



CONVÊNIO DE ADESÃO AO SUS N.º 01/2026

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 n.º 45.332.095/0001-89, neste ato representado por seu Secretário de Saúde senhor **MAURO NUNES JUNIOR**, brasileiro, solteiro, portador do RG n.º 15.123.720-7 e CPF n.º 096.863.328-55, 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 n.º 52.775.392/0001-64 neste ato representada pelo senhor **DANIEL DE CARVALHO FRUGOLI**, **interventor** pelo **MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**, brasileiro, portador do RG n.º 12.996.119 e CPF n.º 289.118.598-69, 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 n.º 9.727/2025 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 ambulatoriais e internações, exames de imagem, pronto atendimento e cirurgias eletivas, visando à garantia da atenção integral à saúde dos municípios 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 concedida ao **MUNICÍPIO** pela **ENTIDADE** através do **Decreto Municipal n.º 9.727/2025**, para manutenção dos serviços conveniados.



PARÁGRAFO SEGUNDO – Os serviços ora conveniados, encontram-se discriminados no Plano de Trabalho e 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 incluída a 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-lo.

II – Internação Eletiva: a internação eletiva somente será realizada pela **ENTIDADE** mediante a apresentação de laudo médico **previamente** autorizado por profissional (médico regulador/autorizador) credenciado pelo Município e que atue na Central Municipal de Regulação.

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 todos 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) ter contrato de prestação de serviço vigente com a **ENTIDADE** e 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 semestralmente 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 as legislações sanitárias;

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 da demanda e agendamento das Cirurgias Eletivas, dos exames e das consultas ambulatoriais.

XXIX – Manter em funcionamento o Núcleo Interno de Regulação – NIR.

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\$ 4.382.051,52 (quatro milhões, trezentos e oitenta e dois mil, cinquenta e um reais e cinquenta e dois centavos)**, cujo valor mensal perfaz o montante de até **R\$ 730.341,92 (setecentos e trinta mil trezentos e quarenta e um reais e noventa 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 em média de **R\$ 440.000,00 (quatrocentos e quarenta 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 diagnóstico por imagem eletivos, da rede de assistência do municipal, mediante execução e aprovação.
- e) Valor pré-fixado: de até **R\$ 43.055,60 (quarenta e três mil cinquenta e cinco reais e sessenta centavos)** referente à Deliberação CIB nº 97/2025 – Transferência de Teto temporária – Recurso Expansão da Tabela SUS Paulista.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, tem o valor global estimado em até **R\$ 4.621.733,34 (quatro milhões seiscentos e vinte e um mil setecentos e trinta e três reais e trinta e quatro centavos)**, cujo valor mensal é de até **R\$ 770.288,89 (setecentos e setenta mil duzentos e oitenta e oito reais e oitenta e nove centavos)**, sendo:

- a) Valor pré-fixado – MAC, de **R\$ 375.790,97 (trezentos e setenta e cinco mil setecentos e noventa reais e noventa e sete centavos)** mensais para os procedimentos hospitalares de média complexidade;
- b) Valor pré-fixado: **R\$ 331.357,92 (trezentos e trinta e um mil trezentos e cinquenta e sete reais e noventa e dois centavos)** mensais – destinados ao Custeio dos Leitos de UTI;
- c) Valor pré-fixado: **R\$ 13.140,00 (treze mil cento e quarenta reais)** mensais, destinados ao Componente Parto e Nascimento – Rede Alyne conforme Portaria GM/MS 6220/2024;
- d) Valor pós-fixado – MAC, de até **R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais)** para os procedimentos hospitalares de neurocirurgia de alta complexidade, mediante execução e aprovação (teto máximo semestral estabelecido para alta complexidade em Neurologia, conforme pactuação regional e contrapartida municipal).

PARÁGRAFO TERCEIRO – Receberá ainda a título de Incentivo, o valor global de **R\$ 1.768.048,56 (um milhão setecentos e sessenta e oito mil quarenta e oito reais e cinquenta e seis 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\$ 7.159.833,42 (sete milhões cento e cinquenta e nove mil oitocentos e trinta e três reais 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\$ 1.193.305,57 (um milhão cento e noventa e três mil trezentos e cinco reais e cinquenta e sete centavos)**.

PARÁGRAFO QUINTO – Receberá ainda, a título de Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do Piso Salarial da Enfermagem, no valor global de **R\$ 754.015,38 (setecentos e cinquenta e quatro mil, quinze reais e trinta e oito centavos)** o repasse de recursos em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.135/2023. O montante terá como referência a **estimativa de valor médio mensal de R\$ 125.669,23 (cento e vinte e cinco mil seiscientos e sessenta e nove reais e vinte e três centavos)**, ficando o valor efetivo condicionado à apuração mensal de vínculos e carga horária publicada no sistema InvestSUS. Os recursos serão creditados no **Banco do Brasil, Agência 0578-9, Conta Corrente nº 57.189-X**.

PARÁGRAFO SEXTO – Os procedimentos atualmente financiados com recursos **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, ou após publicação de Portaria específica, e serão repassados conforme depósito do Fundo Municipal de Saúde pelo Ministério da Saúde.



PARÁGRAFO SÉTIMO – Receberá o valor de **R\$ 172.222,40** (cento e setenta e dois mil duzentos e vinte e dois reais e quarenta centavos) conforme Deliberação CIB nº 97/2025 – Transferência de Teto temporária – Recurso Expansão da Tabela SUS Paulista, em parcela única no mês de março/2026, referente às competências novembro e dezembro/2025 e janeiro e fevereiro/2026.

PARÁGRAFO OITAVO – Receberá o valor de **R\$ 46.313,74** (quarenta e seis mil trezentos e treze reais e setenta e quatro centavos) conforme Portaria 6220/2024 e Portaria 6609/2025, em parcela única no mês de março/2026, referente às competências janeiro e fevereiro/2026.

PARÁGRAFO OITAVO – 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 sétimo, 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 NONO – A **ENTIDADE** compromete-se a manter os recursos transferidos no Banco do Brasil, Agência 0578-9, Contas Correntes nº 57.188-1 (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\$ 1.322.997,00 (um milhão trezentos e vinte e dois mil novecentos e noventa e sete reais)** 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, prorrogada pela Resolução SS nº 17 de 22 de janeiro de 2026, a serem transferidos no Banco do Brasil, Agência 0578-9, Conta Corrente nº 57.187-3.

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

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\$ 12.667.824,84 (doze milhões seiscentos e sessenta e sete mil oitocentos e vinte e quatro reais e oitenta e quatro centavos)**, a ser repassada em parcelas mensais de até **R\$ 2.111.304,14 (dois milhões cento e onze mil trezentos e quatro reais e catorze centavos)**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As despesas pós-fixadas decorrentes da realização de Cirurgias Eletivas têm o valor estimado em **R\$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais)**, a ser repassada em parcelas



mensais de até **R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais)**, que serão pagas conforme produção apresentada e aprovada e de acordo com os valores constantes no **ANEXO IV**.

PARÁGRAFO TERCEIRO – As despesas decorrentes de Custeio Hospitalar / Folha de Pagamento das alas SUS, e PSC – Pronto Socorro Central tem o valor, pré-fixado, de **R\$ 10.656.448,38 (dez milhões seiscentos e cinquenta e seis quatrocentos e quarenta e oito reais e trinta e oito centavos)**, a ser repassada em parcelas mensais de **R\$ 1.776.074,73 (um milhão setecentos e setenta e seis setenta e quatro reais e setenta e três)**, no mês subseqüente à prestação de serviço.

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 subseqüente à prestação do serviço;

b) Os valores pós-fixados serão pagos até o 7º (sétimo) dia do mês subseqüente ao faturamento mediante execução e aprovação.

PARÁGRAFO SEXTO – A ENTIDADE manterá os recursos transferidos em conta, no Banco de Brasil Agência 0578-9, Conta Corrente nº 57.186-5 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 o valor da Tabela SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS 3.245/2025) 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, DO ESTADO E DO TESOURO

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:

014912.1030210162.280 – Manutenção de Convênios – Fonte 05 (Recurso Federal) – Ficha Reduzida 510

014912.1030210162.280 – Manutenção de Convênios – Fonte 05 (Recurso Federal) – Ficha Reduzida 511

014912.1030210162.280 – Manutenção de Convênios – Fonte 01 (Tesouro) – Ficha Reduzida 504

014912.1030210162.280 – Manutenção de Convênios – Fonte 02 (Recurso Estadual) – Ficha Reduzida 505

014912.1030210162.280 – Manutenção de Convênios – Fonte 05 – Complementação Piso Salarial da Enfermagem – Ficha Reduzida 507

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, observará 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 – Apresentar prestação de contas do recurso **MUNICIPAL** 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 01/2024 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, nota fiscal e comprovante de pagamento 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 e/ou Coordenador da área, 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, mediante celebração de Termo Aditivo.



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 de no mínimo 80% (oitenta 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 79,9% (setenta e nove vírgula nove por cento) até 70% (setenta 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 69,9% (sessenta 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 de no mínimo 80% (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 79,9% (setenta e nove vírgula nove por cento) até 70% (setenta 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 69,9% (sessenta 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO – O cumprimento abaixo de 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses 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 03 (três) 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, 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 – Anualmente, 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, semestrais 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 março de 2026 por 06 (seis) meses, 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

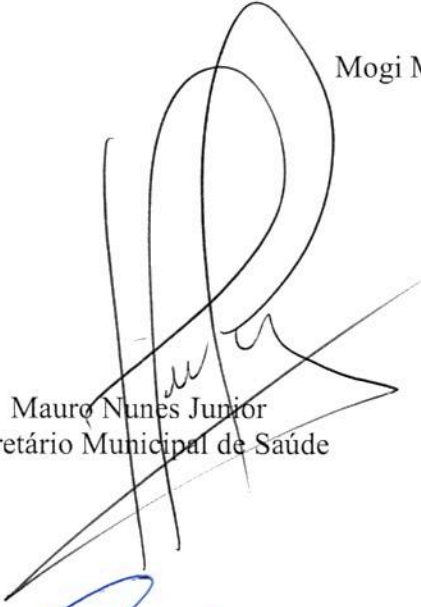
As partes elegem o Foro da Comarca de Mogi Mirim, Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir as questões oriundas do




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, 27 de fevereiro de 2026.



Mauro Nunes Júnior
Secretário Municipal de Saúde



Daniel de Carvalho Frugoli
Interventor da Irmandade da Santa Casa de
Misericórdia de Mogi Mirim

Testemunha: 
Gisele Peres Bertholdo
Divisão de Gestão de Convênio com a
Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim



ANEXO I – PLANO OPERATIVO CONVÊNIO DE ADESÃO AO SUS n.º 01/2026

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: Daniel de Carvalho Frugoli

II – INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, cadastrada no CNPJ sob o n.º 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 n.º 124, região central de Mogi Mirim – SP. A instituição foi considerada de Utilidade Pública por todas as esferas de governo: Federal (Decreto n.º 49.812/60), Estadual (Decreto n.º 34.709/59) e Municipal (Lei n.º 1.042/76). No momento sob intervenção administrativa do município conforme Decreto n.º 9.727/2025.

b) Característica Geral do Hospital:

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim é dedicada à prestação de assistência médico-hospitalar, e 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: Clínica Cirúrgica:



17, 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, Serviço de Imagem e Serviços de Apoio, tais como: Central de Esterilização de Materiais, Farmácia, Lactário, Necrotério, Núcleo Interno de Regulação – NIR, 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;
- Núcleo de Segurança do Paciente - NSP;
- Grupo de Trabalho de Humanização – GTH;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Comissão de Nutrição Enteral / Parenteral;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT;
- Comissão de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplante - CIHDOTT;



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	03
0202-Diagnóstico em laboratórios clínicos	6.819
0203-Diagnóstico por anátomo patologia e citologia	70
0204-Diagnóstico por Radiologia	4327
0205-Diagnóstico por Ultrassonografia	1.677
0206-Diagnóstico por Tomografia	750
0209-Diagnóstico por endoscopia	239
0211-Métodos diagnósticos em especialidades	574
0212-Diagnóstico / Procedim. Especiais em hemoterapia	46
0214-Diagnóstico por teste rápido	935
TOTAL	15.440
03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	
0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	31.400
0303-Tratamentos Clínicos	74
0305-Tratamento em Nefrologia	1.735
0306-Hemoterapia	33
0309-Terapias Especializadas	176
TOTAL	33.418
04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
0401-Pequena Cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo e mucoso.	195
0404-Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço.	02
0405-Cirurgia do aparelho da visão	22
0406-Cirurgia do aparelho circulatório	18
0407-Cirurgia do aparelho digestivo	2
0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	10
0412-Cirurgia Torácica	1
0415-Outras cirurgias	1
0417-Anestesiologia	0
0418-Cirurgia em nefrologia	17
TOTAL	268
07-OPME	
0702-Órteses, próteses, materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	22
TOTAL GERAL	49.126



Indicador pactuado: Taxa de procedimentos apresentados.

Procedimentos apresentados x 100

Procedimentos pactuados

Resultado: 125 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, considerando a data do início da internação e não da data de faturamento da AIH.

B - Indicador pactuado: Realização de Cirurgias Eletivas

Pactuação: 100 Cirurgias Eletivas por mês

Cirurgias Realizadas x 100

Cirurgias Pactuadas

Resultado:

25

H
P



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: Relatório Central Municipal de Regulação

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

Pactuação:

Clínica Cirúrgica: 17

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: Relatórios da Central Municipal de Regulação e do SIRESP.

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

D – Indicador pactuado: *Realização de Ambulatório de Nefrologia Pré Dialítico*

Pactuação: 20 consultas / 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.

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 / Neonatologista (UTI's Adulto 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;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 (diurno) 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;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 24 h sete dias na semana*

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;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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;

R

P, K



- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 24h sete dias da semana*

Resultado:

- 15 pontos – presença do Anestesiista 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;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 24h sete dias da semana*

Resultado:

- 15 pontos – Presença de Cirurgião Geral 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;
- Relatórios do setor de ouvidoria municipal;
- Relatório da ETAM referente às Escalas de Plantões;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 2º a 6ª feira (1 profissional) e 6 horas de 2º a 6º (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;
- Comprovante do Registro de Ponto (manual ou digital), 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 Leitos*

$\frac{\text{CNES do período avaliado em conformidade}}{\text{CNES do período avaliado, informado}} \times 100$

CNES do período avaliado, informado.

Resultado:

- 10 pontos – CNES atualizado (número de itens atualizados $\geq 95\%$)
- 05 pontos – CNES parcialmente atualizado (número de itens atualizados $\geq 75\%$)
- Não pontua – CNES desatualizado (inferior a 74,9%)

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

B – Indicador pactuado: *Atualização do CNES de Equipamentos*

$\frac{\text{CNES do período avaliado em conformidade}}{\text{CNES do período avaliado, informado}} \times 100$

CNES do período avaliado, informado.

Resultado:

- 10 pontos – CNES atualizado (número de itens atualizados $\geq 95\%$)
- 07 pontos – CNES parcialmente atualizado (número de itens atualizados $\geq 75\%$)
- 05 pontos – CNES parcialmente atualizado (número de itens atualizados $\geq 50\%$)
- Não pontua – CNES desatualizado (inferior a 49,99%)

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



C – 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 (número de itens atualizados \geq 90%)

07 pontos – CNES parcialmente atualizado (número de itens atualizados \geq 75%)

05 pontos – CNES parcialmente atualizado (número de itens atualizados \geq 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 das atas 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, conforme periodicidade prevista no Regimento, contendo datas das reuniões, membros participantes, e assuntos debatidos com preservação da confiabilidade.

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

Resultado:

25 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;

10 pontos – Apresentação do calendário de reuniões;

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, conforme periodicidade prevista no Regimento, contendo datas das reuniões, membros participantes, e assuntos debatidos com preservação da confiabilidade.

● **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, 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 da Unidade 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 (24 h)

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, do período avaliado).*

Resultado:

10 pontos – Acima 85% de bom e ótimo

05 pontos – Entre 84,9 e 60% de bom e ótimo

02 pontos – Entre 59,9 e 30% de bom e ótimo

Não pontua – Abaixo de 29,9% 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 n.º 11.108, de 07 de abril de 2005 e Lei Municipal n.º 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 auditoria 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 – Abaixo de 100% de notificação de óbitos fetais e infantil

Fonte de Informação: Relatório da Vigilância em Saúde.

C – Indicador pactuado: *Realização do teste do coraçãozinho ou Ecocardiograma*

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)

D – Indicador pactuado: *Presença de Médico Horizontalista nas UTI's Adulto e Neonatal de acordo com a Escala pré estabelecida.*

Resultado:

15 pontos – Presença de Horizontalista “in loco” conforme escala

Não pontua – Ausência do profissional nos plantões.

Fonte de Informação:

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



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

A – Indicador pactuado: *Taxa de mortalidade hospitalar, com o número de óbitos ocorridos no Hospital Geral após 24 horas do início da internação.*

$\frac{\text{Número de óbitos no período (mais de 24h de internação)} \times 100}{\text{Número de altas no mesmo período}}$

Número de altas no mesmo período

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

Resultado:

10 pontos – atingiu a meta (igual ou inferior a 5% de mortalidade)

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

02 pontos – de 5,6% a 6,0% de mortalidade

Não pontua - Acima de 6% de mortalidade

Fonte de Informação: Sistema de Informação do Hospital, considerando a data do início da internação e não da data de faturamento da AIH.

B – Indicador pactuado: *Taxa de mortalidade hospitalar, com o número de óbitos ocorridos no Hospital Geral após 24 horas do início da internação na faixa etária de 0 a 79 anos, cuja admissão tenha sido feita pelo Hospital.*

$\frac{\text{Número de óbitos no período (mais de 24h de internação)} \times 100}{\text{Número de altas no mesmo período}}$

Número de altas no mesmo período

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

Resultado:

10 pontos – atingiu a meta (igual ou inferior a 5% de mortalidade)

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

02 pontos – de 5,6% a 6,0% de mortalidade

Não pontua – Acima de 6% de mortalidade

Fonte de Informação: Sistema de Informação do Hospital, considerando a data do início da internação e não da data de faturamento da AIH.



C – Indicador pactuado: *Média de permanência na Clínica Médica*

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 – menos de 6 dias ou de 6 a 6,9 dias

10 pontos - de 7 a 7,8 dias

07 pontos - de 7,9 a 8,7 dias

05 pontos - de 8,8 a 9,6 dias

Não pontua - 9,7 dias ou mais

Fonte de Informação: Sistema de Informação do Hospital

D – Indicador pactuado: *Média de permanência na Clínica Cirúrgica*

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

Número de pacientes saídos na Unidade de Clínica Cirúrgica no mesmo período

Pactuação: igual ou inferior a 06 dias

Resultado:

15 pontos – menos de 6 dias ou de 6 a 6,9 dias

10 pontos - de 7 a 7,8 dias

07 pontos - de 7,9 a 8,7 dias

05 pontos - de 8,8 a 9,6 dias

Não pontua - 9,7 dias ou mais

Fonte de Informação: Sistema de Informação do Hospital

E – Indicador pactuado: Taxa de Ocupação Hospitalar

Enviar diariamente no e-mail contratos.saudemmm@gmail.com, a taxa de ocupação de leitos até o horário das 10:00 horas.

Resultado:

10 pontos – 100% (enviado diariamente)

H
40
P



05 pontos – 99,9 a 90% da meta

02 pontos – 89,9 a 80% da meta

Não pontua - menor ou igual 79,9%

Fonte de Informação: Divisão de Gestão do Convênio com a Santa Casa.

- **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, no SUS, pelo serviço de pediatria x 100

Número total de nascimento, no SUS

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. 01/2026.

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. 01/2025

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 realização do procedimento cirúrgico eletivo, por parte da Entidade, deverá ocorrer no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data de sua solicitação. 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 de 32 máquinas.

a) Terapia Renal Substitutiva



Os municípios que compõem o CGR da Baixada Mogiana 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 emitirá **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 Baixada Mogiana.

Os municípios que compõem o CGR da Baixada 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 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 técnicas 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 não pactuados nesse instrumento, o médico cirurgião deverá fazer a solicitação **com a devida justificativa** e os pedidos deverão ser enviados à Central de Regulação para agendamento.

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.

As cirurgias **deverão ser agendadas na Ordem Cronológica** do recebimento, ressalvados os casos onde houver indicação de prioridade, que deverão ser agendada o mais breve possível.

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.
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.

3.2 – Exames Pré – Operatórios Ortopedia Alta Complexidade

1. Exames de Imagem:

Joelho:

1.1 RX Joelho AP + Perfil (com carga)

1.2 RX Panorâmico MMII (avaliar desvio de eixo)

Quadril:

1.3 RX Quadril AP + Perfil

2. Exames Laboratoriais:

2.1 Hemograma, coagulograma, sódio, uréia, potássio, creatinina, urina I, glicemia jejum e Hb A 1

2.2 Parasitológico de fezes

3. Swab nasal

3. Avaliações clínicas:

3.1 Cardiologia (todos)

3.2 Vasculær (se histórico vascular prévio)



3.3 Endocrinologista (se DM2 descompensado / Hba I deve ser < 6.5)

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.

5.1. Dispensário de Medicamentos – PSC

apd

H

13



5.1.1 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO (REGIME DE PLANTÃO)

O dispensário operará em regime de cobertura complementar e de urgência nos seguintes períodos:

- **Finais de Semana:** Abertura às 19h de sexta-feira com fechamento às 07h de segunda-feira (operação ininterrupta no período).
- **Feriados:** Operação 24h (das 07h do início do feriado até as 07h do dia útil subsequente).

5.1.2 Gestão de Insumos e Logística (Responsabilidade: MUNICÍPIO)

- **Provedor Exclusivo:** O Almoarifado da Saúde fornecerá 100% dos itens da REMUME que forem padronizados juntos a este dispensário.
- **Fluxo de Requisição (Sistema Viver):** A Santa Casa deverá consolidar o pedido de reposição semanalmente, as Segundas-Feiras, via **Sistema Viver**, garantindo estoque suficiente para a cobertura do final de semana/feriado. Para execução dessa etapa, o município deverá disponibilizar o acesso ao Sistema Viver e treinamento aos profissionais técnicos de Farmácia.
- **Recebimento e Conferência:** A entrega dos medicamentos pelo Município será sempre as Quintas-feiras e se realizará a conferência física vs. nota de remessa e o lançamento de entrada no sistema.
- **Itens Faltantes:** Caso o Município não supra a demanda, a Santa Casa emitirá comunicado oficial imediato à Secretaria de Saúde (Administrativo e Assistência) para ajuste de conduta clínica ou remanejamento de urgência.

5.1.3 Gestão de Recursos Humanos (Responsabilidade: SANTA CASA)

- **Escala de Plantão:** A Santa Casa proverá profissionais 06 Técnicos de Farmácia em escala de jornada 12x36 para cobrir integralmente os horários de sexta (noite) a segunda (manhã).
- **Responsabilidade Técnica:** Manutenção de profissional farmacêutico habilitado para supervisão da dispensação e controle do estoque público durante o funcionamento.

5.1.4 Fluxo de Dispensação (PASSO A PASSO)

1. **Apresentação:** O paciente apresenta prescrição emitida pelo PSC dentro do período de atendimento.
2. **Validação:** O profissional da Santa Casa valida a receita no **Sistema Viver**.
3. **Baixa e Entrega:** O medicamento é retirado do estoque municipal, dada à baixa sistêmica vinculada ao paciente e entregue com a devida orientação de uso.
4. **Encerramento de Plantão:** Às 07h de segunda-feira, a equipe do dispensário deverá realizar o fechamento do movimento do final de semana para fins de inventário.



5.1.5

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME)		
FARMÁCIA – PSC MOGI MIRIM		
MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA
Ambroxol	15mg/5ml	Xarope
	30mg/5ml	Xarope
Dexametasona	1mg/g (0,1%)	Creme
	4mg	Comprimido
Dimenidrato+Piridoxina	25mg/ml+5mg/ml	Sol. Oral
Dipirona	500mg/ml	Solução Oral
	500mg	Comprimido
Escopolamina	10mg/ml	Solução Oral
Ibuprofeno	300mg	Comprimido
	100mg/ml	Suspensão Oral
Loratadina	10mg	Comprimido
	1mg/ml	Xarope
Metoclopramida	10mg	Comprimido
	4mg/ml	Solução Oral
Nimesulida	100mg	Comprimido
	50mg/ml	Suspensão Oral
Nistatina	100000UI/ml	Susp. Oral
Nitrofurantoína	100mg	Cápsula
Paracetamol	200mg/ml	Solução Oral
	500mg	Comprimido
Prednisolona	3mg/ml	Sol. Oral
Prednisona	5mg e 20mg	Comprimido
Sais para reidratação oral	*	Pó para sol. Oral
Simeticona	75mg/ml	Sol. Oral
Sulfato de Salbutamol	100mcg/dose	Aerossol Oral
	2mg/5ml	Xarope
ANTIBIÓTICOS		
Aciclovir	200mg	Comprimido
Amoxicilina	50mg/ml	Suspensão Oral
	500mg	Cápsula
Amoxicilina+Clavulanato de potássio	500mg+125mg	Comprimido
	50mg/ml+12,5mg/ml	Suspensão Oral
Azitromicina	40mg/ml	Pó para Suspensão Oral
	500mg	Comprimido
Cefalexina	50mg/ml	Suspensão Oral
	500mg	Cápsula
Ciprofloxacino	500mg	Comprimido
Colagenose+Cloranfenicol	0,6UI/g+0,01g/g	Pomada
Levofloxacino	500mg	Comprimido
Metronidazol	100mg/g (10%)	Gel Vaginal
	250mg	Comprimido
	40mg/ml	Suspensão Oral
Sulfadiazina de Prata	10mg/g (1%)	Creme
Tobramicina+Dexametasona	0,3mg/ml+0,1mg/ml	Suspensão Oftálmica

Atualizado em 03/2026



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 01/2026

ESPECIALIDADE MÉDICA	PLANTÕES	Nº PROF.	VALOR DOS PLANTÕES	DIAS TRAB. (ATÉ)	VALOR TOTAL A PAGAR	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 07h)	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 (7h às 19h)	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	
PLANTÃO PEDIATRIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	R\$118.200,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTONISTA UTI NEONATAL	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	31	R\$62.000,00	R\$146.500,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	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	
PLANTONISTA UTI ADULTO I E II	Presencial – Diurno (7h às 19h)	2	R\$ 2.000,00	31	R\$124.000,00	R\$293.000,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	2	R\$ 2.000,00	31	R\$124.000,00	
	Horizontalista	2	FIXO	NA	R\$20.000,00	
	Coordenador	2	FIXO	NA	R\$25.000,00	
PLANTÃO OBSTETRÍCIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 2.200,00	31	R\$68.200,00	R\$155.400,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	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	
PLANTÃO CLÍNICA MÉDICA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	R\$118.200,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO ORTOPEDIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	R\$81.000,00
	À Distância – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 600,00	31	R\$18.600,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO CLÍNICA CIRÚRGICA	Plantonista 1 – Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	R\$155.400,00
	Plantonista 1 – Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	
	Plantonista 2 – À distância (24 horas)	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
PLANTÃO ANESTESISTA	Plantonista 1 – Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	R\$159.600,00
	Plantonista 1 – Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	31	R\$55.800,00	
	Plantonista 2 – P1 4 h +8h P2	1	R\$ 1.200,00	23	R\$27.600,00	
	Plantonista 3 – Distância (24h)	1	R\$ 600,00	23	R\$13.800,00	
	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 – Noturno (19h às 07h)	fixo	R\$ 666,66	31	R\$20.666,46	
	Médico à Distância – Diurno (8h às 12h)	variável	R\$ 442,64	31	R\$13.721,84	
ULTRASSONOGRRAFIA	Plantonista Presencial 2ª a 6ª (08h dia – 60 procedimentos agendados)	1	R\$ 3.000,00	22	R\$66.000,00	R\$137.100,00
	Plantonista Presencial 2ª a 6ª (07h às 13h – procedimentos agendados – urgências internações)	1	R\$ 1.650,00	22	R\$36.300,00	
	À Distância (19h às 07h 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 (24 horas 7 dias por semana)	1	R\$ 1.600,00	31	R\$ 49.600,00	R\$ 56.200,00
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
BUCO- MAXILO FACIAL	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	R\$ 100,00	31	R\$ 3.100,00	R\$ 3.100,00
CARDIOLOGIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 10.500,00	R\$ 10.500,00
HEMATOLOGIA	Responsável Técnico – disponibilidade 24h/ 7 dias semana	1	FIXO	NA	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00
INFECTOLOGIA	Plantonista à distância (24h d 7 dias da semana e 8h presencial uma vez na semana)	1	FIXO	NA	R\$ 8.500,00	R\$ 8.500,00
OFTALMOLOGIA	Avaliação RN na UTI Neonatal	1	FIXO	NA	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00
UROLOGIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 30.000,00	R\$ 36.600,00
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$ 6.600,00	
QUALIDADE	Médico 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	R\$ 2.111.304,14

54



ESPECIALIDADE MÉDICA	PLANTÕES	Nº PROF.	VALOR DOS PLANTÕES	DIAS TRAB. (ATE)	VALOR TOTAL A PAGAR	TOTAL POR SERVIÇO
PRONTO SOCORRO CENTRAL	Plantonista – Presencial (7h às 19h)	3	R\$ 1.650,00	28	R\$138.600,00	R\$411.500,00
	Plantonista – Presencial (19h às 07h)	2	R\$ 1.650,00	28	R\$92.400,00	
	Emergencista – Presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	28	R\$56.000,00	
	Emergencista – Presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	28	R\$56.000,00	
	Plantonista – horário flexível (9h às 21h ou 10h às 22h)	1	R\$ 2.000,00	28	R\$56.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$12.500,00	
PLANTÃO PEDIATRIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	R\$107.400,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTONISTA UTI NEONATAL	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	28	R\$56.000,00	R\$134.500,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 2.000,00	28	R\$56.000,00	
	Horizontalista	1	FIXO	NA	R\$10.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$12.500,00	
PLANTONISTA UTI ADULTO I E II	Presencial – Diurno (7h às 19h)	2	R\$ 2.000,00	28	R\$112.000,00	R\$269.000,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	2	R\$ 2.000,00	28	R\$112.000,00	
	Horizontalista	2	FIXO	NA	R\$20.000,00	
	Coordenador	2	FIXO	NA	R\$25.000,00	
PLANTÃO OBSTETRÍCIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 2.200,00	28	R\$61.600,00	R\$142.200,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 2.200,00	28	R\$61.600,00	
	Instrumentadora (24h/d)	1	R\$ 400,00	28	R\$12.400,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO CLÍNICA MÉDICA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	R\$107.400,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO ORTOPEDIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	R\$73.800,00
	À Distância – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 600,00	28	R\$16.800,00	
	Coordenador	1	FIXO		R\$6.600,00	
PLANTÃO CLÍNICA CIRÚRGICA	Plantonista 1 – Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	R\$141.000,00
	Plantonista 1 – Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	
	Plantonista 2 – À distância (24 horas)	1	R\$ 1.200,00	28	R\$33.600,00	
	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
PLANTÃO ANESTESISTA	Plantonista 1 – Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	R\$148.800,00
	Plantonista 1 – Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	28	R\$50.400,00	
	Plantonista 2 – P1 4 h – 8h P2	1	R\$ 1.200,00	23	R\$27.600,00	
	Plantonista 3 – Distância (24h)	1	R\$ 600,00	23	R\$13.800,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
REGULAÇÃO	Médico - Presencial (até 4h – Diurno)	variável	R\$ 666,64	28	R\$18.665,92	R\$49.726,32
	Médico à Distância – Noturno (19h às 07h)	fixo	R\$ 666,66	28	R\$18.666,48	
	Médico à Distância – Diurno (8h às 12h)	variável	R\$ 442,64	28	R\$12.393,92	
ULTRASSONOGRAFIA	Plantonista Presencial 2ª a 6ª (08h dia – 60 procedimentos agendados)	1	R\$ 3.000,00	22	R\$66.000,00	R\$137.100,00
	Plantonista Presencial 2ª a 6ª (07h às 13h – procedimentos agendados + urgências internações)	1	R\$ 1.650,00	22	R\$36.300,00	
	À Distância (19h às 07h 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 (24 horas 7 dias por semana)	1	R\$ 1.600,00	28	R\$ 44.800,00	R\$ 51.400,00
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
BUCO- MAXILO FACIAL	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	R\$ 100,00	28	R\$ 2.800,00	R\$ 3.100,00
CARDIOLOGIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 10.500,00	R\$ 10.500,00
HEMATOLOGIA	Responsável Técnico – disponibilidade 24h/ 7 dias semana	1	FIXO	NA	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00
INFECTOLOGIA	Plantonista à distância (24h/d 7 dias da semana e 8h presencial uma vez na semana)	1	FIXO	NA	R\$ 8.500,00	R\$ 8.500,00
OFTALMOLOGIA	Avaliação RN na UTI Neonatal	1	FIXO	NA	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00
UROLOGIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 30.000,00	R\$ 36.600,00
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$ 6.600,00	
QUALIDADE	Médico 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	R\$ 1.955.226,32



ESPECIALIDADE MÉDICA	PLANTÕES	Nº PROF.	VALOR DOS PLANTÕES	DIAS TRAB. (ATÉ)	VALOR TOTAL A PAGAR	TOTAL POR SERVIÇO
PRONTO SOCORRO CENTRAL	Plantonista – Presencial (7h às 19h)	3	R\$ 1.650,00	30	R\$148.500,00	R\$440.000,00
	Plantonista – Presencial (19h às 07h)	2	R\$ 1.650,00	30	R\$99.000,00	
	Emergencista – Presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	30	R\$60.000,00	
	Emergencista – Presencial (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	30	R\$60.000,00	
	Plantonista – horário flexível (9h às 21h ou 10h às 22h)	1	R\$ 2.000,00	30	R\$60.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$12.500,00	
PLANTÃO PEDIATRIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	R\$114.600,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTONISTA UTI NEONATAL	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 2.000,00	30	R\$60.000,00	R\$142.500,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 2.000,00	30	R\$60.000,00	
	Horizontalista	1	FIXO	NA	R\$10.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$12.500,00	
PLANTONISTA UTI ADULTO I E II	Presencial – Diurno (7h às 19h)	2	R\$ 2.000,00	30	R\$120.000,00	R\$285.000,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	2	R\$ 2.000,00	30	R\$120.000,00	
	Horizontalista	2	FIXO	NA	R\$20.000,00	
	Coordenador	2	FIXO	NA	R\$25.000,00	
PLANTÃO OBSTETRÍCIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 2.200,00	30	R\$66.000,00	R\$151.000,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 2.200,00	30	R\$66.000,00	
	Instrumentadora (24h/d)	1	R\$ 400,00	30	R\$12.400,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO CLÍNICA MÉDICA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	R\$114.600,00
	Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO ORTOPEDIA	Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	R\$78.600,00
	À Distância – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 600,00	30	R\$18.000,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
PLANTÃO CLÍNICA CIRÚRGICA	Plantonista 1 – Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	R\$150.600,00
	Plantonista 1 – Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	
	Plantonista 2 – À distância (24 horas)	1	R\$ 1.200,00	30	R\$36.000,00	
	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
PLANTÃO ANESTESISTA	Plantonista 1 – Presencial – Diurno (7h às 19h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	R\$156.000,00
	Plantonista 1 – Presencial – Noturno (19h às 07h)	1	R\$ 1.800,00	30	R\$54.000,00	
	Plantonista 2 – P1 4 h – 8h P2	1	R\$ 1.200,00	23	R\$27.600,00	
	Plantonista 3 – Distância (24h)	1	R\$ 600,00	23	R\$13.800,00	
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
REGULAÇÃO	Médico – Presencial (até 4h – Diurno)	variável	R\$ 666,64	30	R\$19.999,20	R\$53.278,20
	Médico à Distância – Noturno (19h às 07h)	fixo	R\$ 666,66	30	R\$19.999,80	
	Médico à Distância – Diurno (8h às 12h)	variável	R\$ 442,64	30	R\$13.279,20	
ULTRASSONOGRAFIA	Plantonista Presencial 2ª a 6ª (08h dia – 60 procedimentos agendados)	1	R\$ 3.000,00	22	R\$66.000,00	R\$137.100,00
	Plantonista Presencial 2ª a 6ª (07h às 13h – procedimentos agendados + urgências internações)	1	R\$ 1.650,00	22	R\$36.300,00	
	À Distância (19h às 07h 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 (24 horas 7 dias por semana)	1	R\$ 1.600,00	30	R\$ 48.000,00	R\$ 54.600,00
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$6.600,00	
BUCO- MAXILO FACIAL	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	R\$ 100,00	30	R\$ 3.000,00	R\$ 3.100,00
CARDIOLOGIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 10.500,00	R\$ 10.500,00
HEMATOLOGIA	Responsável Técnico – disponibilidade 24h/ 7 dias semana	1	FIXO	NA	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00
INFECTOLOGIA	Plantonista a distância (24h d 7 dias da semana e 8h presencial uma vez na semana)	1	FIXO	NA	R\$ 8.500,00	R\$ 8.500,00
OFTALMOLOGIA	Avaliação RN na UTI Neonatal	1	FIXO	NA	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00
UROLOGIA	Plantonista – À distância (24 horas 7 dias por semana)	1	FIXO	NA	R\$ 30.000,00	R\$ 36.600,00
	Coordenador	1	FIXO	NA	R\$ 6.600,00	
QUALIDADE	Médico 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						R\$ 2.059.278,20



ANEXO IV – TABELA DE PROCEDIMENTO DAS CIRURGIAS ELETIVAS DO CONVÊNIO DE ADESÃO AO SUS Nº. 01/2026

ANEXO V - LISTA DE PROCEDIMENTOS - CONVÊNIO 01/2026						
BUCO MAXILO						
Código do Procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	RS 1.074,78	RS 600,24	RS 423,36	RS 1.023,60	RS 51,18
04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL / ORONASAL	RS 1.573,90	RS 216,28	RS 283,37	RS 499,65	RS 1.074,25
04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA	RS 543,78	RS 198,26	RS 147,00	RS 345,26	RS 198,52
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	RS 1.034,27	RS 239,84	RS 416,84	RS 656,68	RS 377,59
OTORRINO						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	RS 1.096,77	RS 490,59	RS 588,51	RS 1.079,10	RS 17,67
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	RS 965,70	RS 521,22	RS 551,78	RS 1.073,00	-RS 107,30
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	RS 1.062,24	RS 575,04	RS 608,77	RS 1.183,81	-RS 121,57
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	RS 2.130,22	RS 821,16	RS 1.207,62	RS 2.028,78	RS 101,44
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	RS 513,77	RS 213,51	RS 275,79	RS 489,30	RS 24,47
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	RS 1.129,53	RS 475,56	RS 600,18	RS 1.075,74	RS 53,79
04.04.01.021-0	MASTECTOMIA RADICAL	RS 2.384,96	RS 1.082,76	RS 1.188,63	RS 2.271,39	RS 113,57
04.04.01.022-9	MASTECTOMIA SUBTOTAL	RS 1.523,18	RS 770,52	RS 680,13	RS 1.450,65	RS 72,53
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	RS 744,38	RS 288,84	RS 420,09	RS 708,93	RS 35,45
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	RS 1.100,11	RS 616,28	RS 571,13	RS 1.187,41	-RS 87,30
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	RS 1.193,79	RS 835,24	RS 453,29	RS 1.288,53	-RS 94,74
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	RS 1.947,17	RS 885,96	RS 968,49	RS 1.854,45	RS 92,72
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 227,36	-RS 227,36
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	RS 994,30	RS 624,38	RS 448,83	RS 1.073,21	-RS 78,91
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA P/ CORREÇÃO DE DESVIO	RS 779,50	RS 686,36	RS 303,48	RS 989,84	-RS 210,34
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	RS 1.210,64	RS 901,81	RS 443,35	RS 1.345,16	-RS 134,52
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS TRAUMÁTICOS	RS 1.399,23	RS 282,72	RS 161,48	RS 444,20	RS 955,03
CIRURGIA GERAL						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.01.02.005-3	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO	RS 1.123,95	RS 500,52	RS 213,10	RS 713,62	RS 410,33
04.01.02.007-0	EXERESE DE CISTO DERMÓIDE	RS 452,72	RS 176,86	RS 110,58	RS 287,44	RS 165,28
04.01.02.008-8	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO	RS 452,72	RS 265,29	RS 165,87	RS 431,16	RS 21,56
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	RS 498,05	RS 194,56	RS 121,66	RS 316,22	RS 181,83
04.06.02.015-9	EXERESE DE GÂNGLIO LINFÁTICO	RS 277,64	RS 206,07	RS 58,35	RS 264,42	RS 13,22
04.06.02.019-1	LINFADENECTOMIA PELVICA	RS 1.394,16	RS 753,36	RS 574,41	RS 1.327,77	RS 66,39
04.06.02.022-1	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	RS 1.670,41	RS 845,82	RS 745,05	RS 1.590,87	RS 79,54
04.06.02.024-8	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	RS 1.574,09	RS 764,10	RS 735,03	RS 1.499,13	RS 74,96
04.06.02.026-4	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL	RS 1.595,35	RS 784,47	RS 734,91	RS 1.519,38	RS 75,97
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	RS 7.059,21	RS 3.128,96	RS 538,16	RS 3.667,12	RS 3.392,09
04.07.01.011-4	ESOFAGOSTOMIA	RS 3.033,22	RS 1.628,43	RS 735,12	RS 2.363,55	RS 669,67
04.07.01.013-0	GASTRECTOMIA PARCIAL COM OU SEM VAGOTOMIA	RS 3.473,43	RS 704,89	RS 197,30	RS 902,19	RS 2.571,24
04.07.01.014-9	GASTRECTOMIA TOTAL	RS 2.699,43	RS 1.565,28	RS 538,17	RS 2.103,45	RS 595,98
04.07.01.016-5	GASTROENTEROANASTOMOSE	RS 3.473,39	RS 1.409,76	RS 394,60	RS 1.804,36	RS 1.669,03
04.07.01.021-1	GASTROSTOMIA	RS 2.647,88	RS 1.702,59	RS 360,69	RS 2.063,28	RS 584,60



04.07.01.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE ACALASIA (CARDIOMIPLASTIA)	RS 8.740,31	RS 3.948,60	RS 591,82	RS 4.540,42	RS 4.199,89
04.07.01.028-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO	RS 3.168,20	RS 1.698,51	RS 770,22	RS 2.468,73	RS 699,47
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	RS 2.949,33	RS 1.528,02	RS 770,16	RS 2.298,18	RS 651,15
04.07.01.030-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES ESOFAGICAS	RS -	RS 1.627,65	RS 769,74	RS 2.397,39	RS 2.397,39
04.07.02.001-2	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO PERINEAL DO RETO	RS 5.405,02	RS 3.441,93	RS 769,77	RS 4.211,70	RS 1.193,32
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	RS 6.997,18	RS 4.650,57	RS 801,78	RS 5.452,35	RS 1.544,83
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL	RS 5.405,05	RS 1.147,33	RS 256,58	RS 1.403,91	RS 4.001,14
04.07.02.010-1	COLOSTOMIA	RS 4.519,01	RS 984,45	RS 189,32	RS 1.173,77	RS 3.345,24
04.07.02.017-9	ENTERECTOMIA	RS 4.686,22	RS 3.083,61	RS 567,99	RS 3.651,60	RS 1.034,62
04.07.02.018-7	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	RS 4.521,29	RS 2.955,06	RS 568,02	RS 3.523,08	RS 998,21
04.07.02.019-5	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	RS 2.422,11	RS 1.447,29	RS 440,07	RS 1.887,36	RS 534,75
04.07.02.020-9	ENTEROTOMIA E OU ENTERORRAFIA COM SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)	RS 3.033,95	RS 642,70	RS 145,34	RS 788,04	RS 2.245,91
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	RS 950,22	RS 166,16	RS 80,65	RS 246,81	RS 703,41
04.07.02.022-5	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	RS 1.291,10	RS 713,73	RS 292,32	RS 1.006,05	RS 285,05
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	RS 2.502,85	RS 1.750,20	RS 440,07	RS 2.190,27	RS 312,58
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	RS 1.401,02	RS 745,23	RS 346,47	RS 1.091,70	RS 309,32
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	RS 1.216,37	RS 573,30	RS 374,52	RS 947,82	RS 268,55
04.07.02.030-6	JEJUNOSTOMIA ILEOSTOMIA	RS 3.628,89	RS 759,38	RS 183,19	RS 942,57	RS 2.686,32
04.07.02.032-2	PLÁSTICA ANAL EXTERNA ESFINCTEROPLASTIA ANAL	RS 686,22	RS 403,69	RS 280,74	RS 684,43	RS 1,79
04.07.02.040-3	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	RS 5.597,09	RS 3.591,69	RS 769,68	RS 4.361,37	RS 1.235,72
04.07.02.047-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL	RS 707,01	RS 330,93	RS 219,99	RS 550,92	RS 156,09
04.07.03.001-8	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	RS 4.471,04	RS 2.875,71	RS 608,22	RS 3.483,93	RS 987,11
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	RS 4.483,53	RS 1.920,99	RS 1.068,03	RS 2.989,02	RS 1.494,51
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	RS 4.479,19	RS 2.239,38	RS 737,97	RS 2.977,35	RS 1.501,84
04.07.03.012-3	ESPLENECTOMIA	RS 3.757,52	RS 2.367,36	RS 560,58	RS 2.927,94	RS 829,58
04.07.03.013-1	HEPATECTOMIA PARCIAL	RS 4.600,79	RS 1.510,08	RS 879,94	RS 2.390,02	RS 2.210,77
04.07.03.018-2	PANCREATECTOMIA PARCIAL	RS 2.983,56	RS 1.774,98	RS 549,87	RS 2.324,85	RS 658,71
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	RS 3.111,30	RS 1.942,95	RS 481,44	RS 2.424,39	RS 686,91
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	RS 3.086,66	RS 1.760,46	RS 644,73	RS 2.405,19	RS 681,47
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	RS 2.078,69	RS 1.176,69	RS 443,07	RS 1.619,76	RS 458,93
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	RS 2.348,73	RS 1.198,71	RS 631,47	RS 1.830,18	RS 518,55
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	RS 2.456,18	RS 1.282,56	RS 631,35	RS 1.913,91	RS 542,27
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	RS 2.295,87	RS 1.198,71	RS 590,28	RS 1.788,99	RS 506,88
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	RS 1.674,71	RS 895,65	RS 409,32	RS 1.304,97	RS 369,74
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	RS 2.453,18	RS 1.491,60	RS 419,97	RS 1.911,57	RS 541,61
04.07.04.018-8	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	RS 3.191,88	RS 683,84	RS 145,22	RS 829,06	RS 2.362,82

GINECOLOGIA

Código do procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.09.06.001-1	CERCLAGEM DE COLO DO ÚTERO	RS 569,63	RS 291,93	RS 242,10	RS 534,03	RS 35,60
04.09.06.003-8	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO DO ÚTERO (CONIZACAO)	RS 1.419,71	RS 305,20	RS 138,46	RS 443,66	RS 976,05
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIOTICA COM OU SEM DILATACAO DO COLO DO ÚTERO	RS 535,74	RS 330,69	RS 171,57	RS 502,26	RS 33,48
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	RS 2.108,26	RS 1.188,57	RS 787,92	RS 1.976,49	RS 131,77
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	RS 3.531,65	RS 2.199,12	RS 1.111,80	RS 3.310,92	RS 220,73
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	RS 2.502,18	RS 1.525,50	RS 820,29	RS 2.345,79	RS 156,39
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	RS 2.905,38	RS 1.771,32	RS 952,47	RS 2.723,79	RS 181,59
04.09.06.018.6	LAQUEADURA TUBÁRIA	RS 1.553,54	RS 572,94	RS 398,02	RS 970,96	RS 582,58
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	RS 1.692,61	RS 1.031,91	RS 584,91	RS 1.616,82	RS 75,79
04.09.06.021-6	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	RS 1.631,55	RS 1.074,00	RS 455,58	RS 1.529,58	RS 101,97
04.09.06.022-4	RESSECCÃO DE VARIZES PÉLVICAS	RS 0,00	RS 531,15	RS 440,07	RS 971,22	RS 971,22
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	RS 1.489,89	RS 938,16	RS 458,61	RS 1.396,77	RS 93,12
04.09.07.003-3	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	RS 1.124,42	RS 574,20	RS 479,94	RS 1.054,14	RS 70,28

H
58
K



04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	RS 1.511,78	RS 594,36	RS 522,93	RS 1.117,29	RS 394,49
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	RS 1.192,13	RS 677,67	RS 439,95	RS 1.117,62	RS 74,51
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	RS 1.192,13	RS 677,67	RS 439,95	RS 1.117,62	RS 74,51
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL	RS 1.192,13	RS 677,67	RS 439,95	RS 1.117,62	RS 74,51
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	RS 718,98	RS 485,49	RS 188,55	RS 674,04	RS 44,94
04.09.07.021-1	RECONSTRUCAO DA VAGINA	RS 1.310,56	RS 494,57	RS 414,63	RS 909,20	RS 401,36
04.09.07.022-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	RS 381,92	RS 146,19	RS 211,86	RS 358,05	RS 23,87
04.09.07.023-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL	RS 1.086,46	RS 688,59	RS 330,00	RS 1.018,59	RS 67,87
04.09.07.024-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE FÍSTULA URETRO-VAGINAL	RS 1.252,16	RS 624,06	RS 549,84	RS 1.173,90	RS 78,26
04.09.07.025-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL	RS 3.655,20	RS 2.531,46	RS 895,29	RS 3.426,75	RS 228,45
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	RS 1.193,25	RS 2.878,57	RS 440,10	RS 3.318,67	-RS 2.125,42
04.09.07.030-0	VULVECTOMIA SIMPLES	RS 411,01	RS 165,27	RS 220,05	RS 385,32	RS 25,69
04.10.01.001-4	DRENAGEM DE ABCESSO DE MAMA	RS 548,83	RS 122,58	RS 48,93	RS 171,51	RS 377,32
04.10.01.002-2	ESVAZIAMENTO PERCUTÂNEO DE CISTO MAMÁRIO	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 20,74	-RS 20,74
04.10.01.003-0	EXERESE DE MAMA SUPRANUMERÁRIA	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 20,74	-RS 20,74
04.10.01.004-9	EXERESE DE MAMILO	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 20,74	-RS 20,74
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES	RS 1.480,96	RS 299,98	RS 162,82	RS 462,80	RS 1.018,16
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	RS 1.003,01	RS 185,31	RS 128,13	RS 313,44	RS 689,57
04.11.01.004-2	PARTO CESARIANO COM LAQUEADURA TUBARIA	RS 2.182,92	RS 395,68	RS 150,05	RS 545,73	RS 1.637,19

ORTOPEDIA						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	RS 1.993,39	RS 1.141,74	RS 465,54	RS 1.607,28	RS 386,11
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	RS 1.376,41	RS 3.737,05	RS 572,58	RS 4.309,63	-RS 2.933,22
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO FRATURA - LUXAÇÃO ACRÓMIO CLAVICULAR	RS 1.227,17	RS 826,32	RS 306,45	RS 1.132,77	RS 94,40
04.08.01.020-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	RS 1.471,93	RS 294,09	RS 503,74	RS 797,83	RS 674,10
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL	RS 1.232,24	RS 637,23	RS 500,22	RS 1.137,45	RS 94,79
04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	RS 923,88	RS 549,03	RS 303,78	RS 852,81	RS 71,07
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	RS 748,70	RS 393,51	RS 297,60	RS 691,11	RS 57,59
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	RS 651,66	RS 113,35	RS 87,16	RS 200,51	RS 451,15
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	RS 783,74	RS 149,96	RS 91,19	RS 241,15	RS 542,59
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	RS 784,65	RS 431,85	RS 292,44	RS 724,29	RS 60,36
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	RS 660,14	RS 346,77	RS 262,59	RS 609,36	RS 50,78
04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO UMERO	RS 1.226,26	RS 764,61	RS 367,32	RS 1.131,93	RS 94,33
04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIAO METAFISO-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	RS 745,19	RS 379,59	RS 308,28	RS 687,87	RS 57,32
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	RS 5.104,65	RS 4.395,02	RS 945,22	RS 5.340,24	-RS 235,59
04.08.04.015-7	OSTEOTOMIA DA PELVE	RS 2.714,14	RS 1.918,35	RS 587,01	RS 2.505,36	RS 208,78
04.08.05.002-0	AMPUTAÇÃO DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO	RS 890,53	RS 157,42	RS 116,59	RS 274,01	RS 616,52
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	RS 1.206,14	RS 649,86	RS 463,50	RS 1.113,36	RS 92,78
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	RS 1.097,66	RS 217,59	RS 120,15	RS 337,74	RS 759,92
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	RS 1.404,46	RS 789,03	RS 507,39	RS 1.296,42	RS 108,04
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRAARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	RS 7.456,54	RS 6.185,95	RS 1.614,74	RS 7.800,69	-RS 344,15
04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	RS 5.207,09	RS 3.651,45	RS 996,09	RS 4.647,54	RS 559,55
04.08.05.033-0	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)	RS 558,81	RS 307,38	RS 208,44	RS 515,82	RS 42,99

Handwritten initials and marks:



04.08.05.034-9	REVISÃO CIRÚRGICA DE PÉ TORTO CONGÊNITO	RS 1.119,69	RS 425,82	RS 473,37	RS 899,19	RS 220,50
04.08.05.052-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	RS 1.636,93	RS 344,09	RS 159,58	RS 503,67	RS 1.133,26
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	RS 1.156,38	RS 553,56	RS 513,87	RS 1.067,43	RS 88,95
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	RS 1.539,95	RS 970,98	RS 450,51	RS 1.421,49	RS 118,46
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	RS 923,20	RS 489,45	RS 362,73	RS 852,18	RS 71,02
04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIAFISE DO FEMUR	RS 2.468,12	RS 1.602,45	RS 675,81	RS 2.278,26	RS 189,86
04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO PERDA OSSEA DA DIAFISE TIBIAL	RS 2.500,58	RS 1.721,58	RS 586,65	RS 2.308,23	RS 192,35
04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL	RS 1.945,48	RS 1.262,52	RS 533,31	RS 1.795,83	RS 149,65
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	RS 1.881,39	RS 1.307,01	RS 429,66	RS 1.736,67	RS 144,72
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	RS 1.546,35	RS 1.036,96	RS 580,76	RS 1.617,72	RS 71,37
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	RS 825,27	RS 486,42	RS 275,37	RS 761,79	RS 63,48
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	RS 1.098,60	RS 228,23	RS 109,80	RS 338,03	RS 760,57
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	RS 694,82	RS 366,39	RS 274,98	RS 641,37	RS 53,45
04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	RS 3.589,24	RS 2.609,76	RS 703,38	RS 3.313,14	RS 276,10
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	RS 872,33	RS 462,72	RS 342,51	RS 805,23	RS 67,10
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	RS 694,30	RS 394,17	RS 246,72	RS 640,89	RS 53,41
04.08.06.012-3	EXPLORACAO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES	RS 921,90	RS 534,45	RS 316,53	RS 850,98	RS 70,92
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	RS 461,70	RS 249,96	RS 176,22	RS 426,18	RS 35,52
04.08.06.015-8	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	RS 396,53	RS 201,66	RS 164,37	RS 366,03	RS 30,50
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MÃO E DO PÉ	RS 1.063,56	RS 623,25	RS 358,50	RS 981,75	RS 81,81
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	RS 2.098,46	RS 1.381,74	RS 555,30	RS 1.937,04	RS 161,42
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES	RS 1.196,10	RS 750,39	RS 353,70	RS 1.104,09	RS 92,01
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	RS 492,90	RS 287,10	RS 167,88	RS 454,98	RS 37,92
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	RS 731,77	RS 490,80	RS 184,68	RS 675,48	RS 56,29
04.08.06.038-7	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO/COTOVELO/QUADRIL/JOELHO)	RS 2.468,12	RS 1.602,42	RS 675,84	RS 2.278,26	RS 189,86
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS COM COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	RS 667,97	RS 350,85	RS 265,74	RS 616,59	RS 51,38
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	RS 672,82	RS 395,55	RS 225,51	RS 621,06	RS 51,76
04.08.06.044-1	TENOLISE	RS 745,55	RS 442,50	RS 245,70	RS 688,20	RS 57,35
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO	RS 2.210,65	RS 1.519,20	RS 521,40	RS 2.040,60	RS 170,05
04.08.06.048-4	TENORRAFIA UNICA EM TUNEL OSTEÓFIBROSO	RS 1.369,23	RS 795,27	RS 468,63	RS 1.263,90	RS 105,33
04.08.06.053-0	TRANSPOSICAO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA MULTIPLA	RS 1.126,22	RS 585,84	RS 453,75	RS 1.039,59	RS 86,63
04.08.06.054-9	TRANSPOSICAO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA UNICA	RS 696,18	RS 390,54	RS 252,09	RS 642,63	RS 53,55
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / GARRA (MÃO E PÉ)	RS 872,33	RS 462,78	RS 342,45	RS 805,23	RS 67,10
04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	RS 1.806,45	RS 1.174,23	RS 493,26	RS 1.667,49	RS 138,96
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MAO PE S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO	RS 807,12	RS 280,58	RS 231,88	RS 512,46	RS 294,66



OFTALMOLOGIA						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.05.05.037-2	FAOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	RS 964,50	RS 1.285,92	RS 257,28	RS 1.543,20	-RS 578,70

UROLOGIA						
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.09.01.002-2	CISTECTOMIA PARCIAL	RS 2.587,97	RS 1.142,40	RS 442,72	RS 1.585,12	RS 1.002,85
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	RS 1.759,10	RS 779,32	RS 320,12	RS 1.099,44	RS 659,66
04.09.01.008-1	CISTORRAFIA	RS 1.759,04	RS 389,66	RS 160,04	RS 549,70	RS 1.209,34
04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA	RS 1.933,73	RS 1.394,07	RS 418,80	RS 1.812,87	RS 120,86
04.09.01.015-4	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CÁLCULO EM URETER (INCLUINDO CATETER DUPLO J)	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 29,84	-RS 29,84
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	RS 699,78	RS 416,64	RS 239,40	RS 656,04	RS 43,74
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	RS 1.772,80	RS 5.673,17	RS 778,83	RS 6.452,00	-RS 4.679,20
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	RS 3.672,80	RS 7.130,12	RS 1.103,13	RS 8.233,25	-RS 4.560,45
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	RS 3.857,18	RS 2.779,26	RS 836,85	RS 3.616,11	RS 241,07
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	RS 3.911,78	RS 2.817,81	RS 849,48	RS 3.667,29	RS 244,49
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	RS 3.749,50	RS 2.703,21	RS 811,95	RS 3.515,16	RS 234,34
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	RS 3.672,80	RS 7.130,12	RS 1.103,13	RS 8.233,25	-RS 4.560,45
04.09.01.038-3	RESSECCÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL (RTU DE BEXIGA)	RS 1.653,15	RS 1.086,93	RS 462,90	RS 1.549,83	RS 103,32
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULO URETRAL C/ CATETER	RS 1.982,91	RS 1.308,93	RS 550,05	RS 1.858,98	RS 123,93
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINÁRIA VIA ABDOMINAL (SLING)	RS 1.235,84	RS 608,70	RS 549,90	RS 1.158,60	RS 77,24
04.09.01.050-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETRAL	RS 1.842,98	RS 733,63	RS 339,23	RS 1.072,86	RS 770,12
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	RS 3.510,62	RS 7.323,17	RS 758,04	RS 8.081,21	-RS 4.570,59
04.09.01.057-0	URETROPLASTIA	RS 2.012,67	RS 1.336,74	RS 550,14	RS 1.886,88	RS 125,79
04.09.01.059-6	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL	RS 2.419,68	RS 1.814,76	RS 453,69	RS 2.268,45	RS 151,23
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 34,10	-RS 34,10
04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES	RS 981,06	RS 677,76	RS 241,98	RS 919,74	RS 61,32
04.09.02.010-9	RESSECCÃO E FECHAMENTO DE FÍSTULA URETRAL	RS 1.193,47	RS 448,70	RS 297,22	RS 745,92	RS 447,55
04.09.02.012-5	URETROPLASTIA RESSECCÃO DE CORDA	RS 685,06	RS 281,50	RS 146,66	RS 428,16	RS 256,90
04.09.02.013-3	URETROPLASTIA AUTÓGENA	RS 1.502,56	RS 918,21	RS 490,44	RS 1.408,65	RS 93,91
04.09.02.014-1	URETROPLASTIA HETERÓGENA	RS 1.314,40	RS 682,23	RS 550,02	RS 1.232,25	RS 82,15
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	RS 1.023,74	RS 709,17	RS 250,59	RS 959,76	RS 63,98
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	RS 3.205,47	RS 1.725,72	RS 1.279,41	RS 3.005,13	RS 200,34
04.09.03.004-0	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU DE PRÓSTATA)	RS 2.725,06	RS 4.643,33	RS 1.411,41	RS 6.054,74	-RS 3.329,68
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO	RS 678,69	RS 204,12	RS 220,06	RS 424,18	RS 254,51
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	RS 1.233,02	RS 671,94	RS 484,02	RS 1.155,96	RS 77,06
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	RS 1.152,22	RS 671,73	RS 408,48	RS 1.080,21	RS 72,01
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	RS 1.387,58	RS 671,64	RS 629,22	RS 1.300,86	RS 86,72
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	RS 1.120,42	RS 643,62	RS 406,77	RS 1.050,39	RS 70,03
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	RS 822,30	RS 545,55	RS 225,36	RS 770,91	RS 51,39
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	RS 824,19	RS 519,72	RS 252,96	RS 772,68	RS 51,51
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	RS 1.404,38	RS 381,84	RS 495,90	RS 877,74	RS 526,64
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BALANO PREPUICIAL	RS 0,00	RS 0,00	RS 0,00	RS 34,10	-RS 34,10
04.09.05.007-5	PLÁSTICA TOTAL DO PENIS	RS 1.616,06	RS 965,04	RS 550,02	RS 1.515,06	RS 101,00
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	RS 701,18	RS 195,44	RS 242,80	RS 438,24	RS 262,94
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA – Honorário Médico P2	RS 0,00	RS 0,00	RS 426,47	RS 426,47	-RS 426,47



NEUROLOGIA - MÉDIA COMPLEXIDADE						
Código do procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.03.01.001-2	CRANIOPLASTIA	RS 4.164,68	RS 2.398,92	RS 1.567,44	RS 3.966,36	RS 198,32
04.03.01.010-1	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO/ATRIO/PLEURA E RAQUI	RS 4.727,27	RS 2.455,92	RS 2.046,24	RS 4.502,16	RS 225,11
04.03.02.007-7	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	RS 1.203,87	RS 604,29	RS 542,25	RS 1.146,54	RS 57,33
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	RS 1.095,00	RS 435,54	RS 607,32	RS 1.042,86	RS 52,14
04.08.03.040-2	DISSECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	RS 1.508,22	RS 1.876,44	RS 1.140,00	RS 3.016,44	-RS 1.508,22

VASCULAR						
Código do procedimento	Descrição do procedimento	Tabela SUS Paulista	SIGTAP (conforme Portaria SAES/MS nº 3.245/2025)			Diferença
			Hospital	H. Médicos	Total	
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	RS 2.180,40	RS 780,33	RS 1.720,11	RS 2.500,44	-RS 320,04
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	RS 2.625,46	RS 780,33	RS 1.296,24	RS 2.076,57	RS 548,89
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

Handwritten signatures and initials

Handwritten mark



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 01/2026

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\$ 43.486.640,16 (quarenta e três milhões quatrocentos e oitenta e seis mil seiscientos e quarenta reais e dezesseis centavos)

EXERCÍCIO: 2026

ADVOGADO: Sandra Maria Palmieri Felizardo – OAB/SP 299.486

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1- Estamos CIENTES de que:

- a) O ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como os processos das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos 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, 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 Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), 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 público conveniente e entidade conveniada, bem como dos interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2024, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s).

2- Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber;
- c) Este termo corresponde à situação prevista no inciso II do artigo 30 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, em que, se houver débito, determinando a notificação do responsável para, no prazo estabelecido no Regimento Interno, apresentar defesa ou recolher a importância devida;
- d) A notificação pessoal só ocorrerá caso a defesa apresentada seja rejeitada, mantida a determinação de recolhimento, conforme §1º do artigo 30 da citada Lei.

Mogi Mirim, 27 de fevereiro de 2026.

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: Mauro Nunes Junior

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 096.863.328-55

Autoridade máxima da Entidade beneficiária:

Nome: Daniel de Carvalho Frúgoli

Cargo: Interventor dos serviços SUS

CPF: 289.118.598.69

4

64

10



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

Pela Entidade conveniada:

Nome: Daniel de Carvalho Frúgoli

Cargo: Interventor dos serviços SUS

CPF: 289.118.598.69

Assinatura: _____

Pelo Município:

Nome: Mauro Nunes Junior

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 096.863.328-55

Assinatura: _____

Testemunha:

Nome: Gisele Peres Bertholdo

Cargo: Divisão de Gestão de Convênio com a Santa Casa de Misericórdia

CPF: 222.163.458-65

Assinatura: _____