

Onde se lê:

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES Nº 9.509, 13 DE MAIO DE 2024.

DO MONITORAMENTO E INDICADOR

A verificação da adequada aplicação dos recursos ao fim a que se destina será realizada mediante a análise do cumprimento do objeto, indicador e meta, estabelecidos neste anexo e no Termo de Compromisso.

| | |
|---|--|
| ACERCA DO INDICADOR: | |
| Indicador 1: Centro de Atenção Psicossocial I, II, III, AD II, AD III, Infantojuvenil | |
| Descrição: Percentual de participação das reuniões de Matriciamento com os Centros de Atenção Psicossocial. | |
| Método de cálculo: (Nº de reuniões de matriciamento apurado) * 100 | |
| (Nº de CAPS beneficiários * 12) | |
| Fonte: TabNet – SIA/SIASUS | |
| Unidade de Medida: Percentual | |
| Polaridade: Maior melhor | |
| ACERCA DO MONITORAMENTO: | |
| Número de períodos de monitoramento: 1 (único) | |
| Data inicial do monitoramento: 12 meses após o recebimento do recurso | |
| ACERCA DO INDICADOR: | |
| Indicador 2: Serviço Residencial Terapêutico I | |
| Descrição: Percentual de SRT I com vínculo a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial estabelecido pela modalidade de SRT I. | |
| Método de cálculo: Quantidade de meses com serviços SRT I com vínculo *100 / 12 | |
| Fonte: Atesto Técnico municipal | |
| Unidade de Medida: Percentual | |
| Polaridade: Maior melhor | |
| ACERCA DO MONITORAMENTO: | |
| Número de períodos de monitoramento: 1 (único) | |
| Data inicial do monitoramento: 12 meses após o recebimento do recurso | |
| ACERCA DO INDICADOR: | |
| Indicador 3: Serviço Residencial Terapêutico II | |
| Descrição: Percentual de Equipe Técnica Mínima - SRT II | |
| Método de cálculo: Quantidade de meses com a Equipe Técnica Mínima Esperada SRT II *100 / 12 | |
| Fonte: Atesto Técnico municipal | |
| Unidade de Medida: Percentual | |
| Polaridade: Maior melhor | |
| ACERCA DO MONITORAMENTO: | |
| Número de períodos de monitoramento: 1 (único) | |
| Data inicial do monitoramento: 12 meses após o recebimento do recurso | |

O Beneficiário deverá inserir no SigRes, ao fim da vigência dos recursos, o Relatório Descritivo de Resultados, conforme modelo abaixo.

| | | | | | |
|--|-------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| RELATÓRIO DESCRITIVO DE RESULTADOS | | | | | |
| Nº DA RESOLUÇÃO: | | Nº DO TERMO: | | | |
| BENEFICIÁRIO: | | | | | |
| VALOR TOTAL: R\$ | | VALOR PAGO PELA SES: R\$ | | | |
| RESULTADOS ALCANÇADOS | | | | | |
| (Descrever os resultados gerais e os impactos alcançados por meio da execução dos recursos repassados, para o serviço em saúde relacionado a indicação em questão) | | | | | |
| ITENS ADQUIRIDOS | | | | | |
| ITEM | Nº da Nota Fiscal | Valor utilizado com recursos desta Resolução | Valor utilizado com recursos do Beneficiário | CNES do estabelecimento beneficiado | Número da Ação Orçamentária |

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO

Leia-se:

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES Nº 9.509, 13 DE MAIO DE 2024.

DO MONITORAMENTO E INDICADOR

A verificação da adequada aplicação dos recursos ao fim a que se destina será realizada mediante a análise do cumprimento do objeto, indicador e meta, estabelecidos neste anexo e no Termo de Compromisso.

INDICADOR 1: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I, II, III, AD II, AD III, INFANTOJUVENIL

Descrição: Percentual de Equipe Técnica Mínima - CAPS I, II, III, AD II, AD III, Infantojuvenil

Método de cálculo: Quantidade de meses com a Equipe Técnica Mínima Esperada CAPS I, II, III, AD II, AD III, Infantojuvenil *100 / 36

Meta: 100%

Fonte: Atesto Técnico municipal

Unidade de Medida: Percentual

Polaridade: Maior melhor

Número de períodos de monitoramento: 1 (único)

Data inicial do monitoramento: 36 meses após o recebimento do recurso

Observação: para os beneficiários que não atingirem a meta, será atribuída faixa de desempenho para cálculo de eventual desconto financeiro, conforme tabela abaixo:

| | |
|---------------------|-------------------|
| Faixa de Desempenho | Percentual Devido |
| 99,99% a 83,33% | 90% |
| 83,32% a 66,67% | 75% |
| 66,66% a 50,00% | 50% |
| < 49,99% | 0% |

INDICADOR 2: SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO I E II

Descrição: Percentual de SRT I ou II com vínculo a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial estabelecido pela modalidade de SRT I ou II.

Método de cálculo: Quantidade de meses com serviços SRT I ou II com vínculo *100 / 36

Fonte: Atesto Técnico municipal

Unidade de Medida: Percentual

Polaridade: Maior melhor

Número de períodos de monitoramento: 1 (único)

Data inicial do monitoramento: 36 meses após o recebimento do recurso

INDICADOR 3: SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO I E II

Descrição: Percentual de Equipe Técnica Mínima - SRT I ou II

Método de cálculo: Quantidade de meses com a Equipe Técnica Mínima Esperada SRT I ou II *100 / 36

Meta: 100%

Fonte: Atesto Técnico municipal

Unidade de Medida: Percentual

Polaridade: Maior melhor

Número de períodos de monitoramento: 1 (único)

Data inicial do monitoramento: 36 meses após o recebimento do recurso

Observação: para os beneficiários que não atingirem a meta, será atribuída faixa de desempenho para cálculo de eventual desconto financeiro, conforme tabela abaixo:

| | |
|---------------------|-------------------|
| Faixa de Desempenho | Percentual Devido |
| 99,99% a 83,33% | 90% |
| 83,32% a 66,67% | 75% |
| 66,66% a 50,00% | 50% |
| < 49,99% | 0% |

O Beneficiário deverá inserir no SigRes, ao fim da vigência dos recursos, o Relatório Descritivo de Resultados, conforme modelo abaixo.

| | | | | | |
|--|-------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| RELATÓRIO DESCRITIVO DE RESULTADOS | | | | | |
| Nº DA RESOLUÇÃO: | | Nº DO TERMO: | | | |
| BENEFICIÁRIO: | | | | | |
| VALOR TOTAL: R\$ | | VALOR PAGO PELA SES: R\$ | | | |
| RESULTADOS ALCANÇADOS | | | | | |
| (Descrever os resultados gerais e os impactos alcançados por meio da execução dos recursos repassados, para o serviço em saúde relacionado a indicação em questão) | | | | | |
| ITENS ADQUIRIDOS | | | | | |
| ITEM | Nº da Nota Fiscal | Valor utilizado com recursos desta Resolução | Valor utilizado com recursos do Beneficiário | CNES do estabelecimento beneficiado | Número da Ação Orçamentária |

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO

