



CONVÊNIO DE ADESÃO AO SUS Nº. 02/2024

Convênio de assistência à saúde, que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Mogi Mirim, através de sua Secretaria de Saúde e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim.

De um lado, o **MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa à Rua Dr. José Alves, 129, centro, inscrito no CNPJ sob nº. 45.332.095/0001-89, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, senhor **PAULO DE OLIVEIRA E SILVA**, brasileiro, casado, portador do RG nº 14.639.723-X e CPF nº 201.086.646-00, através da Secretaria de Saúde, na qualidade de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde – SUS, doravante denominada simplesmente “**MUNICÍPIO**”, do outro lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI MIRIM**, com sede à Rua Maestro Azevedo, 124, inscrita no CNPJ nº. 52.775.392/0001-64 neste ato representada pelo senhor **MAURO NUNES JUNIOR**, interventor pelo **MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**, brasileiro, portador do RG nº 15.123.720-7 e CPF nº 096.863.328-55, doravante denominada simplesmente “**ENTIDADE**”, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 a 218 e seguintes, a Constituição Estadual artigos 219 a 231, as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, a Lei n.º 14.133/2021 e suas alterações, Decreto Municipal nº 9.183/2024 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente **Convênio**, na forma e nas condições estabelecidas nas Cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto integrar a **ENTIDADE** ao Sistema Único de Saúde – SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares, pronto atendimento, ambulatoriais, exames de imagem e cirurgias eletivas, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a **ENTIDADE** está inserida, e conforme Plano Operativo.



PARÁGRAFO PRIMEIRO – Este Convênio está sendo celebrado entre os partícipes **MUNICÍPIO** e **ENTIDADE** sob ocorrência de intervenção administrativa decretada pelo **MUNICÍPIO**, através do **Decreto Municipal nº. 9.217/2024**, para manutenção dos serviços conveniados.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os serviços ora conveniados, encontram-se discriminados no Plano Operativo, **ANEXO I**, que integra o presente Convênio, para todos os efeitos legais.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme definido na Programação Geral das Ações Serviços de Saúde - PGASS e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

PARÁGRAFO QUARTO – Os serviços ora **CONVENIADOS** compreendem a utilização, pelos usuários do SUS, da capacidade instalada da **ENTIDADE**, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular e proveniente de Convênios com entidades privadas, será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em, no mínimo, 60% (sessenta por cento) dos leitos e/ou serviços prestados e, atingidas as metas de produção discriminadas no **ANEXO I**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ESPÉCIES DE ATENDIMENTO

Para atender ao objeto deste Convênio, a **ENTIDADE** se obriga a realizar:

I – Internação de Urgência/Emergência:

- a) A internação de urgência e/ou emergência será efetuada pela **ENTIDADE** sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.
- b) Nas situações de urgência e/ou emergência, havendo necessidade de internação, as solicitações e autorizações de Internação Hospitalar se darão de acordo com Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Hospitalares, ou os que vierem a substituí-los.



II – Internação Eletiva: a internação eletiva somente será realizada pela **ENTIDADE** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional (médico regulador/autorizador) credenciado pelo Município.

III – Atendimento Ambulatorial de Urgência/Emergência: o atendimento ambulatorial de emergência e/ou urgência (Pronto Socorro Central) será efetuado pela **ENTIDADE** sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.

IV – Atendimento Ambulatorial Eletivo: o atendimento Ambulatorial (Ambulatórios dos Serviços de Alta Complexidade (Neurologia e Terapia Renal Substitutiva), Acidente de Trabalho, Ambulatório de Ortopedia, Exames de Diagnóstico por Imagem e Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise) será realizado de acordo com o estabelecido no **ANEXO II** – fluxo de atendimento do presente Convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

Para o cumprimento do objeto deste Convênio, a **ENTIDADE** se obriga a oferecer ao paciente os recursos necessários ao seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

I – Assistência médica ambulatorial:

1 – Atendimento médico, nas especialidades relacionadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência;

2 – Assistência com equipe multiprofissional, de acordo com a classificação hospitalar, capacidade instalada, processos de credenciamento e Redes Temáticas de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e Legislações Vigentes;

3 – Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

II – Assistência técnico-profissional e hospitalar:

1 – Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação;

2 – Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e pessoal auxiliar;



- 3 – Utilização de centro cirúrgico e procedimentos anestésicos;
- 4 – Tratamentos medicamentosos que sejam requeridos durante o processo de internação;
- 5 – Fornecimento de sangue e hemoderivados;
- 6 – Utilização de materiais e insumos necessários ao atendimento;
- 7 – Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;
- 8 – Utilização dos serviços gerais;
- 9 – Fornecimento de roupa hospitalar;
- 10 – Hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, respeitados os direitos do acompanhante, para casos previstos em lei, ou por necessidade do paciente;
- 11 – Internação na Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- 12 – Internação com observância das dietas prescritas;
- 13 – Procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, endoscopia, e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento do paciente, de acordo com a classificação hospitalar, capacidade instalada, processos de credenciamento e Redes Temáticas de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Na execução do presente Convênio, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

- I – Encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência, ressalvadas as situações de urgência e emergência;
- II – Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste Convênio;
- III – Observação da Política Nacional de Medicamentos e da RENAME na prescrição de medicamentos, conforme preconiza a Lei nº 12.401/2011 ou as que vierem substituí-la;
- IV – Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;
- V – Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;



VI – Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais de acordo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e/ou o disposto na Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS;

VII – Prescrição de exames e tratamentos de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e/ou o disposto na Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS;

CLÁUSULA QUINTA – DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS

São encargos dos partícipes:

I – da ENTIDADE:

Cumprir todas as metas e condições especificadas neste Convênio e no Plano Operativo, parte integrante deste ajuste.

II – do MUNICÍPIO:

Transferir os recursos previstos neste Convênio à **ENTIDADE**, conforme Cláusulas IX, X e XI deste ajuste.

CLÁUSULA SEXTA – DOS PROFISSIONAIS DA ENTIDADE

Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais da **ENTIDADE** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3 do § 1º, desta cláusula, são admitidos nas dependências da **ENTIDADE** para prestar serviços, sendo que estes deverão seguir as normativas do SUS.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Para os efeitos deste Convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **ENTIDADE**:

- 1 – O membro de seu corpo clínico;
- 2 – O profissional que tenha vínculo de emprego com a **ENTIDADE**;
- 3 – O profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços à **ENTIDADE** ou, se por esta, autorizado, devendo o profissional autônomo (eventual ou permanente) estar inscrito no município e observar as normas de retenção do ISS municipal.



PARÁGRAFO SEGUNDO – Equipara-se ao profissional autônomo definido no item 3: a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

PARÁGRAFO TERCEIRO – É de responsabilidade exclusiva e integral da **ENTIDADE**, a utilização do pessoal para execução do objeto conveniado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao **Município** ou ao **Ministério da Saúde**.

CLÁUSULA SÉTIMA – OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

A ENTIDADE obriga-se a:

I – Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, conforme legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III – Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;

IV – Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

V – Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Convênio;

VI – Permitir a visita ao paciente do SUS internado, respeitando a rotina diária hospitalar, a qual deverá ser amplamente divulgada para a população devendo contar com no mínimo: Maternidade e Pediatria 06 horas de visitação, Clínica Médica e Cirúrgica 06 horas de visitação, UTI adulto 1 hora divididos em dois turnos, e UTI neonatal onde não há restrição de horário para os pais;

VII – Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VIII – Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

IX – Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;



X – Assegurar ao paciente o direito de ser assistido religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;

XI – Manter em pleno funcionamento a Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes e Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde – SCIRAS;

XII – Instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infralegal, independentemente de notificação pela **SECRETARIA DE SAÚDE**;

XIII – Notificar a **SECRETARIA DE SAÚDE**, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

XIV – Enviar à **SECRETARIA DE SAÚDE** – Unidade de Avaliação e Controle – Setor de Faturamento, mensalmente até o dia 15 (quinze) de cada mês, registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, dos profissionais que prestam serviços para o estabelecimento e fornecer ao gestor municipal os dados necessários à atualização das demais informações sobre área física, equipamentos e outros;

XV – Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;

XVI – Obrigar-se a apresentar quadrimestralmente relatórios de atividades que demonstrem quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

XVII – Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Estadual de Humanização;

XVIII – Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, sempre que solicitado;

XIX – Submeter-se as regras e normativas do SUS, do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde;

XX – Seguir o fluxo de atendimento estabelecido em comum acordo entre as partes, de acordo com **ANEXO II** do presente Convênio;

XXI – Enviar mensalmente ao **MUNICÍPIO – Secretaria de Saúde, Setor de Faturamento**, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente (exceto quando houver disponibilização de novas versões pelo Ministério da Saúde), faturamento correspondente ao Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Sistema de Informação Hospitalar – SIH e SISMAMA referente a digitação dos exames de Mamografia. A



Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA poderá ser encaminhada até o dia 15 (quinze) do mês subsequente;

XXII – Para efeito de remuneração, os serviços contratados, deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS);

XXIII – Utilizar profissionais devidamente habilitados em seus respectivos conselhos de classe, para prestação de serviços;

XXIV – Garantir coordenação médica de acordo com pactuações vigentes;

XXV – Garantir a presença dos diretores Técnicos e Clínicos;

XXVI – Utilizar o sistema de informação municipal no Pronto Socorro Central para transferência de pacientes com necessidade de avaliação especializada e/ou internação.

XXVII – Realizar, no mínimo, 100 (cem) cirurgias eletivas no mês, dentro das necessidades da Secretaria de Saúde;

XXVIII – Utilizar o Cadastro de Demanda por Recurso – CDR – do SIRESP para inserção e agendamento das Cirurgias Eletivas e consultas ambulatoriais;

XXIX – Implantar e manter em funcionamento o Núcleo Interno de Regulação – NIR;

XXX – Manter integral respeito aos Princípios norteadores da Administração Pública, notadamente os da legalidade, impessoalidade, vantajosidade, moralidade e eficiência, garantindo o respeito aos limites estabelecidos nas rubricas orçamentárias dispostas no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA ENTIDADE

A ENTIDADE é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à **ENTIDADE** o direito de regresso.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste **CONVÊNIO** pelos órgãos competentes do SUS, não exclui, nem reduz, a responsabilidade da **ENTIDADE** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e demais legislações pertinentes.



PARÁGRAFO SEGUNDO – A responsabilidade de que trata esta Cláusula se estende aos casos de danos causados por efeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS PROVENIENTES DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS

A **ENTIDADE** receberá o repasse financeiro conforme segue:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial SADT e APAC, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS tem o valor global estimado em até **R\$ 2.316.858,96 (dois milhões trezentos e dezesseis mil oitocentos e cinquenta e oito reais e noventa e seis centavos)**, cujo valor mensal perfaz o montante de até **R\$ 772.286,32 (setecentos e setenta e dois mil duzentos e oitenta e seis reais e trinta e dois centavos)**, sendo:

- a) Valor pré-fixado – MAC, de **R\$ 135.286,32 (cento e trinta e cinco mil duzentos e oitenta e seis reais e trinta e dois centavos)** para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade;
- b) Valor pós-fixado de até **R\$ 525.000,00 (quinhentos e vinte e cinco mil reais)** para os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS, do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS – FAEC NEFROLOGIA, mediante execução e aprovação;
- c) Valor pós-fixado – MAC, de **até R\$ 32.000,00 (trinta e dois mil reais)** para os procedimentos de tomografia, mediante execução e aprovação;
- d) Valor pós-fixado – MAC, de **até R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais)** para os exames de diagnostico por imagem eletivos, da rede de assistência municipal, mediante execução e aprovação.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar consignados no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, tem o valor global estimado em até **R\$ 2.716.278,62 (dois milhões setecentos e dezesseis mil duzentos e setenta e oito reais e sessenta e dois centavos)**, cujo valor mensal é de **até R\$ 905.426,20 (novecentos e cinco mil quatrocentos e vinte e seis reais e vinte centavos)**, sendo:

- a) Valor pré-fixado – MAC, de **R\$ 365.774,10 (trezentos e sessenta e cinco mil setecentos e setenta e quatro reais e dez centavos)** mensais para os procedimentos hospitalares de média complexidade;



- b) Valor pré-fixado: **R\$ 153.200,40 (cento e cinquenta e três mil duzentos reais e quarenta centavos) mensais** – destinados ao Incentivo para Rede de Urgência – diárias de UTI adulto e neonatal.
- c) Valor pré-fixado: **R\$ 164.250,00 (cento e sessenta e quatro mil duzentos e cinquenta reais) mensais**, destinados ao Custeio das diárias de UTI Adulto Tipo II – Portaria MS nº. 220 de 27 de janeiro de 2022.
- d) Valor pós-fixado – MAC, de até **R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais)** para os procedimentos hospitalares de neurocirurgia de alta complexidade, mediante execução e aprovação (teto máximo trimestral estabelecido para alta complexidade em Neurologia, conforme pactuação regional e contrapartida municipal).
- e) Valor pós-fixado: FAEC de até **R\$ 516.605,12** referente ao PNRF – Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, mediante execução e aprovação.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Receberá ainda o valor global de **R\$ 884.024,28 (oitocentos e oitenta e quatro mil vinte e quatro reais e vinte e oito centavos)**, cujo valor mensal perfaz o montante de até **R\$ 294.674,76 (duzentos e noventa e quatro mil seiscentos e setenta e quatro reais e setenta e seis)**, como **INCENTIVO**, conforme descrito:

I – **R\$ 8.964,39 (oito mil novecentos e sessenta e quatro reais e trinta e nove centavos)** – destinados ao custeio das ações desenvolvidas pelo INTEGRASUS – Portaria GM/MS nº. 504 de 07 de março de 2007.

II – **R\$ 250.530,21 (duzentos e cinquenta mil quinhentos e trinta reais e vinte e um centavos)** – destinados à adesão do IAC Incentivo a Contratualização – Portaria GM/MS nº. 2.035 de 17 de setembro de 2013.

III – **R\$ 35.180,16 (trinta e cinco mil cento e oitenta reais e dezesseis centavos)** – destinados ao Incentivo para a rede de Urgências – Etapa I - Leitos de retaguarda de UTI Adulto – Portaria GM/MS nº. 1.264 de 20 de junho de 2012.

PARÁGRAFO QUARTO – O valor **PRÉ-FIXADO** global, já mencionado dos parágrafos anteriores, perfaz o montante de até **R\$ 3.339.556,74 (três milhões trezentos e trinta e nove mil quinhentos e**



cinquenta e seis reais e setenta e quatro centavos), que serão repassados mensalmente de acordo com o percentual de cumprimento das metas pactuadas no Plano Operativo, no valor de até **R\$ 1.113.185,58 (um milhão cento e treze mil cento e oitenta e cinco reais e cinquenta e oito centavos)**.

PARÁGRAFO QUINTO – Receberá ainda, auxílio financeiro da União em cumprimento do Piso Salarial da Enfermagem de acordo com a planilha publicada no INVESTSUS – VALOR TRANSFERIDO POR CNES, em decorrência da Portaria nº 1.135 de 16 de agosto de 2023.

PARÁGRAFO SEXTO – Os procedimentos atualmente financiados com recursos do **FAEC – Fundo de Ações Estratégicas**, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO SÉTIMO – Os valores estipulados nesta **CLÁUSULA** serão pagos da seguinte forma:

- a) Os valores pré – fixados, previstos no parágrafo quarto, serão pagos até o 4º (quarto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço;
- b) Os valores pós – fixados – MAC, previstos no parágrafo primeiro – c, e parágrafo segundo – d, serão pagos até o 7º (sétimo) dia do mês subsequente ao faturamento;
- c) Os valores pós – fixados – FAEC, previstos no parágrafo primeiro – b, e parágrafo segundo – e, serão pagos até o 5º (quinto) dia útil após o crédito do valor no Fundo Municipal de Saúde - FMS;
- d) Os valores pós – fixados – MAC, previstos no parágrafo primeiro – d, serão pagos em até 10 (dez) dias após a entrega da produção, em consonância com os valores praticados na Tabela SUS (Sigtap), e no caso do Contraste da Tomografia, mediante apresentação da nota fiscal de compra.

PARÁGRAFO OITAVO – A **ENTIDADE** compromete-se a manter os recursos transferidos no Banco do Brasil– Agência 3383-9 – Contas Correntes: nº. 27915-3 (Recurso Federal), aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes desse **CONVÊNIO**.

PARÁGRAFO NONO – É vedada aplicação dos recursos com despesas de tarifa, juros moratórios e multas.



PARÁGRAFO DÉCIMO – Os recursos recebidos por meio deste instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO – Os reajustes da alta complexidade e/ou incentivos aos Programas e/ou Rede Temáticas do Ministério da Saúde serão concedidos automaticamente a **ENTIDADE** após publicação de Portaria Ministerial.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS PROVENIENTES DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

A **ENTIDADE** receberá o repasse financeiro conforme segue:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – até R\$ 1.198.766,06 (um milhão cento e noventa e oito mil setecentos e sessenta e seis reais e seis centavos) mensais, conforme produção apresentada e aprovada pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução SS nº 198 de 29 de dezembro de 2023 – Tabela SUS Paulista.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os valores estipulados nesta **CLÁUSULA** serão pagos em até 05 (cinco) dias após o crédito do recurso no Fundo Municipal de Saúde.

PARÁGRAFO TERCEIRO – O valor auferido, decorrente dos repasses da tabela SUS Paulista, instituída pelo Governo do Estado de São Paulo, não será reduzido dos valores custeados pelo Município através da Fonte 01-Tesouro, por pelo menos 90 (noventa) dias, visando o saneamento de débitos anteriores da instituição e aplicação de investimentos necessários.

PARÁGRAFO QUARTO – A **ENTIDADE** compromete-se a manter os recursos transferidos no Banco do Brasil– Agência 3383-9 – Contas Correntes: nº. 27806-8 (Recurso Estadual), aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes desse **CONVÊNIO**.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS RECURSOS PROVENIENTES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – TESOURO

A ENTIDADE receberá o repasse financeiro conforme segue:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – As despesas decorrentes dos Serviços Médicos nos plantões de Urgência e Emergência, conforme disposto no **ANEXO III**, tem o valor estimado de até **R\$ 6.040.512,42 (seis milhões quarenta mil quinhentos e dose reais e catorze centavos)**, a ser repassada em parcelas mensais de até **R\$ 2.013.504,14 (dois milhões treze mil quinhentos e quatro reais e catorze centavos)**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As despesas pós-fixadas decorrentes da realização de Cirurgias Eletivas tem o valor estimado em **R\$ 197.026,29 (cento e noventa e sete mil vinte e seis reais e vinte e nove centavos)**, a ser repassada em parcelas mensais de até **R\$ 65.675,43 (sessenta e cinco mil seiscientos e sessenta e cinco reais e quarenta e três centavos)**, que serão pagas conforme produção apresentada e aprovada e de acordo com os valores constantes no **ANEXO IV**, conforme indicação em Orçamento Impositivo do Legislativo Municipal do vereador **Cinoê Duzzo**.

PARÁGRAFO TERCEIRO – As despesas decorrentes de Custeio Hospitalar das alas SUS e PSC – Pronto Socorro Central tem o valor, pré-fixado, de **R\$ 4.901.730,15 (quatro milhões novecentos e um mil setecentos e trinta reais e quinze centavos)**, a ser repassada em parcelas mensais de **R\$ 1.633.910,05 (um milhão seiscientos e trinta e três mil novecentos e dez reais e cinco centavos)**, no mês subsequente à prestação de serviço.

PARÁGRAFO QUARTO – Receberá o valor de **R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais)** em parcela única, para Custeio do PSC – Pronto Socorro Central, em cumprimento à indicação em Orçamento Impositivo do legislativo municipal, vereadora **Sônia Módena**.

PARÁGRAFO QUINTO – Os preços estipulados nesta CLÁUSULA serão pagos da seguinte forma:

- a) Os valores pré-fixados serão pagos até o 4º (quarto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço;
- b) Os valores pós-fixados serão pagos até o 7º (sétimo) dia do mês subsequente ao faturamento mediante execução e aprovação.



PARÁGRAFO SEXTO – A **ENTIDADE** manterá os recursos transferidos em conta, no Banco do Brasil – Agência 3383-9, Conta Corrente nº. 27912-9 (Recurso Municipal) e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes desse Convênio.

PARÁGRAFO SÉTIMO – É vedada aplicação dos recursos com despesas de tarifas, juros moratórios e multas.

PARÁGRAFO OITAVO – Os recursos recebidos por este instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade.

PARÁGRAFO NONO – Os valores estabelecidos para os pagamentos dos procedimentos cirúrgicos, cujo valor fixado é a **diferença a menor** entre a Tabela SUS Paulista e 04 (quatro) vezes o valor da Tabela SIGTAP para o procedimento principal e 01 (uma) vez o valor da Tabela SIGTAP para os procedimentos secundários, terão seus valores reajustados automaticamente no mês de competência posterior ao reajuste concedido pelo Ministério da Saúde, cabendo exclusivamente ao Município, reavaliar o montante físico e financeiro das AIH's enviadas para Entidade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E TESOUREIRO

As despesas dos serviços realizados por força deste **Convênio**, nos termos e limites contratualizados, correrão, no presente exercício, as contas de dotação consignadas nos orçamentos do Ministério da Saúde e do Tesouro, responsável pela cobertura dos serviços conveniados, devendo onerar as seguintes dotações orçamentárias:

014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 05 (Recurso Federal) – Ficha Reduzida 468

014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 01 (Tesouro) – Ficha Reduzida 469

014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 02 (Recurso Estadual) – Ficha Reduzida 687

014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 05 – Complementação Piso Salarial da Enfermagem – Ficha Reduzida 882



014912.1030210042.037 – Manutenção de Convênios – Fonte 01 (Tesouro) – Emenda Impositiva – Ficha Reduzida 460

PARÁGRAFO ÚNICO – A Secretaria de Saúde, mediante Autorização de Pagamento, é a unidade orçamentária responsável pelo repasse de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/MS e do Fundo Estadual de Saúde para o pagamento dos serviços conveniados de “Média Complexidade, Alta Complexidade, Estratégicos e dos Incentivos”, previstos neste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A prestação de contas, bem como o pagamento pela execução dos serviços conveniados, observarão as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde, na seguinte conformidade:

I – A ENTIDADE Conveniada apresentará, mensalmente, à Secretaria, as faturas e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria de Saúde em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde;

II – A SECRETARIA DE SAÚDE revisará as faturas e documentos recebidos da **ENTIDADE**, procederá a autorização do pagamento das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicos, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde/MS, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo próprio Ministério da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III – Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS, exceto para os estabelecimentos de saúde autorizados como órgão emissor de AIH;

IV – Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue à **ENTIDADE**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor da **SECRETARIA DE SAÚDE**, com aposição do respectivo carimbo funcional;



V – Na hipótese da **SECRETARIA DE SAÚDE** não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pela **ENTIDADE**, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

VI – As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas a **ENTIDADE** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no próximo mês. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa da **SECRETARIA DE SAÚDE**, esta garantirá a **ENTIDADE** o pagamento, no prazo avençado neste **CONVÊNIO**, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, ficando o Ministério da Saúde isento do pagamento de multa e sanções financeiras;

VIII – As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS.

IX – Para fins de pagamento referente à Resolução SS 198 de 29 de dezembro de 2023 – Tabela SUS Paulista, só serão aceitas as contas apresentadas na competência de faturamento;

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A prestação de contas dos recursos recebidos do **MUNICÍPIO** deverá ser apresentada pela **ENTIDADE** em conformidade com os valores previstos nesse **CONVÊNIO**, observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da Secretaria de Saúde e pelo Tribunal de Contas do Estado, em especial a IN 01/2020 e suas alterações, ou as que vierem a substituí-la.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres públicos, corrigidos monetariamente.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A **ENTIDADE** deverá encaminhar a Secretaria de Saúde comprovante de pagamento dos profissionais médicos (segundo normas do Decreto Municipal nº. 5361/2011), até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente ao da prestação do serviço. Não havendo comprovação da aplicação dos recursos financeiros conforme pactuado, ocorrerá desconto desses no próximo mês.



PARÁGRAFO QUARTO – A **ENTIDADE** deverá encaminhar à Secretaria de Saúde, cópia do controle de frequência dos profissionais médicos, com validação das informações pelo Diretor Técnico, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente à prestação de serviço.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo Anual, parte integrante deste Convênio, e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela **SECRETARIA DE SAÚDE** e pela **ENTIDADE**, devendo conter:

- I – Todas as ações e serviços objeto deste Convênio;
- II – A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;
- III – Definição das metas quantitativas das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais;
- IV – Definição das metas de qualidade;
- V – Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O Plano Operativo terá validade durante a vigência deste Convênio, e, no caso de necessidade de alterações de metas durante a vigência do mesmo, estas devem ser celebradas em comum acordo entre as partes.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As metas serão definidas por meio das seguintes faixas:

- a) **Metas Qualitativas:** correspondem a 40% (quarenta por cento) do valor global do componente **pré-fixado**, a ser repassado conforme segue:

- I – cumprimento acima de 90% (noventa por cento) das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% (cem por cento) da parcela referida no caput do artigo;
- II – cumprimento de 89,9% (oitenta e nove vírgula nove por cento) até 60% (sessenta por cento) das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 95% (noventa e cinco por cento) do valor da parcela referida no caput do artigo;
- III – cumprimento de 59,9% (cinquenta e nove vírgula nove por cento) até 50% (cinquenta por cento) das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 90% (noventa por cento) do valor da parcela referida no caput do artigo;



- b) **Metas Quantitativas:** corresponde a 60% (sessenta por cento) do valor global do componente pré-fixado, a ser repassado conforme segue:

I – cumprimento acima de 90% (noventa por cento) das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% (cem por cento) da parcela referida no caput do artigo;

II – cumprimento de 89,9% (oitenta e nove vírgula nove por cento) até 60% (sessenta por cento) das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 95% (noventa e cinco por cento) do valor da parcela referida no caput do artigo;

III – cumprimento de 59,9% (cinquenta e nove vírgula nove) até 50% (cinquenta por cento) das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 90% (noventa por cento) do valor da parcela referida no caput do artigo.

PARÁGRAFO TERCEIRO – O cumprimento abaixo de 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) alternados terá o Instrumento de Contratualização e este Convênio revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.

PARÁGRAFO QUARTO – O cumprimento do percentual acumulado de metas superior a 100% (cem por cento) por 06 (seis) meses consecutivos terão as metas e os valores deste Instrumento reavaliados, com vistas ao ajuste, mediante aprovação do gestor local, disponibilidade orçamentária e de recursos financeiros.

PARÁGRAFO QUINTO – As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas, trimestralmente, por uma comissão composta por representantes nomeados por Portaria Municipal, a qual deverá ser publicada em até 15 (quinze) dias após a assinatura deste instrumento, cabendo a **ENTIDADE** fornecer os documentos pactuados e solicitados para a referida avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente Convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das



cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio, à verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Semestralmente, a **SECRETARIA DE SAÚDE** vistoriará as instalações da **ENTIDADE** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas da **ENTIDADE**, comprovada por ocasião da assinatura deste Convênio.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **ENTIDADE** poderá ensejar a não prorrogação deste Convênio ou a revisão das condições ora estipuladas.

PARÁGRAFO QUARTO – A fiscalização exercida pela **SECRETARIA DE SAÚDE** sobre os serviços ora conveniados não eximirá a **ENTIDADE** da sua plena responsabilidade perante o MINISTÉRIO DA SAÚDE e demais órgãos competentes ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do Convênio.

PARÁGRAFO QUINTO – A **ENTIDADE** facilitará, à **SECRETARIA DE SAÚDE**, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **SECRETARIA DE SAÚDE** designados para tal fim.

PARÁGRAFO SEXTO – Em qualquer hipótese é assegurado à **ENTIDADE** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recursos.



CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESCISÃO

O presente Convênio poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo **MUNICÍPIO** quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- a) Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pelo **MUNICÍPIO**;
- b) Pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da **SECRETARIA DE SAÚDE** ou do Ministério da Saúde;
- c) Pela não entrega dos relatórios mensais e anuais;
- d) Pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA DENÚNCIA

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente **CONVÊNIO**, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para o encerramento deste Convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, principalmente as referentes ao Plano Operativo, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde e aos demais órgãos competentes.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA PUBLICAÇÃO

O presente **CONVÊNIO** será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.



CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA VIGÊNCIA

O presente Convênio terá vigência a partir de 01 abril de 2024 até 30 de junho de 2024, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A continuidade da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do Convênio, estipulado no *caput*, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO

O não cumprimento pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE e pela SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste Convênio não transfere para o MUNICÍPIO a obrigação de pagar os serviços ora conveniados, os quais são de responsabilidade do MINISTÉRIO DA SAÚDE e da SECRETARIA DE ESTADO para todos os efeitos legais.

PARÁGRAFO ÚNICO – A SECRETARIA DE SAÚDE responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o MINISTÉRIO DA SAÚDE exonerado do pagamento de eventual excesso.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Mogi Mirim, Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir as questões oriundas do presente Convênio que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes e pelo Conselho Municipal de Saúde.



E por estarem às partes justas e conveniadas, firmam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 01 (uma) testemunha, abaixo assinada.

Mogi Mirim, 01 de abril de 2024.

Paulo de Oliveira e Silva

Prefeito Municipal

Mauro Nunes Junior

Interventor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

Testemunha:

Clara Alice Franco de Almeida Carvalho

Secretária de Saúde



ANEXO I – PLANO OPERATIVO CONVÊNIO DE ADESÃO AO SUS nº. 02/2024

I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

CNES: 2088193

CNPJ: 52.775.392/0001-64

Endereço: Maestro de Azevedo, 124 – Centro, Mogi Mirim – SP.

Fone: (19) 3814-3000

Interventor dos Serviços SUS: Mauro Nunes Junior

II – INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, cadastrada no CNPJ sob o nº 52.775.392/0001-64, é uma instituição privada, sem fins lucrativos, fundada em 06 de Abril de 1867, dedicada à prestação de assistência médico-hospitalar e atualmente instalada à Rua Maestro Azevedo nº 124, região central de Mogi Mirim – SP. A instituição foi considerada de Utilidade Pública por todas as esferas de governo: Federal (Decreto nº 49812/60), Estadual (Decreto nº 34709/59) e Municipal (Lei nº 1042/76). No momento sob intervenção administrativa do município conforme Decreto nº 9.183/2024.

b) Característica Geral do Hospital:

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim é dedicada à prestação de assistência médico-hospitalar e atualmente instalada à Rua Maestro Azevedo nº 124, região central de Mogi Mirim – SP.

Segundo CNES da Instituição, a Irmandade está habilitada para:

- Serviço Hospitalar para tratamento de AIDS;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia;
- Laqueadura;
- Vasectomia;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;
- Enteral e Parenteral;
- UTI Adulto Tipo II;
- UTI Neonatal Tipo II;



- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia / Neurocirurgia.

Ainda de acordo com o CNES a Instituição é dotada de leitos de internação, sendo disponibilizados 78 para internações SUS. Os leitos estão divididos nas chamadas clínicas básicas, sendo: Cirurgia Geral: 15, Neonatologia: 02, Clínica Médica: 20, Unidade de Isolamento: 04, UTI Adulto – Tipo II: 16, UTI Neonatal – Tipo II: 04, Obstetrícia Cirúrgica: 08, Obstetrícia Clínica: 03, Pediatria Clínica: 06. O Hospital conta com salas cirúrgicas, Unidade de Urgência e Emergência, Ambulatórios, Centro Obstétrico e Serviços de Apoio, tais como: Central de Esterilização de Materiais, Farmácia, Lactário, Necrotério, entre outros.

A equipe multiprofissional é formada por médicos de diversas especialidades, biomédico, equipe de enfermagem, cirurgião dentista e traumatologista buco-maxilo facial, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogas, psicólogas, assistentes sociais, técnicos de ortopedia e imobilização ortopédica, técnicos de farmácia, técnicos em segurança do trabalho, comprador, auxiliar de escritório, assistente administrativo, auxiliar de pessoal, auxiliar de faturamento, almoxarife, recepcionistas, cozinheiras, copeiras, auxiliares de limpeza, auxiliares de rouparia, vigilantes, auxiliares de farmácia, costureiras, motoristas e serviço de manutenção.

As comissões existentes e atuantes na Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim são as seguintes:

- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Grupo de gerenciamento de risco e segurança do paciente;
- Grupo de Trabalho de Humanização – GTH;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Comissão de Nutrição Enteral / Parenteral;
- Núcleo Interno de Regulação – NIR.



III – METAS QUANTITATIVAS

- **Meta 1 – Produção física apresentada no serviço ambulatorial**

Pactuado: Apresentação mensal por subgrupo segundo tabela SUS:

SUBGRUPO DE PROCEDIMENTO	
02-PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	
MÉDIA MENSAL	
0201-Coleta de Material	04
0202-Diagnóstico em laboratórios clínico	5.552
0204-Diagnóstico por Radiologia	2.479
0205-Diagnóstico por Ultrassonografia	1.400
0206-Diagnóstico por Tomografia	472
0209-Diagnóstico por endoscopia	49
0211-Métodos diagnósticos em especialidades	504
0212-Diagnóstico / Procedim. Especiais em hemoterapia	101
0214- Diagnóstico por teste rápido	254
TOTAL	10.119
03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	
0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	8.703
0303-Tratamentos Clínicos	167
0305-Tratamento em Nefrologia	3.726
0306-Hemoterapia	50
TOTAL	12.646
04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
0401-Pequena Cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo e mucoso.	222
0406-Cirurgia do aparelho circulatório	19
0407-Cirurgia do aparelho digestivo	0,86
0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	09
0412-Cirurgia Torácica	02
0415-Outras cirurgias	0,14
0417-Anestesiologia	0,57
0418-Cirurgia em nefrologia	25
TOTAL	278,57
07-OPME	
0702-Órteses, próteses, materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	32
TOTAL GERAL	23.075,57



Indicador pactuado: Taxa de procedimentos apresentados.

Procedimentos apresentados x 100

Procedimentos pactuados

Resultado: 110 pontos, sendo 05 (cinco) pontos por subgrupo como segue:

05 pontos – 105% a 85% da meta

2,5 pontos – 84,9% a 65% da meta

01 ponto – 64,9 a 45% da meta

Não pontua – menor de 44,9%

Fonte de Informação: Sistema de Informação Ambulatorial – SIA

- **Meta 2 – Metas físicas apresentadas.**

Pactuação: 300 AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) por competência.

A – Indicador pactuado: Taxa de internações apresentadas.

Internações Apresentadas x 100

Internações Pactuadas

Resultado:

25 pontos – 105% a 85% da meta

20 pontos – 84,9% a 65% da meta

17,5 pontos – 64,9 a 45% da meta

Não pontua – menor de 44,9%

Fonte de Informação: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD

B - Indicador pactuado: Realização de Cirurgias Eletivas

Pactuação: 100 Cirurgias Eletivas por mês

Cirurgias Realizadas x 100

Cirurgias Pactuadas

Resultado:

25 pontos – 105% a 95% da meta

20 pontos – 94,9% a 75% da meta



17,5 pontos – 74,9 a 55% da meta

Não pontua – menor de 54,9%

Fonte de Informação: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD

● **Meta 3: Garantir número mínimo de leitos SUS.**

Pactuação:

Cirurgia Geral: 15

Neonatologia: 02

Clínica Médica: 20

Unidade de Isolamento: 04

UTI Adulto – Tipo II: 16

UTI Neonatal – Tipo II: 04

Obstetrícia Cirúrgica: 08

Obstetrícia Clínica: 03

Pediatria Clínica: 06

Indicador pactuado: *Número de leitos pactuados*

Resultado:

25 pontos – Garantiu número de leitos pactuados

Não pontua – Não garantiu o número de leitos pactuados

Fonte de Informação: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

OBS: A pactuação de leitos poderá ser alterada mediante aviso prévio e autorização expressa do gestor.

● **Meta 4: Garantir número mínimo de consultas conforme legislação vigente, pactuação regional e credenciamentos.**

A – Indicador pactuado: *Realização de consultas em Neurologia / Neurocirurgia conforme pactuação regional*

Pactuação: *200 consultas / mês*

Resultado:

20 pontos – Ofertou 100% das vagas



Não pontua – Não ofertou as vagas

Fonte de Informação: Relatório da Central Municipal de Regulação e SIRESP

B – Indicador pactuado: *Realização de consultas em Neurologia para a municipalidade.*

Pactuação: 300 consultas / mês

Resultado:

20 pontos – Ofertou 100% das vagas

Não pontua – Não ofertou as vagas

Fonte de Informação: Relatório da Central Municipal de Regulação

C – Indicador pactuado: *Realização de Ambulatório da Dor Crônica*

Pactuação: 100 procedimentos / mês

Resultado:

20 pontos – Ofertou 100% das vagas

Não pontua – Não ofertou as vagas

Fonte de Informação: Relatório da Central Municipal de Regulação

- **Meta 5: Presença de profissionais médicos “in loco”.**

A – Indicador pactuado: *Presença de Serviço de Obstetrícia, 24h sete dias da semana.*

Resultado:

15 pontos – Presença de obstetra nas 24 horas “in loco”

Não pontua – Ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço da Auditoria e/ou VISA do Município;
- Relatório do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.



B – Indicador pactuado: *Presença de serviço de Pediatria 24h sete dias da semana.*

Resultado:

15 pontos – presença dos profissionais do serviço de pediatria nas 24 horas “in loco”

Não pontua – ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço de Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

C – Indicador pactuado: *Presença de Médico Intensivista (UTI's Adulto (2 equipes) e Neonatal), 24h sete dias da semana.*

Resultado:

15 pontos – Presença de Intensivista nas 24 horas “in loco”

Não pontua – Ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço da Auditoria e/ou VISA do Município;
- Relatório do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

D – Indicador pactuado: *Presença de Médico Ortopedista, 12h sete dias da semana.*

Resultado:

15 pontos – presença do ortopedista nas 12 horas “in loco”

Não pontua – ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço de Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;

[Handwritten signature]



- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

E - Indicador pactuado: *Presença de Médico Socorrista:*

Plantonista – presencial (7h às 19h)

Plantonista – presencial (19h às 7h)

Emergencista – presencial (7h às 19h)

Emergencista – presencial (19h às 7h)

Plantonista – Horário flexível (9h às 21h ou 10h às 22h)

Resultado:

15 pontos – presença do plantonista nas 12 horas “in loco”

Não pontua – ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço de Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

F – Indicador pactuado: *Presença de Médico na Clínica Médica 24h sete dias da semana*

Resultado:

15 pontos – presença do plantonista nas 24 horas “in loco”

Não pontua – ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço de Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.



G – Indicador pactuado: *Presença de Médico Anestesiista 12h de segunda a sexta-feira*

Resultado:

15 pontos – presença do anestesiista nas 12 horas “in loco”

Não pontua – ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço de Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

H – Indicador pactuado: *Presença de Médico Cirurgião Geral 12 h sete dias da semana.*

Resultado:

15 pontos – Presença de Cirurgião geral nas 12 horas “in loco”

Não pontua – Ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço da Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

I – Indicador pactuado: *Presença de Médico Ultrassonografista 8 horas presencial de 2ª a 6ª feira (1 profissional) e 6 horas de 2ª a 6ª (das 7:00 às 13:00h) 01 profissional.*

Resultado:

15 pontos – Presença de Ultrassonografista “in loco”

Não pontua – Ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

- Relatório de visita “in loco” do serviço da Auditoria e /ou VISA do Município;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;



- Folhas ponto, enviadas à Secretaria de Saúde até o dia 15 do mês subsequente ao plantão, que serão avaliadas pela ETAM.

III – METAS QUALITATIVAS

- **Meta 1: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizado em conformidade com o apresentado e legislações vigentes.**

A – Indicador pactuado: *Atualização do CNES de Equipamentos e Leitos*

CNES do período avaliado em conformidade x 100

CNES do período avaliado, informado.

Resultado:

10 pontos – CNES atualizado (100 %)

05 pontos – CNES parcialmente atualizado (número de itens atualizados acima de 50%)

Não pontua – CNES desatualizado (inferior a 49,99%)

Fonte de Informação: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES e Relatório ETAM.

B – Indicador pactuado: *Atualização dos profissionais no CNES (Médicos, Equipe de Enfermagem, Farmacêutico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicologia e Técnico em Radiologia).*

Relatório de prof. (CNES) em conformidade com legislações vigentes x 100

Relatório de prof. (CNES) informado em conformidade com legislações vigentes

Resultado:

10 pontos – CNES atualizado 100%

05 pontos – CNES parcialmente atualizado (acima de 50%)

Não pontua – CNES desatualizado (menor que 49,99%)

Fonte de Informação: Relatório dos profissionais CNES, Escalas de Plantões (enviadas no último dia útil do mês anterior ao da prestação de serviço) e relatório ETAM.

- **Meta 2: Comissões atuantes: Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Ética Médica, e Comissão de Ética de Enfermagem.**



A – Indicador pactuado: *Comissão de Revisão de Prontuário atuante, seguindo a Resolução CFM 1.638/02 ou as que vierem substituí-la.*

Resultado:

20 pontos, sendo:

05 pontos – Comissão Instituída com a manutenção de seus membros atualizada;

05 pontos – Regimento Interno Atualizado;

10 pontos – Apresentou relatório conforme instrumentos;

Não pontua: Não apresentou todos os itens conforme solicitado e/ou número inferior de amostragem.

Fonte de informação:

- Documento formal da nomeação dos membros e Regimento Interno Atualizado;

- Apresentação das atas das reuniões mensais de acordo com os quesitos dispostos na Resolução CFM 1.638/2002, cujo número mínimo da amostragem deve ser de 10% dos prontuários do período avaliado, do total de internações.

B – Indicador pactuado: *Comissão de Revisão de Óbito atuante, conforme Resolução CFM nº 2.171 de 30/10/2017 ou as que vierem substituí-la.*

Resultado:

20 pontos, sendo:

05 pontos – Comissão Instituída com a manutenção de seus membros atualizada

05 pontos – Regimento Interno Atualizado

10 pontos – Apresentou relatório das avaliações dos óbitos no mês subsequente

Não pontua: Não apresentou todos os itens solicitados.

Fonte de Informação:

- Documento formal que apresente a Comissão Instituída com a manutenção de seus membros e Regimento Interno, atualizados;

- Apresentação da Ata Mensal das reuniões e do relatório mensal da avaliação dos óbitos conforme instrumento instituído com análise dos itens e medidas adotadas.

C – Indicador pactuado: *Comissão de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).*

Resultado:

20 pontos, sendo:



05 pontos – Comissão Instituída com a manutenção de seus membros atualizada

05 pontos – Regimento Interno Atualizado

10 pontos – Apresentação da ata das reuniões

Não pontua – Não apresentou todos os itens solicitados.

Fonte de Informação:

- Documento formal que apresente a Comissão instituída com a manutenção de seus membros e Regimento Interno atualizado anualmente e quando necessário.
- Ata das reuniões com a análise dos dados epidemiológicos e medidas adotadas (quando houver), e que indiquem com clareza a existência de um programa de ação para a CCIRAS no hospital.
- Planilhas Mensais (ou imediatas conforme preconiza o código sanitário) modelo proposto entre Entidade e VE, e divulgação dos dados para Vigilância Epidemiológica.

D – Indicador pactuado:

Comissão de Ética de Enfermagem.

Resultado:

20 pontos, sendo:

05 pontos – Comissão Instituída com a manutenção de seus membros atualizada

05 pontos – Regimento Interno Atualizado

10 pontos – Apresentação do relatório conforme solicitado

Não pontua – Não apresentou todos os itens solicitados.

Fonte de Informação:

- Documento formal que apresente a Comissão dentro das normas do conselho e Regimento Interno, atualizados.
- Apresentação de relatório bimestral contendo data da reunião, membros participantes, e assuntos debatidos.

E – Indicador pactuado: *Comissão de Ética de Médica conforme Resolução CFM nº 1.657/02 ou as que vierem substituí-la.*

Resultado:

20 pontos, sendo:

05 pontos – Comissão Instituída com a manutenção de seus membros atualizada



05 pontos – Regimento Interno Atualizado

10 pontos – Apresentação do relatório conforme solicitado

Não pontua – Não apresentou todos os itens solicitados.

Fonte de Informação:

- Documento formal que apresente a Comissão dentro das normas do conselho e Regimento Interno Atualizados.

- Apresentação de relatório contendo data da reunião, membros participantes, e principais assuntos debatidos, mantendo o sigilo em relação ao usuário.

● **Meta 3: Capacitação permanente dos profissionais que atuam no hospital.**

Indicador pactuado: *Capacitações permanentes aos profissionais de acordo com o Plano Anual.*

Resultado:

10 pontos – Capacitações desenvolvidas conforme o Plano Anual (100%)

05 pontos – Capacitações desenvolvidas de forma parcial (< 50%)

Não pontua – Não desenvolveu capacitações no período.

Fonte de Informação: Apresentação do Plano Anual de Capacitação (2023), relação das capacitações desenvolvidas no período avaliado em consonância com o Plano Anual de Capacitação com lista de presença.

OBS: Caso haja necessidade de alteração no tema da capacitação prevista no plano, apresentar justificativa.

● **Meta 4: Garantir apoio aos pacientes e familiares através da manutenção do horário de visita hospitalar.**

A – Garantir apoio aos pacientes e familiares através da manutenção do horário de visita hospitalar de no mínimo 06 horas nas clínicas básicas.

Indicador pactuado: *Acesso aos familiares dos pacientes internados.*

Resultado:

10 pontos – Manteve os horários de visitas

Não pontua – Não manteve os horários de visitas

Fonte de Informação:



- Apresentação da regulamentação do horário de visitas estabelecido pelo Hospital nos respectivos setores;
- Presença da Placa Indicativa com o horário de visita afixada na recepção.

B – Garantir apoio aos pacientes e familiares através da manutenção do horário de visita hospitalar das Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal.

Indicador pactuado: *Acesso aos familiares dos pacientes internados duas vezes ao dia com tempo mínimo de 30 (trinta) minutos por período.*

OBS: Visita aberta aos pais na UTI Neonatal

Resultado:

10 pontos – Manteve os horários de visitas

Não pontua – Não manteve os horários de visita

Fonte de Informação:

- Apresentação da regulamentação do horário de visitas estabelecido pelo Hospital nos respectivos setores;
- Presença da Placa Indicativa com horário de visita afixada na recepção.

• **Meta 5: Garantir à satisfação dos clientes externos.**

Indicador pactuado: *Percentual de satisfação dos clientes externos (índice de retorno de mínimo 25% das internações – SIH, no período).*

Resultado:

10 pontos – Acima 75% de bom e ótimo

05 pontos – Entre 74,9 e 50% de bom e ótimo

02 pontos – Entre 49,9 e 20% de bom e ótimo

Não pontua – Abaixo de 19,9% de bom e ótimo ou menos que 25% da taxa de retorno das internações.

Fonte de Informação: Relatório sintético de avaliação mensal com fechamento no período avaliado (condensado das informações, principais apontamentos e providências adotadas).

• **Meta 6: Garantir a segurança e qualidade na distribuição de medicamento.**



A – Indicador pactuado: *Padronização dos medicamentos, incluindo uso racional dos antimicrobianos e perfil de estabilidade, conforme Portaria nº 344/98 ou as que vierem substituí-la.*

Resultado:

10 pontos – Apresentação da Padronização de Antimicrobianos, devidamente aprovada e atualizada pelo Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde – SCIRAS.

Não pontua – Não apresentação da Padronização de Antimicrobiano devidamente aprovado e atualizado pelas SCIRAS.

Fonte de Informação: Apresentação e aprovação da padronização dos medicamentos hospitalares atualizada.

• **Meta 7: Qualificar o Serviço de Hemoterapia e Terapia Renal Substitutiva.**

A – Indicador pactuado: *A Agência Transfusional possuir condições sanitárias de funcionamento de acordo com legislações vigentes, com a apresentação do Responsável Técnico com capacitação em Hemoterapia.*

Resultado:

20 pontos – Possuir condições sanitárias de funcionamento e RT

Não pontua: Avaliação não favorável ou com solicitação de adequação ou ausência do RT

Fonte de Informação: Relatório da Vigilância Sanitária Municipal.

B – Indicador pactuado: *A Terapia Renal Substitutiva possuir condições sanitárias de funcionamento de acordo com legislações vigentes, com a apresentação do Responsável Técnico com capacitação em TRS.*

Resultado:

20 pontos – Possuir condições sanitárias de funcionamento e RT

Não pontua: Avaliação não favorável ou com solicitação de adequação ou ausência do RT

Fonte de Informação: Relatório da Vigilância Sanitária Municipal.

• **Meta 8: Apoiar as ações de humanização no parto e redução da mortalidade materna e infantil.**

A – Indicador pactuado: *Presença de acompanhante durante o parto de acordo com Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005 e Lei Municipal nº. 4.724 de 26 de fevereiro de 2009, ou as que vierem a substituí-las.*

Resultado:



20 pontos, sendo:

05 pontos – Apresentação da regulamentação

05 pontos – Presença de placa indicativa do cumprimento das Leis

10 pontos – Cumprimento das Leis de acordo com relatório ETAM

Não pontua: Não apresentou todos os itens solicitados.

Fonte de Informação: Apresentação da regulamentação do acompanhante pelo Hospital, presença da Placa Indicativa afixada na recepção; e cumprimento das Leis comprovada por anotação em prontuários avaliados pelo serviço de autoria municipal.

B – Indicador pactuado: *Taxa de notificação de óbitos fetais e infantil (até 364 dias) em até 48 horas conforme Portaria MS nº 72 de janeiro/2010.*

Resultado:

30 pontos – Notificação de 100% dos óbitos fetais e infantis

Não pontua – Não notificou 100% dos óbitos fetais e infantis em tempo oportuno

Fonte de Informação: Relatório da Vigilância em Saúde.

C – Indicador pactuado: *Realização do teste do coraçõzinho*

Resultado:

10 pontos – entre 100% e 90%

05 pontos – entre 89,9% e 60%

02 pontos – 59,9% e 40%

Não pontua – menor que 39,9%

Fonte de Informação: Relatório ETAM (por amostragem)

• **Meta 9: Monitoramento da Gestão de Leitos Hospitalar**

A – Indicador pactuado: *Taxa de mortalidade hospitalar*

$\frac{\text{Número de óbitos no período}}{\text{Número de altas no mesmo período}} \times 100$

Número de altas no mesmo período

Pactuação: igual ou inferior a 5% (cinco por cento)



Resultado:

10 pontos – atingiu a meta (menos de 5% de mortalidade)

05 pontos – de 5,1% a 6% de mortalidade

Não pontua- Acima de 6% de mortalidade

Fonte de Informação: Sistema de Informação do Hospital

B – Indicador pactuado: *Média de permanência*

Número de pacientes dia na Unidade de Clínica Médica em determinado período

Número de pacientes saídos na Unidade de clínica Médica no mesmo período

Pactuação: igual ou inferior a 06 dias

Resultado:

15 pontos – 100% a 85% da meta

10 pontos – 84,9% a 65% da meta

05 pontos – 64,9 a 45% da meta

Não pontua – menor de 44,9%

Fonte de Informação: Sistema de Informação do Hospital

C – Indicador pactuado: Taxa de Ocupação Hospitalar

Enviar diariamente no e-mail coord.uacsaude@mogimirim.sp.gov.br, a taxa de ocupação de leitos até o horário das 10:00 horas.

Resultado:

10 pontos – enviado diariamente

0 pontos – não enviado diariamente

Fonte de Informação: Unidade de Avaliação e Controle - UAC

- **Meta 10: Apoiar ações para redução da mortalidade materna e infantil**

A - Indicador pactuado:

Número de partos realizados pelo serviço de obstetrícia x 100

Número total de partos realizados

Resultado:

20 pontos - 100% (cem por cento) dos partos realizado pelo serviço de obstetrícia



Não pontua - não cumpriu a meta pactuada

Fonte de Informação: Relatório ETAM com análise de 100% dos partos SUS realizados no período.

B – Indicador pactuado:

Número de recepção do RN realizado pelo serviço de pediatria x 100

Número total de nascimento

Resultado:

20 pontos – 100% (cem por cento) dos RN recebidos pelo serviço de Pediatria

Não pontua – não cumpriu a meta pactuada

Fonte de Informação: Relatório ETAM com análise de 100% dos partos SUS realizados no período.

IV – GESTÃO HOSPITALAR

Apresentação de Declaração da Entidade que se compromete a apresentar anualmente as licenças/alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação; manter contratos com prestadores vigentes, realizar manutenção preventiva dos equipamentos; manter limpeza das caixas d'água, controle de pragas, de acordo com normas específicas; e garantia de fornecimento de energia através de geradores; bem como a apresentação de documentação que comprove essas atividades.

V – TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO

Os valores previstos para o presente instrumento serão repassados conforme previsto no Convênio de Adesão ao SUS nº. 02/2024.

VI – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O cumprimento das metas dispostas no Plano Operativo será avaliado, trimestralmente, por uma comissão composta por representantes dos seguintes seguimentos: Secretaria de Saúde, sendo três titulares e três suplentes; Entidade, e Conselho Municipal de Saúde, sendo dois titulares e dois suplentes, devendo esta ser nomeada por Portaria Municipal.

A avaliação de desempenho da instituição será realizada conforme cronograma a ser agendado entre as partes, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.



ANEXO II – FLUXO DE ATENDIMENTO DO CONVÊNIO DE ADESÃO AO SUS Nº.

02/2024

1. Serviços de Neurocirurgia de Alta Complexidade.

Serviços ofertados preferencialmente a população do Município de Mogi Mirim e ao Colegiado de Gestão Regional do Rio Pardo, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 756 de 27 de dezembro de 2005 e Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, ou as que vierem a substituí-las, cujo número mínimo de atendimentos corresponde a 150 procedimentos de Alta Complexidade por ano, sendo estimada a utilização de 58% (cinquenta e oito por cento) para municípios de Mogi Mirim e 42% (quarenta e dois por cento) para municípios do CGR do Rio Pardo (Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São Jose do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma e Tapiratiba), devendo ocorrer da seguinte forma:

A) Atendimento de Urgência e Emergência

Os atendimentos/procedimentos de Urgência e Emergência serão regulados pela CROSS através do SIRESP – Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo.

B) Atendimento Eletivo – Neurocirurgia

A Entidade disponibilizará as vagas de consulta no sistema SIRESP – Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – com 45 dias de antecedência e encaminhará por e-mail ao DRS XIV – São João da Boa Vista para distribuição ao município de Mogi Mirim e os que compõem o CGR do Rio Pardo.

Na data da consulta, o paciente deve comparecer a ENTIDADE, **munido da guia de referência, exames realizados, documento que comprove o agendamento e documentos pessoais**. Após avaliação do caso pelo médico neurologista da ENTIDADE, em não havendo indicação de procedimento cirúrgico, e havendo necessidade de seguimento clínico, e em caso de município que dispõe da especialidade de Neurologia, o mesmo emitirá relatório de **contra – referência**, contendo o diagnóstico e as orientações de tratamento. Para os casos em que não haja médico na especialidade de Neurologia no município de origem do paciente e que for necessário acompanhamento ambulatorial, este deverá ser acompanhado pelo serviço ora conveniado até sua alta da especialidade, quando será emitido e entregue ao paciente, o relatório de alta do serviço contendo o tratamento realizado e a evolução clínica do paciente.

Havendo indicação de cirurgia o médico neurologista ou neurocirurgião deverá preencher o Laudo de solicitação de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, e a Entidade, após o cadastro do paciente no



CDR – Cadastro de Demanda por Recurso do SIRESP, deverá enviar a AIH à Central Municipal de Regulação para autorização no prazo máximo de 05 (cinco) dias da data da emissão (todos os laudos deverão ser datados e conter os códigos dos procedimentos a serem realizados, caso contrário, serão devolvidos para adequação). A comunicação do agendamento ao Município de origem e/ou ao paciente será providenciada pela Entidade. Nos casos onde houver a necessidade de exames complementares, o médico assistente da ENTIDADE fará a solicitação dos mesmos, desde que atendam ao preconizado na Lei nº 12.401/2011. Os exames necessários e não disponibilizados pela ENTIDADE no momento do credenciamento deverão ser solicitados através dos formulários de solicitação de exames complementares já definidos e este deverá ser entregue ao paciente com a orientação de que procure a Secretaria de Saúde de seu município para agendamento do mesmo (pacientes de Mogi Mirim deverão entregar os pedidos na Unidade Básica de Saúde de referência). Todos os pacientes que necessitarem de retorno deverão ser inseridos no CDR – Cadastro de Demanda por Recurso – no SIRESP para posterior agendamento nas vagas da agenda de retorno interna da Entidade, aberta dentro do sistema SIRESP com essa finalidade.

A ENTIDADE realizará os procedimentos cirúrgicos e acompanhamento até a alta médica hospitalar. O acompanhamento pós-alta se dará no Município de origem do paciente, caso este tenha neurologista, através do preenchimento da guia de **contra-referência** constando procedimento realizado orientações gerais sobre o caso, proposta de seguimento e acompanhamento médico, e, quando necessário, constar a data ou período em que o paciente deverá ser reavaliado no serviço ora conveniado.

2. Unidade de Alta Complexidade em Nefrologia

Serviços ofertados, preferencialmente, a população do Colegiado de Gestão Regional da Baixa Mogiana e RAAS 15, em conformidade com a Resolução – RDC nº. 11 de 13 de março de 2014 e as que vierem a substituí-las, na capacidade instalada.

a) Terapia Renal Substitutiva

Os municípios que compõem o CGR da Baixa Mogiana e RAAS 15, encaminharão os casos dos usuários que necessitam de Terapia Renal Substitutiva no impresso Solicitação de Atendimento em TRS devidamente “vistado” pelo Secretário/Diretor de Saúde ou seu Representante, para o Núcleo de Regulação – DRS XIV – São João da Boa Vista via sistema SIRESP (cota regulada).



O Núcleo de Regulação após o recebimento da solicitação fará o direcionamento do paciente conforme disponibilidade de vaga do prestador, e este após avaliação do caso admitirá o usuário no serviço ou emitir **contra-referência** ao Núcleo de Regulação. O município solicitante deverá monitorar via sistema SIRESP a liberação ou não da vaga, e entregará ao paciente o pedido original, acompanhado da filipeta do agendamento.

O Prestador encaminhará a Secretaria Municipal de Saúde – Setor de Faturamento – o **original** da Solicitação de Atendimento em TRS e a Solicitação de Autorização de Procedimento de Alto Custo – APAC, para emissão de APAC eletrônica.

b) Atendimento Ambulatorial Eletivo

A Entidade disponibilizará as vagas de consulta (para pacientes pré-dialíticos) no sistema SIRESP – Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – com 45 dias de antecedência e encaminhará por e-mail ao DRS XIV – São João da Boa Vista para distribuição aos municípios que compõem o CGR da Baixa Mogiana.

Os municípios que compõem o CGR da Baixa Mogiana farão o agendamento via Sistema SIRESP. Na data da consulta o paciente deve comparecer a ENTIDADE, munido da guia de referência, exames realizados (**ureia, creatinina, sódio, potássio, hemograma e urina I**), documentos pessoais, Cartão SUS e do documento que comprove o agendamento. Após avaliação do caso pelo médico nefrologista da ENTIDADE, em não havendo indicação de tratamento em nefrologia, o usuário será encaminhado ao município de origem com **contra-referência**. Havendo necessidade de seguimento na unidade de nefrologia a ENTIDADE irá assisti-lo. Todos os pacientes que necessitarem de retorno deverão ser inseridos no CDR – Cadastro de Demanda por Recurso – no SIRESP para posterior agendamento nas vagas da agenda interna da Entidade, aberta dentro do sistema SIRESP com essa finalidade.

3. Serviços de Exames de Diagnóstico por Imagem – Ultrassonografia

O Hospital deverá disponibilizar as vagas no SIRESP com 45 dias de antecedência, conforme necessidade da Secretaria de Saúde. Para tanto a Central de Regulação enviará todo dia 15, a solicitação de disponibilidade de vagas por tipo de exame, conforme Demanda Reprimida.



4. Serviços de Internações Eletivas de Média e Alta Complexidade.

Serão ofertados a população de Mogi Mirim, os serviços de cirurgias eletivas de média e alta complexidade (em conformidade com a classificação prevista na Tabela SIGTAP) respeitando a demanda pactuada no Plano de Trabalho, nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, buco-maxilo facial, otorrinolaringologia, neurologia, ginecologia, urologia e cirurgia vascular.

A Central de Regulação de Mogi Mirim encaminhará a ENTIDADE os Laudos de Internação autorizados pelo Médico Regulador / Autorizador em 02 (duas) vias com os exames pré-operatórios estabelecidos entre as partes (conforme relação anexa), no mês anterior ao agendamento, salvo os casos de brevidade que serão encaminhados conforme demanda durante o mês.

A Entidade fará o cadastro das AIH's recebidas no CDR – Cadastro de Demanda por Recurso – do SIRESP imediatamente após o recebimento destas e manterá o cadastro atualizado informando ainda via sistema à data do agendamento cirúrgico e retirando o paciente da fila.

A Entidade, através do médico cirurgião, fará, sempre que necessário, as avaliações pré-operatórias dos pacientes em suas dependências, uma vez que esta faz parte do atendimento cirúrgico.

A Entidade se responsabilizará pela comunicação ao paciente da data agendada para a realização da cirurgia, bem como repassará a ele ou ao seu responsável todas as orientações pertinentes ao procedimento cirúrgico a ser realizado.

Nos casos de desistência do usuário a ENTIDADE deverá comunicar o MUNICÍPIO, e deverá antecipar o agendamento, de preferência do mesmo procedimento, de um laudo do mês subsequente que já se encontra na ENTIDADE. A Central de Regulação encaminhará novo Laudo do mesmo procedimento em substituição.

A ENTIDADE, na alta hospitalar, encaminhará o usuário com **Contra Referência** ao médico assistente da Unidade que o referenciou.

Nos casos onde ocorrer adiamento da cirurgia na data da internação, por parte da ENTIDADE, fica a mesma responsável em comunicar o usuário, neste comunicado deverá constar: número a matrícula do Sistema de Saúde, nome completo do paciente, tipo de cirurgia, o motivo do adiamento, e nova data do procedimento.



Nos casos onde ocorrer adiamento prévio da cirurgia, por parte da ENTIDADE, fica a mesma responsável em comunicar o usuário de acordo com o descrito acima.

Nos casos onde o médico cirurgião avaliar que não há indicação e/ou condições clínicas para realização do procedimento cirúrgico, **o mesmo deverá fazer relatório detalhado de contra-referência e a AIH deverá ser devolvida à Secretaria de Saúde com cópia do referido relatório** para reposição.

Caso seja necessária a realização de exames complementares e/ou instrumentais cirúrgicos não pactuados nesse instrumento, o médico cirurgião deverá fazer a solicitação **com a devida justificativa técnica (medicina baseada em evidências)** que deverá ser entregues ao Diretor Técnico e/ou à Administração do Hospital, para análise de viabilidade e posterior envio à Secretaria de Saúde, se for o caso.

Exclusivamente nos casos de Implantação de Cateter Duplo J no serviço de urgência e tendo esse prazo para retirada, será permitida a Retirada de Cateter Duplo J – código SIGTAP 04.09.01.015-4 que deverá ser faturada ambulatorialmente no SIA – Sistema de Informação Ambulatorial.

A Secretaria de Saúde deverá encaminhar anexos à AIH, os exames pré-operatórios abaixo discriminados, cuja validade é de 06 (seis) meses:

3.1 – Exames Pré-Operatórios

- **TODOS PACIENTES ASSINTOMÁTICOS E SEM PATOLOGIAS ASSOCIADAS:**

1. Hemograma completo, Glicemia, e TAP.
2. Acima de 40 anos: Hemograma completo, Glicemia, TAP, e ECG com laudo.
3. Acima de 64 anos: Hemograma completo, Glicemia, TAP, ECG com laudo, Creatinina Sérica, e Raios-X Tórax com laudo.
4. Urina I para as especialidades de Urologia e Ginecologia (todos os pacientes).

- **TODOS PACIENTES ASSINTOMÁTICOS E COM PATOLOGIAS ASSOCIADAS:**

Todos os exames acima descritos, acrescidos de:



1. **Doenças cardiovasculares**: Sódio plasmático, Potássio Plasmático, Creatinina, Ureia, Raios-X Tórax com laudo, e ECG com laudo e avaliação com Cardiologista.
2. **Hipertensão arterial**: Sódio plasmático, Potássio plasmático, Creatinina, Ureia, Raios-X Tórax com laudo, e ECG com laudo.
3. **Doença Pulmonar**: ECG com laudo, Raios-X de Tórax com laudo, e Avaliação com pneumologista.
4. **Doença Renal**: Sódio plasmático, Potássio plasmático, Creatinina, Ureia, Raios-X Tórax com laudo, ECG com laudo e Avaliação com Nefrologista.
5. **Diabetes**: Sódio, Potássio plasmático, Ureia, Creatinina e ECG com laudo.
6. **Doenças Hepáticas/Hepatite**: Sódio, Potássio plasmático, TGO, TGP, Contagem de plaquetas, Fosfatase alcalina, Bilirrubinas, Ureia, Creatinina e ECG com laudo.
7. **Doença SNC**: ECG com laudo, exames conforme idade e patologias associadas.
8. **Neoplasia**: ECG com laudo, Raios-X Tórax com laudo, Hemograma, Glicemia, Ureia, Creatinina, Proteínas totais e frações, Sódio, Potássio plasmático, e Exames conforme a patologia associada.
9. **Obesidade Mórbida**: Sódio, Potássio plasmático, Bilirrubinas, TGO e TGP, Fosfatase alcalina, Ureia, Creatinina, Gasometria arterial, Raio-X Tórax com laudo, e ECG com laudo.
10. **Doenças da Tireóide**: TSH, T4 Livre, Cálcio sérico, Raios-X Tórax com laudo, ECG com laudo: hipertireoidismo = risco cardiológico e TTPA.
11. **Tabagismo**: Raios-X Tórax com laudo e ECG com laudo.
12. **Hemorroidas/Fissura anal**: Protoparasitológico.
13. **RTU de Próstata**: Resultado de: Ultrassom de Vias Urinárias, Ultrassom de Próstata e PSA Total. Caso PSA > 4, resultado da biópsia de próstata.
14. **RTU de Bexiga**: Resultado de USG de bexiga ou Tomografia de Abdome e Pelve com contraste.
15. **Varicocele**: Resultado de Espermograma e USG de Bolsa Escrotal com Doppler.

[Handwritten signatures]



16. **Cauterização de Lesões Penianas**: Resultado das Sorologias para Sífilis, HIV e Hepatites.

17. **Ureterorreno e Percutânea**: Resultado de Tomografia de Abdome e Pelve sem contraste.

18. **Uretroplastias**: Resultado de Uretrocistografia Miccional.

19. **Cistolitotomia**: Resultado de USG de Vias Urinárias e Raios-X de Abdome.

20. **Cirurgias Ginecológicas**: Resultado de Papanicolau com no máximo 12 (doze) meses.

21. **Cistos Anexiais**: Avaliar segundo critérios de risco de malignidade. Cistos complexos ou de crescimento progressivo, anexar resultado de marcadores tumorais CA 125 e CEA.

21.1 Cistos Anexiais de pequeno volume e sem característica de malignidade, repetir exames após tratamento clínico para reavaliar a necessidade da cirurgia.

• **Usuários SUS em uso de Medicamentos**

Diuréticos e Digoxina, Corticoides/Esteroides: Sódio e Potássio plasmático, Ureia, Creatinina e ECG.

Staminas: TGO-TGP, Fosfatase Alcalina e ECG.

OBS: Todos os pacientes com patologias associadas necessitam também do risco cirúrgico.

4. Serviços de UTI Adulto e Neonatal tipo II

Serviços ofertados, preferencialmente, a população da Direção Regional de Saúde de São João da Boa Vista – DRS XIV, em conformidade com a Portaria SAS nº 642 de 13 de setembro de 2002 e suas atualizações ou instrumento legal que venha substituí-las, cujas vagas serão reguladas pelo SIRESP.

5. Atendimento de Urgência e Emergência.

O Pronto Socorro Central (Pronto Atendimento) atenderá pacientes que necessitem de assistência médica imediata conforme classificação de risco.



O pronto socorro oferece atendimento geral aos pacientes classificados em vermelho e amarelo, sendo referência para os seguintes serviços: SAMU, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro Central, Corpo de Bombeiros e Equipe de Resgate das Concessionárias que atendem as estradas e rodovias que margeiam a cidade.

O atendimento aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica deve ser prestado pela Unidade de Urgência e Emergência conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.048 de 05 de novembro de 2002 (ou as que vierem a substituí-la), que propõe a implantação nessas Unidades do acolhimento e da triagem classificatória de risco.

Conforme portaria, este processo deve ser realizado por profissional de nível superior e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Mais que uma determinação legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência e emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizados para os usuários em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

Para melhor adequação do fluxo de referência e contra-referência com a Unidade de Pronto Atendimento, o serviço deverá utilizar o sistema de informação do município para regulação das vagas e transferência dos casos.

6. Atendimento no Ambulatório de Ortopedia.

Serviços ofertados a população do Município de Mogi Mirim, devendo ocorrer da seguinte forma:

Esse ambulatório atenderá pacientes provenientes do serviço de urgência / emergência (traumas / fraturas) e os pós-operatórios até a alta médica. No momento da Alta, deverá ser entregue ao paciente, relatório contendo as condutas adotadas e o especialista para continuidade do tratamento, se necessário.

7. Atendimento de Acidente do Trabalho – CAT

Serviços ofertados a população do Município de Mogi Mirim, devendo ocorrer da seguinte forma:



Esse ambulatório atenderá pacientes envolvidos em acidente de trabalho, sendo o atendimento feito pelo médico plantonista. Se houver continuidade do tratamento será realizado pela empresa (médico do trabalho) ou na Unidade de saúde de referência. Fica de responsabilidade do médico que fez o acompanhamento dar a alta ao usuário, nos casos de atestado de 15 dias ou menor, a alta será realizada na Entidade. Nos casos ortopédicos o seguimento se dará na Entidade.



ANEXO III – SERVIÇOS MÉDICOS DO CONVÊNIO ADESÃO AO SUS Nº 02/2024

SERVIÇOS MÉDICOS	PLANTÕES	Nº PROF.	VALOR DOS PLANTÕES	DIAS MES (ATE)	VALOR TOTAL	TOTAL POR SERVIÇO
PRONTO SOCORRO CENTRAL	Plantonista – presencial (7h às 19h)	3	R\$ 1.650,00	31	R\$ 153.450,00	R\$ 454.250,00
	Plantonista – presencial (19h às 7h)	2	R\$ 1.650,00	31	R\$ 102.300,00	
	Emergencista – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	31	R\$ 62.000,00	
	Emergencista – presencial (19h às 7h)	1	R\$ 2.000,00	31	R\$ 62.000,00	
	Plantonista – Horário flexível (9h às 21h ou 10h às 22h)	1	R\$ 2.000,00	31	R\$ 62.000,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 12.500,00	
PEDIATRIA	Plantonista – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$ 55.800,00	R\$ 118.200,00
	Plantonista – presencial (19h às 7h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$ 55.800,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
UTI NEONATAL	Plantonista – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	31	R\$ 62.000,00	R\$ 146.500,00
	Plantonista – presencial (19h às 7h)	1	R\$ 2.000,00	31	R\$ 62.000,00	
	Horizontalista	1	fixo	na	R\$ 10.000,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 12.500,00	
UTI ADULTO (UNIDADE I E II)	Plantonista – presencial (7h às 19h)	2	R\$ 2.000,00	31	R\$ 124.000,00	R\$ 293.000,00
	Plantonista – presencial (19h às 7h)	2	R\$ 2.000,00	31	R\$ 124.000,00	
	Horizontalista	2	fixo	na	R\$ 20.000,00	
	Coordenadores	2	fixo	na	R\$ 25.000,00	
CLÍNICA MÉDICA	Plantonista – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$ 55.800,00	R\$ 118.200,00
	Plantonista – presencial (19h às 7h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$ 55.800,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Plantonista – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$ 55.800,00	R\$ 81.000,00
	Plantonista – à distância (19h às 7h)	1	R\$ 600,00	31	R\$ 18.600,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Plantonista – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.200,00	31	R\$ 68.200,00	R\$ 155.400,00
	Plantonista – presencial (19h às 7h)	1	R\$ 2.200,00	31	R\$ 68.200,00	
	Instrumentadora (24h/d)	1	R\$ 400,00	31	R\$ 12.400,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
CLÍNICA CIRÚRGICA	Plantonista 1 – presencial (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$ 55.800,00	R\$ 118.200,00
	Plantonista 1 – à distância (19h às 7h)	1	R\$ 600,00	31	R\$ 18.600,00	
	Plantonista 2 – à distância (24h)	1	R\$ 1.200,00	31	R\$ 37.200,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
NEUROLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA	Urgência e Emergência (24h/d – 7 dias da semana) + atendimento ambulatorial da rede de alta complexidade regional e média complexidade municipal	1	R\$ 86.000,00	na	R\$ 86.000,00	R\$ 86.000,00
ANESTESIA	Plantonista (P1) – presencial (7h às 19h), 2ª a 6ª feira	1	R\$ 1.800,00	23	R\$ 41.400,00	R\$ 99.000,00
	Plantonista (P1) – à distância (19h às 7h), 2ª a 6ª feira	1	R\$ 600,00	23	R\$ 13.800,00	
	Plantonista (P1 e P2) – à distância (7h às 19h), 2ª a 6ª feira	2	R\$ 600,00	23	R\$ 27.600,00	
	Plantonista (P1) – à distância aos fds (24h/d)	1	R\$ 600,00	16	R\$ 9.600,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
REGULAÇÃO	Médico – presencial (até 4h - Diurno)	variável	R\$ 666,64	31	R\$ 20.665,84	R\$ 55.054,14
	Médico – à distância (19h às 7h)	fixo	R\$ 666,66	31	R\$ 20.666,46	
	Médico – à distância (8h à 12h - Diurno)	variável	R\$ 442,64	31	R\$ 13.721,84	
ULTRASSONOGRAFIA	Plantonista – presencial 2ª a 6ª (8h d 60 procedimentos agendados)	1	R\$ 3.000,00	22	R\$ 66.000,00	R\$ 137.100,00
	Plantonista - presencial 2ª a 6ª (7h às 13h procedimentos agendados + urgências e internações)	1	R\$ 1.650,00	22	R\$ 36.300,00	
	A Distância (19h às 7h de 2ª a 6ª e FDS)	1	R\$ 600,00	47	R\$ 28.200,00	
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
CIRURGIA VASCULAR	Plantonista – à distância (24h/d 7 dias da semana)	1	R\$ 1.600,00	31	R\$ 49.600,00	R\$ 56.200,00
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
BUÇO MAXILO	Plantonista – à distância (24h/d 7 dias da semana)	1	R\$ 100,00	31	R\$ 3.100,00	R\$ 3.100,00
CARDIOLOGIA	Plantonista – à distância (24h/d 7 dias da semana)	1	fixo	na	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Plantonista – à distância (24h/d 7 dias da semana)	1	fixo	na	R\$ 10.500,00	R\$ 10.500,00
HEMATOLOGIA	Responsável Técnico – disponibilidade (24h/d 7 dias da semana)	1	fixo	na	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00
INFECTOLOGIA	Plantonista – à distância (24h/d 7 dias da semana) 24 horas e 8h presencial uma vez na semana	1	fixo	na	R\$ 8.500,00	R\$ 8.500,00
OFTALMOLOGIA	Avaliação RN UTI Neonatal	1	fixo	na	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00
UROLOGIA	Plantonista – à distância (24h/d 7 dias da semana)	1	fixo	na	R\$ 30.000,00	R\$ 36.600,00
	Coordenador	1	fixo	na	R\$ 6.600,00	
QUALIDADE	Médico da qualidade – presencial	1	fixo	na	R\$ 12.500,00	R\$ 12.500,00
DIRETORIA TÉCNICA	Médico Responsável Técnico	1	fixo	na	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
TOTAL (até)						R\$2.013.504,14

14



**ANEXO IV – TABELA DE PROCEDIMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS DO CONVÊNIO DE
ADESÃO AO SUS Nº. 02/2024**

BUÇO MAXILO						
Código do Procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	R\$ 1.074,78	R\$ 800,32	R\$ 564,48	R\$ 1.364,80	R\$ 290,02
04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL / ORONASAL	R\$ 1.573,90	R\$ 865,12	R\$ 1.133,48	R\$ 1.998,60	-R\$ 424,70
04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA	R\$ 543,78	R\$ 99,13	R\$ 73,50	R\$ 172,63	R\$ 371,15
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 1.034,27	R\$ 119,92	R\$ 208,42	R\$ 328,34	R\$ 705,93

OTORRINO						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.096,77	R\$ 676,52	R\$ 716,20	R\$ 1.392,72	-R\$ 295,95
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 965,70	R\$ 595,68	R\$ 630,60	R\$ 1.226,28	-R\$ 260,58
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.062,24	R\$ 613,24	R\$ 735,64	R\$ 1.348,88	-R\$ 286,64
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 2.130,22	R\$ 1.094,88	R\$ 1.610,16	R\$ 2.705,04	-R\$ 574,82
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAILOMA EM LARINGE	R\$ 513,77	R\$ 284,68	R\$ 367,72	R\$ 652,40	-R\$ 138,63
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AERIAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 1.129,53	R\$ 634,08	R\$ 800,24	R\$ 1.434,32	-R\$ 304,79
04.04.01.021-0	MASTECTOMIA RADICAL	R\$ 2.384,96	R\$ 1.443,68	R\$ 1.584,84	R\$ 3.028,52	-R\$ 643,56
04.04.01.022-9	MASTECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.523,18	R\$ 1.027,36	R\$ 906,84	R\$ 1.934,20	-R\$ 411,02
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 744,38	R\$ 385,12	R\$ 560,12	R\$ 945,24	-R\$ 200,86
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.100,11	R\$ 725,04	R\$ 671,92	R\$ 1.396,96	-R\$ 296,85
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 1.193,79	R\$ 982,64	R\$ 533,28	R\$ 1.515,92	-R\$ 322,13
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.947,17	R\$ 1.181,28	R\$ 1.291,32	R\$ 2.472,60	-R\$ 525,43
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 227,36	-R\$ 227,36
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 994,30	R\$ 734,56	R\$ 528,04	R\$ 1.262,60	-R\$ 268,30
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA P/ CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 779,50	R\$ 686,36	R\$ 303,48	R\$ 989,84	-R\$ 210,34
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 1.210,64	R\$ 1.030,64	R\$ 506,68	R\$ 1.537,32	-R\$ 326,68
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS TRAUMÁTICOS	R\$ 1.399,23	R\$ 1.130,88	R\$ 645,92	R\$ 1.776,80	-R\$ 377,57

CIRURGIA GERAL						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTACÃO DE RETALHO	R\$ 1.123,95	R\$ 1.001,04	R\$ 426,20	R\$ 1.427,24	-R\$ 303,29
04.01.02.008-8	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO	R\$ 452,72	R\$ 353,72	R\$ 221,16	R\$ 574,88	-R\$ 122,16
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 498,05	R\$ 389,12	R\$ 182,49	R\$ 571,61	-R\$ 73,56
04.06.02.015-9	EXERESE DE GÂNGLIO LINFÁTICO	R\$ 277,64	R\$ 278,76	R\$ 77,80	R\$ 356,56	-R\$ 78,92
04.06.02.019-1	LINFADENECTOMIA PELVICA	R\$ 1.394,16	R\$ 1.004,48	R\$ 765,88	R\$ 1.770,36	-R\$ 376,20
04.06.02.022-1	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	R\$ 1.670,41	R\$ 1.127,76	R\$ 993,40	R\$ 2.121,16	-R\$ 450,75
04.06.02.024-8	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	R\$ 1.574,09	R\$ 1.018,80	R\$ 980,04	R\$ 1.998,84	-R\$ 424,75
04.06.02.026-4	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL	R\$ 1.595,35	R\$ 1.045,96	R\$ 979,88	R\$ 2.025,84	-R\$ 430,49
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	R\$ 7.059,21	R\$ 6.257,92	R\$ 1.076,32	R\$ 7.334,24	-R\$ 275,03
04.07.01.011-4	ESOFAGOSTOMIA	R\$ 3.033,22	R\$ 2.171,24	R\$ 980,16	R\$ 3.151,40	-R\$ 118,18
04.07.01.013-0	GASTRECTOMIA PARCIAL COM OU SEM VAGOTOMIA	R\$ 3.473,43	R\$ 2.819,56	R\$ 789,20	R\$ 3.608,76	-R\$ 135,33
04.07.01.014-9	GASTRECTOMIA TOTAL	R\$ 2.699,43	R\$ 2.087,04	R\$ 717,56	R\$ 2.804,60	-R\$ 105,17
04.07.01.016-5	GASTROENTEROANASTOMOSE	R\$ 3.473,39	R\$ 2.819,52	R\$ 789,20	R\$ 3.608,72	-R\$ 135,33
04.07.01.021-1	GASTROSTOMIA	R\$ 2.647,88	R\$ 2.270,12	R\$ 480,92	R\$ 2.751,04	-R\$ 103,16
04.07.01.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ACALASIA (CARDIOMIOPLASIA)	R\$ 8.740,31	R\$ 7.897,20	R\$ 1.183,64	R\$ 9.080,84	-R\$ 340,53



04.07.01.028-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO	RS 3.168,20	RS 2.264,68	RS 1.026,96	RS 3.291,64	-RS 123,44
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAG	RS 2.949,33	RS 2.037,36	RS 1.026,88	RS 3.064,24	-RS 114,91
04.07.02.001-2	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO PERINEAL DO RET	RS 5.405,02	RS 4.589,24	RS 1.026,36	RS 5.615,60	-RS 210,58
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	RS 6.997,18	RS 6.200,76	RS 1.069,04	RS 7.269,80	-RS 272,62
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL	RS 5.405,05	RS 4.589,32	RS 1.026,32	RS 5.615,64	-RS 210,59
04.07.02.010-1	COLOSTOMIA	RS 4.519,01	RS 3.937,80	RS 757,28	RS 4.695,08	-RS 176,07
04.07.02.017-9	ENTERECTOMIA	RS 4.686,22	RS 4.111,48	RS 757,32	RS 4.868,80	-RS 182,58
04.07.02.018-7	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	RS 4.521,29	RS 3.940,08	RS 757,36	RS 4.697,44	-RS 176,15
04.07.02.019-5	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	RS 2.422,11	RS 1.929,72	RS 586,76	RS 2.516,48	-RS 94,37
04.07.02.020-9	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA COM SUTURA / RESSECÇÃO (QUALQUER SEGMENTO)	RS 3.033,95	RS 2.570,80	RS 581,36	RS 3.152,16	RS 118,21
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSU	RS 950,22	RS 664,64	RS 322,60	RS 987,24	-RS 37,02
04.07.02.022-5	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	RS 1.291,10	RS 951,64	RS 389,76	RS 1.341,40	-RS 50,30
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	RS 2.502,85	RS 2.013,60	RS 586,76	RS 2.600,36	-RS 97,51
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	RS 1.401,02	RS 993,64	RS 461,96	RS 1.455,60	-RS 54,58
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	RS 1.216,37	RS 764,40	RS 499,36	RS 1.263,76	-RS 47,39
04.07.02.030-6	JEJUNOSTOMIA /ILEOSTOMIA	RS 3.628,89	RS 3.037,52	RS 732,76	RS 3.770,28	-RS 141,39
04.07.02.032-2	PLÁSTICA ANAL EXTERNA /ESFINCTEROPLASTIA ANAL	RS 686,22	RS 420,52	RS 292,44	RS 712,96	-RS 26,74
04.07.02.040-3	RETOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	RS 5.597,09	RS 4.788,92	RS 1.026,24	RS 5.815,16	-RS 218,07
04.07.02.047-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO ANAL	RS 707,01	RS 441,24	RS 293,32	RS 734,56	-RS 27,55
04.07.03.001-8	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	RS 4.471,04	RS 3.834,28	RS 810,96	RS 4.645,24	-RS 174,20
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	RS 4.483,53	RS 2.561,32	RS 1.427,64	RS 3.988,96	RS 494,57
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	RS 4.479,19	RS 2.985,84	RS 983,96	RS 3.969,80	RS 509,39
04.07.03.012-3	ESPLENECTOMIA	RS 3.757,52	RS 3.156,48	RS 747,44	RS 3.903,92	-RS 146,40
04.07.03.013-1	HEPATECTOMIA PARCIAL	RS 4.600,79	RS 3.020,16	RS 1.759,88	RS 4.780,04	-RS 179,25
04.07.03.018-2	PANCREATECTOMIA PARCIAL	RS 2.983,56	RS 2.366,64	RS 733,16	RS 3.099,80	-RS 116,24
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	RS 3.111,30	RS 2.590,60	RS 641,92	RS 3.232,52	-RS 121,22
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	RS 3.086,66	RS 2.347,28	RS 859,64	RS 3.206,92	-RS 120,26
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	RS 2.078,69	RS 1.568,92	RS 590,76	RS 2.159,68	-RS 80,99
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	RS 2.348,73	RS 1.598,28	RS 841,96	RS 2.440,24	-RS 91,51
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	RS 2.456,18	RS 1.710,08	RS 841,80	RS 2.551,88	-RS 95,70
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	RS 2.295,87	RS 1.598,28	RS 787,04	RS 2.385,32	-RS 89,45
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	RS 1.674,71	RS 1.194,20	RS 545,76	RS 1.739,96	-RS 65,25
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	RS 2.453,18	RS 1.988,80	RS 559,96	RS 2.548,76	-RS 95,58
04.07.04.018-8	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	RS 3.191,88	RS 2.735,36	RS 580,88	RS 3.316,24	-RS 124,36
04.09.06.022-4	RESSECÇÃO DE VARIZES PÉLVICAS	RS 0,00	RS 708,20	RS 586,76	RS 1.294,96	-RS 1.294,96

GINECOLOGIA

Código do procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Medicos	Total	
04.09.06.001-1	CERCLAGEM DE COLO DO ÚTERO	RS 569,63	RS 389,24	RS 322,80	RS 712,04	-RS 142,41
04.09.06.003-8	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO DO UTERO (CONIZACAO)	RS 1.419,71	RS 1.220,80	RS 553,84	RS 1.774,64	-RS 354,93
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIOTICA COM OU SEM DILATAÇAO DO COLO DO UTERO	RS 535,74	RS 440,92	RS 228,76	RS 669,68	-RS 133,94
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	RS 2.108,26	RS 1.584,76	RS 1.050,56	RS 2.635,32	-RS 527,06
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	RS 3.531,65	RS 2.932,16	RS 1.482,40	RS 4.414,56	-RS 882,91
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	RS 2.502,18	RS 2.034,00	RS 1.093,72	RS 3.127,72	-RS 625,54
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	RS 2.905,38	RS 2.361,76	RS 1.269,96	RS 3.631,72	-RS 726,34
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	RS 1.553,54	RS 1.145,88	RS 796,04	RS 1.941,92	-RS 388,38
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	RS 1.692,61	RS 1.375,88	RS 739,88	RS 2.115,76	-RS 423,15
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	RS 1.631,55	RS 1.432,00	RS 607,44	RS 2.039,44	-RS 407,89
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	RS 1.489,89	RS 1.250,88	RS 305,74	RS 1.556,62	-RS 66,73
04.09.07.003-3	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	RS 1.124,42	RS 765,60	RS 639,92	RS 1.405,52	-RS 281,10
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	RS 1.511,78	RS 1.192,48	RS 697,24	RS 1.889,72	-RS 377,94
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	RS 1.192,13	RS 903,56	RS 586,60	RS 1.490,16	-RS 298,03
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	RS 1.192,13	RS 903,56	RS 586,60	RS 1.490,16	-RS 298,03
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL	RS 1.192,13	RS 903,56	RS 586,60	RS 1.490,16	-RS 298,03
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	RS 718,98	RS 647,32	RS 251,40	RS 898,72	-RS 179,74
04.09.07.021-1	RECONSTRUCAO DA VAGINA	RS 1.310,56	RS 891,12	RS 747,08	RS 1.638,20	-RS 327,64
04.09.07.022-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	RS 381,92	RS 194,92	RS 282,48	RS 477,40	-RS 95,48
04.09.07.030-0	VULVECTOMIA SIMPLES	RS 411,01	RS 220,36	RS 293,40	RS 513,76	-RS 102,75
04.10.01.001-4	DRENAGEM DE ABCESSO DE MAMA	RS 548,83	RS 490,32	RS 195,72	RS 686,04	-RS 137,21
04.10.01.002-2	ESVAZIAMENTO PERCUTÂNEO DE CISTO MAMARIO	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 82,96	-RS 82,96



04.10.01.003-0	EXERESE DE MAMA SUPRANUMERÁRIA	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 82,96	-RS 82,96
04.10.01.004-9	EXERESE DE MAMILLO	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 82,96	-RS 82,96
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES	RS 1.480,96	RS 1.199,92	RS 651,28	RS 1.851,20	-RS 370,24
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	RS 1.003,01	RS 741,24	RS 512,52	RS 1.253,76	-RS 250,75
04.11.01.004-2	PARTO CESARIANO COM LAQUEADURA TUBARIA	RS 2.182,92	RS 1.582,72	RS 600,20	RS 2.182,92	RS 0,00

ORTOPEDIA

Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Medicos	Total	
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	RS 1.993,39	RS 1.522,32	RS 931,08	RS 2.453,40	-RS 460,01
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	RS 1.376,41	RS 930,60	RS 763,44	RS 1.694,04	-RS 317,63
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURA - LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR	RS 1.227,17	RS 1.101,76	RS 408,60	RS 1.510,36	-RS 283,19
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL	RS 1.232,24	RS 849,64	RS 666,96	RS 1.516,60	-RS 284,36
04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	RS 923,88	RS 732,04	RS 405,04	RS 1.137,08	-RS 213,20
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	RS 748,70	RS 524,68	RS 396,80	RS 921,48	-RS 172,78
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	RS 651,66	RS 453,40	RS 348,64	RS 802,04	-RS 150,38
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	RS 783,74	RS 599,84	RS 364,76	RS 964,60	-RS 180,86
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	RS 784,65	RS 575,80	RS 389,92	RS 965,72	-RS 181,07
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	RS 660,14	RS 462,36	RS 350,12	RS 812,48	-RS 152,34
04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO UMERO	RS 1.226,26	RS 1.019,48	RS 489,76	RS 1.509,24	-RS 282,98
04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIAO METAFISO-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	RS 745,19	RS 506,12	RS 411,04	RS 917,16	-RS 171,97
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	RS 5.104,65	RS 5.170,00	RS 1.112,64	RS 6.282,64	-RS 1.177,99
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	RS 7.610,56	RS 7.697,00	RS 1.669,84	RS 9.366,84	-RS 1.756,28
04.08.04.015-7	OSTEOTOMIA DA PELVE	RS 2.714,14	RS 2.557,80	RS 782,68	RS 3.340,48	-RS 626,34
04.08.05.002-0	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO	RS 890,53	RS 629,68	RS 466,36	RS 1.096,04	-RS 205,51
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	RS 1.206,14	RS 866,48	RS 618,00	RS 1.484,48	-RS 278,34
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	RS 1.097,66	RS 870,36	RS 480,60	RS 1.350,96	-RS 253,30
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	RS 1.404,46	RS 1.052,04	RS 676,52	RS 1.728,56	-RS 324,10
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRAARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	RS 7.456,54	RS 7.275,40	RS 1.901,88	RS 9.177,28	-RS 1.720,74
04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	RS 5.207,09	RS 5.080,60	RS 1.328,12	RS 6.408,72	-RS 1.201,63
04.08.05.033-0	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)	RS 558,81	RS 409,84	RS 277,92	RS 687,76	-RS 128,95
04.08.05.034-9	REVISÃO CIRÚRGICA DE PÉ TORTO CONGÊNITO	RS 1.119,69	RS 652,60	RS 725,48	RS 1.378,08	-RS 258,39
04.08.05.052-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	RS 1.636,93	RS 1.376,36	RS 638,32	RS 2.014,68	-RS 377,75
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	RS 1.156,38	RS 738,08	RS 685,16	RS 1.423,24	-RS 266,86
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	RS 1.539,95	RS 1.294,64	RS 600,68	RS 1.895,32	-RS 355,37
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	RS 923,20	RS 652,60	RS 483,64	RS 1.136,24	-RS 213,04
04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIAFISE DO FEMUR	RS 2.468,12	RS 2.136,60	RS 901,08	RS 3.037,68	-RS 569,56
04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA OSSEA DA DIAFISE TIBIAL	RS 2.500,58	RS 2.295,44	RS 782,20	RS 3.077,64	-RS 577,06
04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL	RS 1.945,48	RS 1.683,36	RS 711,08	RS 2.394,44	-RS 448,96
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	RS 1.881,39	RS 1.742,68	RS 572,88	RS 2.315,56	-RS 434,17



04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 1.546,35	R\$ 1.220,24	R\$ 682,96	R\$ 1.903,20	R\$ 356,85
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	R\$ 825,27	R\$ 648,56	R\$ 367,16	R\$ 1.015,72	-R\$ 190,45
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 1.098,60	R\$ 912,92	R\$ 439,20	R\$ 1.352,12	-R\$ 253,52
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	R\$ 694,82	R\$ 488,52	R\$ 366,04	R\$ 854,56	-R\$ 159,74
04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÊDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	R\$ 3.589,24	R\$ 3.479,68	R\$ 937,84	R\$ 4.417,52	-R\$ 828,28
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 872,33	R\$ 616,96	R\$ 456,68	R\$ 1.073,64	-R\$ 201,31
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 694,30	R\$ 525,56	R\$ 328,96	R\$ 854,52	-R\$ 160,22
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES	R\$ 921,90	R\$ 721,60	R\$ 422,04	R\$ 1.143,64	-R\$ 221,74
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 461,70	R\$ 333,28	R\$ 234,96	R\$ 568,24	-R\$ 106,54
04.08.06.015-8	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	R\$ 396,53	R\$ 268,88	R\$ 219,16	R\$ 488,04	-R\$ 91,51
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MÃO E DO PÉ	R\$ 1.063,56	R\$ 831,00	R\$ 478,00	R\$ 1.309,00	-R\$ 245,44
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 2.098,46	R\$ 1.842,32	R\$ 740,40	R\$ 2.582,72	-R\$ 484,26
04.08.06.031-0	RETIRADA SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES	R\$ 1.196,10	R\$ 1.000,52	R\$ 468,76	R\$ 1.469,28	-R\$ 273,18
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	R\$ 492,90	R\$ 382,80	R\$ 223,84	R\$ 606,64	-R\$ 113,74
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 731,77	R\$ 654,40	R\$ 246,24	R\$ 900,64	-R\$ 168,87
04.08.06.038-7	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO/COTOVELO/QUADRIL/JOELHO)	R\$ 2.468,12	R\$ 2.136,56	R\$ 901,12	R\$ 3.037,68	-R\$ 569,56
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS COM COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$ 667,97	R\$ 467,80	R\$ 354,32	R\$ 822,12	-R\$ 154,15
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$ 672,82	R\$ 527,40	R\$ 300,56	R\$ 827,96	-R\$ 155,14
04.08.06.044-1	TENOLISE	R\$ 745,55	R\$ 590,00	R\$ 327,60	R\$ 917,60	-R\$ 172,05
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO	R\$ 2.210,65	R\$ 2.025,60	R\$ 695,20	R\$ 2.720,80	-R\$ 510,15
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TUNEL OSTEO FIBROSO	R\$ 1.369,23	R\$ 1.060,36	R\$ 624,84	R\$ 1.685,20	-R\$ 315,97
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$ 1.126,22	R\$ 781,12	R\$ 605,00	R\$ 1.386,12	-R\$ 259,90
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$ 696,18	R\$ 520,72	R\$ 336,12	R\$ 856,84	-R\$ 160,66
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / GARRA (MÃO E PÉ)	R\$ 872,33	R\$ 617,04	R\$ 456,60	R\$ 1.073,64	-R\$ 201,31
04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 1.806,45	R\$ 1.565,64	R\$ 657,68	R\$ 2.223,32	-R\$ 416,87
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MAO/PE S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$ 807,12	R\$ 561,16	R\$ 463,76	R\$ 1.024,92	-R\$ 217,80
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 7.813,46	R\$ 7.456,60	R\$ 2.159,96	R\$ 9.616,56	-R\$ 1.803,10
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 5.653,31	R\$ 5.428,56	R\$ 1.529,36	R\$ 6.957,92	-R\$ 1.304,61
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO – REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 7.173,40	R\$ 7.275,44	R\$ 1.553,36	R\$ 8.828,80	-R\$ 1.655,40
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 5.374,62	R\$ 5.269,28	R\$ 1.345,64	R\$ 6.614,92	-R\$ 1.240,30

UROLOGIA

Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.09.01.002-2	CISTECTOMIA PARCIAL	R\$ 2.587,97	R\$ 2.331,44	R\$ 903,52	R\$ 3.234,96	-R\$ 646,99
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 1.759,10	R\$ 1.558,64	R\$ 640,24	R\$ 2.198,88	-R\$ 439,78
04.09.01.008-1	CISTORRAFIA	R\$ 1.759,04	R\$ 1.558,64	R\$ 640,16	R\$ 2.198,80	-R\$ 439,76
04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA	R\$ 1.933,73	R\$ 1.858,76	R\$ 558,40	R\$ 2.417,16	-R\$ 483,43
04.09.01.015-4	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CÁLCULO EM URETER (INCLUINDO CATETER DUPLO J)	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 119,36	-R\$ 119,36
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 699,78	R\$ 555,52	R\$ 319,20	R\$ 874,72	-R\$ 174,94
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	R\$ 1.772,80	R\$ 1.177,56	R\$ 1.038,44	R\$ 2.216,00	-R\$ 443,20
04.09.010.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R\$ 3.672,80	R\$ 3.120,16	R\$ 1.470,84	R\$ 4.591,00	-R\$ 918,20



04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	RS 3.857,18	RS 3.705,68	RS 1.115,80	RS 4.821,48	-RS 964,30
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	RS 3.911,78	RS 3.757,08	RS 1.132,64	RS 4.889,72	-RS 977,94
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	RS 3.749,50	RS 3.604,28	RS 1.082,60	RS 4.686,88	-RS 937,38
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	RS 3.672,80	RS 3.120,16	RS 1.470,84	RS 4.591,00	-RS 918,20
04.09.01.038-3	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL (RTU DE BEXIGA)	RS 1.653,15	RS 1.449,24	RS 617,20	RS 2.066,44	-RS 413,29
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CALCULO URETRAL C/ CATETER	RS 1.982,91	RS 1.745,24	RS 733,40	RS 2.478,64	-RS 495,73
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA ABDOMINAL (SLING)	RS 1.235,84	RS 811,60	RS 733,20	RS 1.544,80	RS 308,96
04.09.01.050-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO VESICO-URETR	RS 1.842,98	RS 1.570,24	RS 733,48	RS 2.303,72	-RS 460,74
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	RS 3.510,62	RS 3.377,56	RS 1.010,72	RS 4.388,28	-RS 877,66
04.09.01.057-0	URETROPLASTIA	RS 2.012,67	RS 1.782,32	RS 733,52	RS 2.515,84	-RS 503,17
04.09.01.059-6	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL	RS 2.419,68	RS 2.419,68	RS 604,92	RS 3.024,60	-RS 604,92
04.09.02.003-6	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO NA URETRA C/ CISTOSCOPIA	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 136,40	-RS 136,40
04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES	RS 981,06	RS 903,68	RS 322,64	RS 1.226,32	-RS 245,26
04.09.02.010-9	RESSECÇÃO E FECHAMENTO DE FÍSTULA URETRAL	RS 1.193,47	RS 897,40	RS 594,44	RS 1.491,84	-RS 298,37
04.09.02.012-5	URETROPLASTIA RESSECÇÃO DE CORDA	RS 685,06	RS 563,00	RS 293,32	RS 856,32	-RS 171,26
04.09.02.013-3	URETROPLASTIA AUTOGENA	RS 1.502,56	RS 1.224,28	RS 653,92	RS 1.878,20	-RS 375,64
04.09.02.014-1	URETROPLASTIA HETERÓGENA	RS 1.314,40	RS 909,64	RS 733,36	RS 1.643,00	-RS 328,60
04.09.02.017-6	URETROSTOMIA INTERNA	RS 1.023,74	RS 944,76	RS 334,12	RS 1.278,88	-RS 255,14
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	RS 3.205,47	RS 2.300,96	RS 1.705,88	RS 4.006,84	-RS 801,37
04.09.03.004-0	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PRÓSTATA (RTU DE PRÓSTATA)	RS 2.725,06	RS 1.524,44	RS 1.881,88	RS 3.406,32	-RS 681,26
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	RS 678,69	RS 408,24	RS 440,12	RS 848,36	-RS 169,67
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	RS 1.233,02	RS 895,92	RS 645,36	RS 1.541,28	-RS 308,26
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	RS 1.152,22	RS 895,64	RS 544,64	RS 1.440,28	-RS 288,06
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	RS 1.387,58	RS 895,52	RS 838,96	RS 1.734,48	-RS 346,90
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	RS 1.120,42	RS 858,16	RS 542,36	RS 1.400,52	-RS 280,10
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	RS 822,30	RS 727,40	RS 300,48	RS 1.027,88	-RS 205,58
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	RS 824,19	RS 692,96	RS 337,28	RS 1.030,24	-RS 206,05
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	RS 1.404,38	RS 763,68	RS 991,80	RS 1.755,48	-RS 351,10
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BALANO PREPUCIAL	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 136,40	-RS 136,40
04.09.05.007-5	PLÁSTICA TOTAL DO PENIS	RS 1.616,06	RS 1.286,72	RS 733,36	RS 2.020,08	-RS 404,02
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	RS 701,18	RS 390,88	RS 485,60	RS 876,48	-RS 175,30
04.09.07.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA URETRO-VAGINA	RS 1.252,16	RS 832,08	RS 733,12	RS 1.565,20	-RS 313,04
04.09.07.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINA	RS 3.655,20	RS 3.375,28	RS 1.193,72	RS 4.569,00	-RS 913,80
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINENCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	RS 1.193,25	RS 904,76	RS 586,80	RS 1.491,56	-RS 298,31

NEUROLOGIA - MÉDIA COMPLEXIDADE

Código do procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.03.01.001-2	CRANIOPLASTIA	RS 4.164,68	RS 3.198,56	RS 2.089,92	RS 5.288,48	-RS 1.123,80
04.03.01.010-1	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO/ATRIO-PLEURA E RAQUI	RS 4.727,27	RS 3.274,56	RS 2.728,32	RS 6.002,88	-RS 1.275,61
04.03.02.007-7	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	RS 1.203,87	RS 805,72	RS 1.265,25	RS 2.070,97	-RS 867,10
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	RS 1.095,00	RS 580,72	RS 809,76	RS 1.390,48	-RS 295,48
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	RS 1.508,22	RS 2.501,92	RS 1.520,00	RS 4.021,92	-RS 2.513,70

VASCULAR

Código do procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (4x)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	RS 2.180,40	RS 1.040,44	RS 1.728,32	RS 2.768,76	-RS 588,36
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	RS 2.625,46	RS 1.040,44	RS 2.293,48	RS 3.333,92	-RS 708,46
03.01.04.016-8	PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA REDE DE SAÚDE - COMPLEMENTAÇÃO	RS 0,00	RS 0,00	RS 56,56	RS 56,56	-RS 56,56

Mogi Mirim, 01 de abril de 2024.



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO: Prefeitura Municipal de Mogi Mirim

CONVENIADA: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

TERMO DE CONVÊNIO: Convênio nº 02/2024

OBJETO: O presente Convênio tem por objeto integrar a ENTIDADE ao Sistema Único de Saúde – SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares, pronto atendimento, ambulatoriais, exames de imagem e cirurgias eletivas, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a ENTIDADE está inserida, e conforme Plano Operativo.

VALOR DO AJUSTE: R\$ 20.924.755,19

EXERCÍCIO: 2024

ADVOGADO: Lucas Mamede da Silva – OAB/SP 313.791

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:
 - a) O ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
 - b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
 - c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;



- d) As informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
1. Damo-nos por NOTIFICADOS para:
- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- a) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Mogi Mirim, 01 de abril de 2024.

Autoridade máxima do órgão público conveniente:

Nome: Paulo de Oliveira e Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 201.086.646-00

Ordenador das despesas do órgão público conveniente:

Nome: Clara Alice Franco de Almeida Carvalho

Cargo: Secretária de Saúde

CPF: 016.715.318-84

Autoridade máxima da Entidade beneficiária:

Nome: Mauro Nunes Junior

Cargo: Interventor dos serviços SUS

CPF: 096.863.328-55



Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

Pela Entidade conveniada:

Nome: Mauro Nunes Júnior

Cargo: Interventor dos serviços SUS

CPF: 096.863.328-55

Assinatura: _____

Demais Responsáveis:

Nome: Paulo de Oliveira e Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 201.086.646-00

Assinatura: _____

Nome: Clara Alice Franco de Almeida Carvalho

Cargo: Secretária de Saúde

CPF: 016.715.318-84

Assinatura: _____