar ou contratar com órgãos da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal;
- inexistente fato superveniente impeditivo de sua habilitação;

Rio de Janeiro, de 07 de outubro de 2014.

(Assinatura, nome e cargo do representante legal da Organização Social)

Obs.:

- 1) Esta declaração deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa