



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### CONVÊNIO COM ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS (INTEGRAÇÃO AO SUS PARA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE)

CONVÊNIO Nº.: 277/2016

PROCESSO Nº.: 001.0215.002914/2016

**Convênio de assistência à saúde, que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e o(a) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível.**

Pelo presente instrumento, o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº. 188, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, neste ato representada pelo seu Secretário, **Dr. David Everson Uip**, Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil: Casado, Profissão: Médico, portador do RG nº: 4.509.000-2 e inscrito no CPF nº: 791.037.668-53, daqui por diante denominada **SECRETARIA**, e o(a) **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível**, CNPJ nº: 52.879.905/0001-87, inscrito(a) no CREMESP sob nº 901407, com endereço na Cidade de Monte Aprazível/SP, na(o) Rua São João, nº: 729, com estatuto arquivado no(a) Cartório Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Monte Aprazível/SP, registrado sob nº 014, em 12/01/2005, neste ato representado(a) por seu (sua, seus): Provedor, **Sr. Sérgio Rosseti Junior**, Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil: Casado, Profissão: Farmacêutico, portador(a) do RG. nº: 22.859.354-2 e inscrito(a) no CPF nº: 255.838.548-80, doravante denominado(a) **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe sobre a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nº. 8080/90 e 8142/90, a Lei Federal nº. 8666/93 e alterações, demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, e em conformidade com o

  
1



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

credenciamento da **CONVENIADA**, mediante **EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA nº01/2016** promovido pela **SECRETARIA**, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA

#### DO OBJETO

O presente convênio tem por objeto integrar a **CONVENIADA** 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 e ambulatoriais, visando a garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a **CONVENIADA** está inserida, e conforme Plano Operativo anexo.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Em se tratando de entidade com Hemocentro, deverá fornecer sangue e/ou componentes relativos ao recrutamento de doadores, coleta de sangue, análise laboratorial, classificação e processamento do sangue, bem como armazenamento de dados clínicos e laboratoriais dos doadores.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Os serviços ora conveniados encontram-se discriminados no Plano Operativo, que integra o presente convênio, para todos os efeitos legais e serão prestados pelos estabelecimentos:

1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível, CNES nº 2082667, CNPJ: 52.879.905/0001-87, situado à Rua São João, nº 729, Bairro: Centro, Cidade: Monte Apazível, Estado: SP, CEP: 15150-000, Telefone: (17) 3275-9510.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme definido na Programação Pactuada Integrada – PPI e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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/SP, da capacidade instalada da **CONVENIADA**, 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, pelo menos, 60% (sessenta por cento) dos leitos ou serviços ambulatoriais e 90% (noventa por cento) para os serviços de Banco de Sangue, quando for o caso, e atingidas as metas de produção discriminadas no Plano Operativo que integra o presente convênio.

### CLÁUSULA SEGUNDA DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO

Para atender ao objeto deste convênio, a **CONVENIADA** se obriga a realizar duas espécies de internação:

- I - eletiva;
- II - emergência ou de urgência.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A internação eletiva somente será efetuada pela **CONVENIADA** mediante a apresentação de laudo médico autorizado por profissional do SUS, ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A internação de emergência ou de urgência será efetuada pela **CONVENIADA** sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Nas situações de urgência ou de emergência o médico da **CONVENIADA** procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade de internação, emitindo laudo médico que será enviado, no prazo de 2 (dois) dias úteis, ao

*f. flauto*  
3



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

órgão competente do SUS para autorização de emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), também no prazo de 2 (dois) dias úteis.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Na ocorrência de dúvida, ouvir-se-á a **CONVENIADA** no prazo de 02 (dois) dias, emitindo-se parecer conclusivo em 02 (dois) dias.

### CLÁUSULA TERCEIRA

#### DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

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

#### **I - Assistência médico-ambulatorial:**

1. atendimento médico, nas especialidades relacionadas no Plano Operativo que integra o presente convênio, (por especialidade), com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência, compreendendo os enumerados nos itens I e II da Cláusula Segunda;
2. assistência social;
3. atendimento odontológico, quando disponível;
4. assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição, e outras, quando indicadas;
5. serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT);
6. recrutamento e seleção de doadores de sangue, coleta, processamento e armazenamento o sangue e hemocomponentes, quando se tratar de entidade com hemocentro.

*ifab*  
4



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### 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 equipes médica especializada, de enfermagem e pessoal auxiliar;
3. utilização de centro cirúrgico e procedimentos anestésicos;
4. tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com a listagem do Sistema Único de Saúde - RENAME;
5. fornecimento de sangue e hemoderivados;
6. quando a entidade for Hemocentro deverá se responsabilizar pela coleta, processamento, análise e fornecimento de sangue e componentes necessários ao atendimento de pacientes, de acordo com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde em vigência, realizando exames de pesquisa de grupo sanguíneo ABO, fator Rh e provas de compatibilidade, bem como armazenamento de sangue e seus componentes, a serem transfundidos em pacientes, bem como pelo rastreamento e exames pertinentes dos receptores de hemocomponentes envolvidos em casos de soroconversão de doadores;
7. utilização de materiais e insumos necessários ao atendimento;
8. procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
9. utilização dos serviços gerais;
10. fornecimento de roupa hospitalar;
11. diárias de 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;
12. diárias de UTI – Unidade de Terapia Intensiva, se necessário, e quando contratadas;
13. alimentação com observância das dietas prescritas;
14. procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia, e outros que se fizerem necessários ao adequado



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

atendimento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

### **CLÁUSULA QUARTA** **DAS CONDIÇÕES GERAIS**

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

I - o acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

II - encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

III - gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste convênio;

IV - a prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica;

V - atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;

VI - observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

VII - estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse convênio.

### **CLÁUSULA QUINTA** **DOS ENCARGOS COMUNS**

São encargos comuns dos partícipes:

- a) elaboração de protocolos técnicos e de encaminhamento para as ações de saúde;
- b) elaboração do Plano Operativo;
- c) educação permanente de recursos humanos;



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

d) aprimoramento da atenção à saúde.

### CLÁUSULA SEXTA DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS

São encargos dos partícipes:

I – da **CONVENIADA**:

Cumprir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste convênio.

II - da **SECRETARIA**:

- a) transferir os recursos previstos neste convênio à **CONVENIADA**, conforme Cláusula Décima Segunda deste ajuste.
- b) controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados;
- c) estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde,
- d) analisar os relatórios elaborados pela **CONVENIADA**, comparando-se as metas do Plano Operativo com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.

### CLÁUSULA SÉTIMA DO PLANO OPERATIVO ANUAL

O Plano Operativo deverá ser anual e é parte integrante deste convênio, e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela **SECRETARIA** e pela **CONVENIADA**, que deverá conter:

- I - todas as ações e serviços objeto deste convênio;
- II - a estrutura tecnológica e a capacidade instalada;
- III - definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio

*Wak*  
7



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra-referência;

IV - definição das metas de qualidade;

V - descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aquelas referentes:

a) ao Sistema de Apropriação de Custos;

b) à prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos pela **SECRETARIA**;

c) ao trabalho de equipe multidisciplinar;

d) ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde;

e) ao funcionamento adequado dos comitês de avaliação de mortalidade por grupo de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal (comissão de óbito);

f) à implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento;

g) elaboração de painel de indicadores de acompanhamento de desempenho institucional.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Plano Operativo poderá ser reavaliado a qualquer tempo, em função de eventuais alterações de inclusão ou supressão de procedimentos médico-hospitalares e deverá ser encartado no respectivo processo de convênio ou de celebração de contrato.

### CLÁUSULA OITAVA DOS PROFISSIONAIS DA CONVENIADA

Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **CONVENIADA** 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 **CONVENIADA** para prestar serviços.





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Para os efeitos deste convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONVENIADO**:

- 1 - o membro de seu corpo clínico;
- 2 - o profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONVENIADA**;
- 3 - o profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços à **CONVENIADA** ou, por esta, autorizado.

**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** - No tocante à internação e ao acompanhamento do paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

- 1 - os pacientes serão internados em enfermaria ou quarto com o número máximo de leitos previsto nas normas técnicas para hospitais;
- 2 - é vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida ao paciente;
- 3 - a **CONVENIADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONVÊNIO**;
- 4 - nas internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, é assegurada a presença de acompanhante, em tempo integral, no hospital, podendo a **CONVENIADA** acrescentar à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes ao alojamento e alimentação.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar, exercidos pela **SECRETARIA** sobre a execução do objeto deste **CONVÊNIO**, os **CONVENENTES** reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida à **CONVENIADA**.



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PARÁGRAFO QUINTO** - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONVENIADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONVÊNIO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **SECRETARIA** ou para o **Ministério da Saúde**.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A **CONVENIADA** se obriga a informar, diariamente, à **SECRETARIA**, o número de vagas de internação disponíveis, a fim de manter atualizado o sistema de regulação do SUS.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A **CONVENIADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos **CONVENIADOS**, ainda que, por falta ocasional de leito vago em enfermaria, tenha a entidade **CONVENIADA** de acomodar o paciente em instalação de nível superior à ajustada neste **CONVÊNIO**, sem direito a cobrança de sobre preço.

**PARÁGRAFO OITAVO** - A **CONVENIADA** fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso, superior a (90) noventa dias no pagamento devido, pelo Poder Público, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

### CLÁUSULA NONA

#### ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA

São atribuições da **CONVENIADA**:

- 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-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

*[Assinatura]*



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 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, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- VII - Esclarecer os 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 aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;
- XI - Manter em pleno funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética Médica e Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes;
- 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**;
- XIII - Notificar a **SECRETARIA**, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus **Estatutos** ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;
- XIV - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, dos profissionais que prestam serviços para o estabelecimento e fornecer ao gestor estadual os dados necessários à atualização das demais informações sobre área física, equipamentos e outros;
- XV - submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, ou qualquer outro Programa que venha a ser adotado pelo gestor;
- XVI - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- XVII- obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- XVIII- atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Estadual de Humanização;
- XIX- submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;
- XX- submeter-se as regras e normativas do SUS, do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde;
- XXI- 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);
- XXII- obrigar-se a apresentar o faturamento ambulatorial e/ou hospitalar utilizando os sistemas oficiais e as versões disponibilizadas pelo Ministério da Saúde/DATASUS, em cumprimento ao cronograma de entrega definido pelo Ministério da Saúde;
- XXIII- os registros dos atendimentos ambulatoriais e/ou hospitalares, realizados em um determinado mês, devem ser apresentados no início da competência seguinte.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Quando a entidade tiver Hemocentro, em conformidade com a Portaria GM nº 1.469 de 10 de julho de 2006, que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando houver o fornecimento aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde, fica estabelecido que os Serviços de Hemoterapia Públicos que prestem ou venham a prestar atendimento não-SUS apresentem mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde (DRS), o DEMONSTRATIVO DE ABATIMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS A NÃO SUS (ANEXO III - PORTARIA Nº 1.469, DE 10 DE JULHO DE 2006).

**CLÁUSULA DÉCIMA**  
**DO DEVER DO CONVENIADO**

A subscrição do presente ajuste representará a submissão irrestrita do signatário, conveniado/contratado, e da instituição interveniente, se houver,

  
12



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

aos preceitos que informam a Administração Pública, especialmente no que diz respeito: a) à idoneidade e isenção de penalidade ou conduta reprovável das pessoas físicas ou jurídicas por aquele admitidas para a prestação de serviços objeto deste ajuste; b) à utilização dos recursos na exclusiva finalidade pactuada, em estrita observância à classificação funcional programática e econômica da despesa, sob pena de desvio de finalidade na aplicação dos recursos, sem embargo das demais cominações legais.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

A **CONVENIADA** 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 **CONVENIADA** 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 **CONVENIADA** nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos e demais legislação existente.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos 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 DÉCIMA SEGUNDA DOS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – FNS E FAEC

O **CONVENIADO** receberá, mensalmente, da SES/FUNDES os recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE,

*[Assinaturas manuscritas]*



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

parte integrante do teto do Estado de São Paulo, que serão repassados na seguinte conformidade:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS** tem o valor anual estimado em R\$ 440.371,08 (quatrocentos e quarenta mil, trezentos e setenta e um reais e oito centavos), correspondente ao valor máximo estimado de R\$ 36.697,59 (trinta e seis mil, seiscentos e noventa e sete reais e cinquenta e nove centavos) mensais, em conformidade com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor máximo estimado em R\$ 34.897,59/mês (trinta e quatro mil, oitocentos e noventa e sete reais e cinquenta e nove centavos por mês) para procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE** e para a **ALTA COMPLEXIDADE** o valor máximo estimado em R\$ 0,00/mês (zero real por mês). Os procedimentos identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), estimados em R\$ 1.800,00/mês (um mil, oitocentos reais por mês), serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD**, relativas à utilização de 162 AIH/mês tem o valor anual estimado em R\$ 1.176.809,76 (um milhão, cento e setenta e seis mil, oitocentos e nove reais e setenta e seis centavos), correspondente ao valor máximo estimado de R\$ 98.067,48 (noventa e oito mil e sessenta e sete reais e quarenta e oito centavos) mensais, em conformidade com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor máximo estimado em R\$ 98.067,48/mês (noventa e oito mil e sessenta e sete reais e quarenta e oito centavos por mês) para procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE** e para a **ALTA COMPLEXIDADE** o valor máximo estimado em R\$ 0,00/mês (zero real por mês). Os procedimentos identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), estimados em R\$ 0,00/mês (zero real por mês), serão



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Receberá ainda, o Conveniado, o valor anual de R\$ 713.343,60 (setecentos e treze mil, trezentos e quarenta e três reais e sessenta centavos) que corresponde ao valor mensal de R\$ 59.445,30 (cinquenta e nove mil, quatrocentos e quarenta e cinco reais e trinta centavos), como **INCENTIVO**, conforme descrito:

I – R\$ 4.239,52/mês (quatro mil, duzentos e trinta e nove reais e cinquenta e dois centavos por mês), destinado ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (**INTEGRASUS**), Portaria MS GM nº 237, de 14/02/2014.

II – R\$ 55.205,78/mês (cinquenta e cinco mil, duzentos e cinco reais e setenta e oito centavos por mês), destinado ao Incentivo de Adesão à Contratualização (**IAC**), Portaria MS GM nº 3.166, de 20/12/2013 (republicada em 26/12/2013).


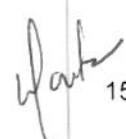
III – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao Incentivo Financeiro 100% SUS (**100% SUS**), Portaria XXXX.

IV – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao custeio das ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos (**OPO**), parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos, Portaria XXXX.

V – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Viver Sem Limites (**RDEF**), Portaria XXXX.

VI – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Brasil Sem Miséria (**BSOR-SM**), Portaria XXXX.

VII – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Saúde Mental (**RSME**), Portaria XXXX.

  
  
15



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

VII – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Cegonha (**RCE-RCEG**), Portaria XXXX.

VIII – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Urgência (**RAU**), Portaria XXXX.

IX – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo e Mama (**RCA-RCAN**), Portaria XXXX.

X – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes do **Limite Controle do Câncer**, Portaria XXXX.

XI – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao Incentivo de Assistência à População Indígena (**IAPI**), Portaria XXXX.

XII – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao Incentivo Financeiro para **Residência Médica**, Portaria XXXX.

XIII – R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado para o Programa **Melhor em Casa**, Portaria XXXX.

**PARÁGRAFO QUARTO** - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes determinados pelo Plano Operativo, cabendo ao Conveniado fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Os valores de que tratam os parágrafos 1º, 2º e 3º, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A comissão de avaliação citada no § 4º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo ao Conveniado, neste prazo, indicar à Regional o nome dos seus representantes.

**PARÁGRAFO OITAVO** - O Conveniado obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH / SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

**PARÁGRAFO NONO** - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos anualmente, quando da renovação do Plano Operativo, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordada.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

### OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

As despesas dos serviços realizados por força deste **CONVÊNIO**, nos termos e limites do documento “**Autorização de Pagamento**” fornecido pelo Ministério da Saúde, correrão, no presente exercício, à conta de dotação consignada nos orçamentos do Ministério da Saúde, responsável pela cobertura dos serviços conveniados, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.0930 – ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS/SP.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A **Secretaria de Estado da Saúde**, mediante **Autorização de Pagamento** é a unidade orçamentária responsável pelo repasse de recursos



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

provenientes do Fundo Nacional de Saúde/MS para o pagamento dos serviços conveniados de "MÉDIA COMPLEXIDADE, Alta Complexidade, Estratégicos e dos Incentivos", previstos na Clausula Décima Segunda, Parágrafos Primeiro, Segundo e Terceiro, até o montante declarado em documento administrativo – financeiro fornecido pelo Ministério da Saúde à **SECRETARIA**, que diante de disponibilidade orçamentária e financeira poderá optar por efetuar os pagamentos dos valores correspondentes aos procedimentos efetivamente prestados, até o limite constante na FPO – Ficha de Programação Orçamentária.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As despesas deste convênio correm à conta das dotações próprias aprovadas pela Secretaria e pelo Ministério da Saúde, que repassa os recursos para a cobertura da assistência à saúde prestada pelo CONVENIENTE de forma direta, regular e automática pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS para o FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FUNDES, nos termos da Lei Federal nº 8080/90 e Lei Complementar nº 141/2012.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

#### DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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

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

II - A **SECRETARIA** revisará as faturas e documentos recebidos do **CONVENIADO**, procederá ao 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



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Saúde e pela Secretaria de Estado 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, ao **CONVENIADO**, recibo, assinado ou rubricado pelo servidor da **SECRETARIA**, com aposição do respectivo carimbo funcional;

V - Na hipótese da **SECRETARIA** 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, pelo **CONVENIADO**, 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 ao **CONVENIADO** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde. 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**, esta garantirá ao **CONVENIADO** o pagamento, no prazo avençado neste **CONVÊNIO**, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado 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 – Em conformidade com o Parágrafo Único da Cláusula Nona deste instrumento, quando houver o fornecimento aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde, o **DEMONSTRATIVO DE ABATIMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS A NÃO-SUS (ANEXO III - PORTARIA Nº 1.469, DE 10 DE JULHO DE 2006, que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde- SUS)**, deverá ser preenchido, assinado pelo prestador e apresentado, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde (DRS), junto à prestação de contas, sendo que o número de coletas identificado pelo prestador será



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

abatido da fatura apresentada aos SUS nos módulos de triagem clínica, coleta ST, exames imuno-hematológicos, exames sorológicos e processamento.

### 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, a 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** vistoriará as instalações da **CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas da **CONVENIADA**, comprovada por ocasião da assinatura deste convênio.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONVENIADA** poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A fiscalização exercida pela **SECRETARIA** sobre os serviços ora conveniados não eximirá a **CONVENIADA** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA** ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

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



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PARÁGRAFO SEXTO** - Em qualquer hipótese é assegurado à **CONVENIADA** 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 DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS

A **CONVENIADA** obriga-se a encaminhar à **SECRETARIA**, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

- a) relatório mensal das atividades desenvolvidas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à realização dos serviços, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento;
- b) faturas e demais documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;
- c) relatório anual até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses da assinatura do presente termo, contendo informações sobre a execução do presente convênio;
- d) manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DA RESCISÃO

O presente convênio poderá ser rescindido total ou parcialmente pela **SECRETARIA** quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- a) pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela **SECRETARIA**;



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- b) pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da **SECRETARIA** ou do Ministério da Saúde;
- c) pela não entrega dos relatórios mensais e anuais;
- d) pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DA DENÚNCIA

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente convênio, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 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 180 dias para o encerramento deste convênio.

### CLÁUSULA DÉCIMA NONA 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.

Dois assinaturas manuscritas em tinta preta, uma à esquerda e uma à direita, ambas com traços fluidos e pessoais.



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### CLÁUSULA VIGÉSIMA DA PUBLICAÇÃO

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

### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DA VIGÊNCIA

Tratando-se de convênio que tem por objeto a assistência à saúde prestada de forma contínua, não podendo ser rompida sem prejuízo ao paciente, o prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de 60 (sessenta) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas deste convênio correm à conta das dotações próprias aprovadas pela Secretaria e pelo Ministério da Saúde, que repassa os recursos para a cobertura da assistência à saúde prestada pelo CONVENIENTE de forma direta, regular e automática pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS para o FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FUNDES, nos termos da Lei Federal nº 8080/90 e Lei Complementar nº 141/2012.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**- A vigência direta de 60 (sessenta) meses do convênio não impede a Administração, de exigir a documentação constante da legislação vigente toda vez que reputar necessária.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO

O não cumprimento pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste convênio não transfere para a **SECRETARIA** a obrigação de pagar os serviços ora

23



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

conveniados, os quais são de responsabilidade do MINISTÉRIO DA SAÚDE para todos os efeitos legais.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A SECRETARIA 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 TERCEIRA DO FORO

Os partícipes elegem o Foro da Capital do Estado com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente **CONVÊNIO** que não puderem ser resolvidas por estes ou pelo Conselho Estadual de Saúde.

E por estarem os partícipes justos e conveniados, firmam o presente convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 24 de ~~NOVEMBRO~~ de 2016.

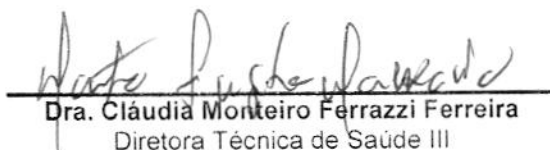
  
\_\_\_\_\_  
**Sr. Sérgio Rosseti Júnior**  
Provedor  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte  
Aprazível

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. David Everson Uip**  
Secretário de Estado da Saúde

*Se de acordo*

*David Everson Uip*  
Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Cláudia Monteiro Ferrazzi Ferreira**  
Diretora Técnica de Saúde III

**Marta Fugita Maekawa**  
Diretor Técnico de Saúde III-Subst.  
RG: 10.276.867-5 - DRS-XV

  
\_\_\_\_\_  
**Eloiso Vieira Assunção Filho**  
Coordenador - CGOF





# Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder  
Executivo  
seção I

**imprensaoficial**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000

Volume 129 • Número 75 • São Paulo, sexta-feira, 19 de abril de 2019 Pág. 41

www.imprensaoficial.com.br

## Saúde

### COORDENADORIA DE GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

#### Extrato de Retirratificação

"Em conformidade com o Decreto - 58.052, de 16-05- 2012".

Processo: 001.0215.002914/2016

Conveniente: O Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.  
Conveniada(o): Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível.

CNPJ: 52.879.905/0001-87

Termo de Retirratificação: 01/2019

Objeto: "Alterar a Cláusula Décima Segunda - Dos Recursos Provenientes do Ministério da Saúde - FNS e FAEC" do Convênio 277/2016, celebrado em 24-11-2016".

Valor Estimado Mensal

1 - Ações Estratégicas

1.1 - SIA/SUS: R\$ 0,00 1

1.2 - SIH/SUS: R\$ 0,00 Valor Mensal

2 - Ações de Média Complexidade

2.1 - SIA/SUS: R\$ 48.819,05

2.2 - SIH/SUS: R\$ 83.354,82

3 - Ações de Alta Complexidade

3.1 - SIA/SUS: R\$ 0,00 3.2 - SIH/SUS: R\$ 0,00

4 - Incentivos

4.1 - Integrasus: R\$ 4.239,52

4.2 - IAC: R\$ 55.205,78

4.3 - 100% SUS: R\$ 0,00

4.4 - OPO: R\$ 0,00

4.5 - RDEF: R\$ 0,00

4.6 - BSOR-SM: R\$ 0,00

4.7 - RSME: R\$ 0,00

4.8 - RCE-RCEG: R\$ 0,00

4.9 - RAU: R\$ 0,00

4.10 - RCA-RCAN: R\$ 0,00

4.11 - IAPI: R\$ 0,00

4.12 - Residência Médica: R\$ 0,00

4.13 - Melhor em Casa: R\$ 0,00

Data de Assinatura: 08-04-2019.

Ofício DRS XV/ CCPM nº 052/2019


São José do Rio Preto, 02 de Maio de 2019.

Prezado Senhor:

Estamos encaminhando a Vossa Senhoria, cópias do Termo de Retirratificação nº 01/2019, ao convênio 277/2016, FPO Ambulatorial e Hospitalar, Plano Operativo Anual, Anexo I – Planilha de Indicadores e Publicação do Extrato do Termo de Retirratificação, para vosso conhecimento e acompanhamento.

Na oportunidade, reiteramos nossos protestos de estima e consideração.

  
Sueli dos Santos Silva  
Diretor Técnico de Saúde II  
CCPM

  
Claudia Monteiro Ferrazzi Ferreira  
Diretor Téc. de Saúde III  
DRS XV - SJRP

Ilmo. Senhor  
João Roberto Camargo  
Provedor  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível  
Monte Aprazível/SP

**SPdoc nº.:** SES/233709/2019

**Processo nº.:** 001.0215.002914/2016

**Termo de Retirratificação.:** nº 01/2019

**Convênio nº.:** 277/2016

**Termo de Retirratificação ao Convênio de Assistência à Saúde, celebrado entre o Governo do Estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Estado da Saúde e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível.**

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o **Governo do Estado de São Paulo**, através da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº. 188, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. José Henrique Germann Ferreira**, Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil: Casado, Profissão: Médico, portador do RG nº: 3.966.500-8 e inscrito no CPF nº: 672.438.518-00, daqui por diante denominada **SECRETARIA**, e a **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível**, CNPJ nº: 52.879.905/0001-87, inscrita no CREMESP sob nº 901407, com endereço na Cidade de Monte Aprazível/SP, na Rua São João, nº: 729, com estatuto arquivado no(a) Cartório Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Monte Aprazível/SP, registrado sob nº 014, em 12/01/2005, neste ato representada por seu Provedor, **Sr. João Roberto Camargo**, Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil: Casado, Profissão: Corretor de Seguros, portador do RG. nº: 187.460.50 e inscrito no CPF nº: 080.682.398-47, doravante denominada **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe sobre a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nº 8080/90 e 8142/90, a Lei Federal nº 8666/93 e alterações posteriores e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si, justo e acordado, o presente Convênio de assistência integral à saúde, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Termo de Retirratificação tem por finalidade alterar a **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** do Convênio nº 277/2016, celebrado em 24/11/2016,

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

considerando a incorporação de recurso financeiro no valor mensal de R\$ 2.580,00 (dois mil, quinhentos e oitenta reais) conforme o disposto na PT MS/GM nº 15 de 03/01/2018 (estabelece a migração de proc. de Mamografia Bilateral para Rastreamento financiado pelo FAEC para MAC) e Resolução SS 18 de 26/02/2018 (estabelece recurso a ser incorporado ao MAC), bem como transferência de recurso financeiro no valor de R\$ 3.371,20 (três mil, trezentos e setenta e um reais e vinte centavos) para a Santa Casa de José Bonifácio realizar procedimentos de Endoscopia aos municípios da CIR Bonifácio.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DA RETIFICAÇÃO**

A Cláusula Décima Segunda do Convênio ora retificado, passa a ter a seguinte redação:

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - FNS E FAEC**

O **CONVENIADO** receberá, mensalmente, da **SES/FUNDES** os recursos provenientes do **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE**, parte integrante do teto do Estado de São Paulo, que serão repassados na seguinte conformidade:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS** tem o valor anual estimado em R\$ 585.828,60 (quinhentos e oitenta e cinco mil, oitocentos e vinte e oito reais e sessenta centavos), correspondente ao valor máximo estimado de R\$ 48.819,05 (quarenta e oito mil, oitocentos e dezenove reais e cinco centavos) mensais, em conformidade com a FPO - Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor máximo estimado em R\$ 48.819,05/mês (quarenta e oito mil, oitocentos e dezenove reais e cinco centavos por mês) para procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE** e para a **ALTA COMPLEXIDADE** o valor máximo estimado em R\$ 0,00/mês (zero real por mês). Os procedimentos identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de

Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), estimados em R\$ 0,00/mês (zero real por mês), serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD**, relativas à utilização de 149 AIH/mês tem o valor anual estimado em R\$ 1.000.257,84 (um milhão, duzentos e cinquenta e sete reais e oitenta e quatro centavos), correspondente ao valor máximo estimado de R\$ 83.354,82 (oitenta e três mil, trezentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e dois centavos) mensais, em conformidade com a FPO - Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor máximo estimado em R\$ 83.354,82/mês (oitenta e três mil, trezentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e dois centavos por mês) para procedimentos de **MÉDIA COMPLEXIDADE** e para a **ALTA COMPLEXIDADE** o valor máximo estimado em R\$ 0,00/mês (zero real por mês). Os procedimentos identificados como de **AÇÕES ESTRATÉGICAS** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), estimados em R\$ 0,00/mês (zero real por mês), serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados ao **CONVENIADO** por intermédio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Receberá ainda, o Conveniado, o valor anual de R\$ 713.343,60 (setecentos e treze mil, trezentos e quarenta e três reais e sessenta centavos) que corresponde ao valor mensal de R\$ 59.445,30 (cinquenta e nove mil, quatrocentos e quarenta e cinco reais e trinta centavos), como **INCENTIVO**, conforme descrito:

I - R\$ 4.239,52/mês (quatro mil, duzentos e trinta e nove reais e cinquenta e dois centavos por mês), destinado ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (**INTEGRASUS**), Portaria MS GM nº 237, de 14/02/2014.

II - R\$ 55.205,78/mês (cinquenta e cinco mil, duzentos e cinco reais e setenta e oito centavos por mês), destinado ao Incentivo de Adesão à

Contratualização (**IAC**), Portaria MS GM nº 3.166, de 20/12/2013 (republicada em 26/12/2013).

III - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao Incentivo Financeiro 100% SUS (**100% SUS**), Portaria XXXX.

IV - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao custeio das ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos (**OPO**), parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos, Portaria XXXX.

V - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Viver Sem Limites (**RDEF**), Portaria XXXX.

VI - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Brasil Sem Miséria (**BSOR-SM**), Portaria XXXX.

VII - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Saúde Mental (**RSME**), Portaria XXXX.

VII - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Cegonha (**RCE-RCEG**), Portaria XXXX.

VIII - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Urgência (**RAU**), Portaria XXXX.

IX - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo e Mama (**RCA-RCAN**), Portaria XXXX.

X - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao Incentivo de Assistência à População Indígena (**IAPI**), Portaria XXXX.

XI - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado ao Incentivo Financeiro para **Residência Médica**, Portaria XXXX.



XII - R\$ 0,00/mês (zero real por mês), destinado para o Programa **Melhor em Casa**, Portaria XXXX.

**PARÁGRAFO QUARTO** - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes determinados pelo Plano Operativo, cabendo ao Conveniado fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Os valores de que tratam os parágrafos 1º, 2º e 3º, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

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

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A comissão de avaliação citada no § 4º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo ao Conveniado, neste prazo, indicar à Regional o nome dos seus representantes.

**PARÁGRAFO OITAVO** - O Conveniado obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH / SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

**PARÁGRAFO NONO** - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos anualmente, quando da renovação do Plano Operativo, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordada.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do convênio inicial, não alteradas por este instrumento.

**CLÁUSULA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO**


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

E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 08 de ABRIL de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**João Roberto Camargo**

Provedor  
Iramandade da Santa Casa de Misericórdia de  
Monte Aprazível

  
\_\_\_\_\_  
**José Henrique Germann Ferreira**

Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
**Cláudia Monteiro Ferrazzi Ferreira**

Diretora Técnica de Saúde III  
DRS XV - São José do Rio Preto

  
\_\_\_\_\_  
**Eloísa Vieira Assunção Filho**  
Coordenador - CGOF





Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Regiões de Saúde  
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

## PLANO OPERATIVO SUS - SP

**SPDOC: SES/233709/2019**

**Processo Legado: 001.0215.002914/2016**

**Convênio nº: 277/2016**

**Data da Assinatura do Convênio: 24/11/2016**

**Vigência do Convênio: 24/11/2016 até 24/11/2021**

**Plano Operativo nº: 01/2019**

**Vigência do Plano Operativo: 08 / 04 / 2019 até 24/11/2021**

### I - IDENTIFICAÇÃO DO CONVENIADO

Razão Social: **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível**

CNES: **2082667**

CNPJ: **052.879.905/0001-87**

Licença de Funcionamento: **CEVS nº. 353140701-861-000001-1-6**

Data final da validade da licença de funcionamento: **28/06/2019**

Endereço: **Rua São João, Nº 729 - Centro**

Município: **Monte Aprazível**

CEP: **15150-000**

Provedor: **João Roberto Camargo**

Diretor Clínico: **Oraldo Ramos de Carvalho Neto**

Diretor Técnico: **Luiz Antônio Munhoz Bogaz**

### II - CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Natureza Jurídica: **3999 - Associação Privada (Entidade Sem Fins Lucrativos)**

Documento CEBAS vigente: **Portaria MS/SAS nº. 1.126 de 24/07/2018**

Data de validade do documento CEBAS vigente: **08/05/2019 á 07/05/2022**

Atendimento Ambulatorial: **sim ( x ) / não ( )**

Atendimento Hospitalar: **sim ( x ) / não ( )**

Atende SUS: **60%**

Atende outros Convênios, Contratos e Particulares: **40%**

### III - CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA

#### AMBULATÓRIO

Nº. de Clínicas básicas: **08**

Nº. de consultórios não médicos: **02**

Nº. de salas de gesso: **01**

Fonte CNES: 14.03.2019

Av. Dr. Jânio Quadros, 150, Distrito Industrial Ulysses Guimarães | CEP 15092-602 | São José do Rio Preto, SP |  
Fone: (17) 3211-4800



Secretaria de Estado da Saúde  
 Coordenadoria de Regiões de Saúde  
 Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

### URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Demanda espontânea:	<b>sim (x)</b> / não ( )	
Demanda referenciada:	<b>sim (x)</b> / não ( )	
Consultórios médicos:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>02</b>
Sala de atendimento indiferenciado:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>03</b>
Sala de curativo:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Sala pequena cirurgia:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Sala repouso/observação - Feminino:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Leitos de repouso/observação Feminino:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>04</b>
Sala repouso/observação - Masculino:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Leitos de repouso/observação Masculino:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>02</b>
Sala repouso/observação - Pediátrica:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Leitos de repouso/observação - Pediátrica:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>02</b>
Sala de atendimento a paciente crítico/estabilização:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Leitos de atendimento a paciente crítico/estabilização:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>

Fonte CNES: 14.03.2019

### SADT

	Quant. de salas	Quant. de aparelhos
Mamografo com comando Simples		01
Processadora de Filme Exclusiva para Mamografia	01	01
Raio X até 100 MA	móvel	01
Raio X de 100 a 500 MA	01	01
Raio X mais de 500 MA	01	01
Ultrassom Doppler Colorido	01	01
Eletrocardiógrafo	01	02
Laparoscópio/Vídeo	01	01

Fonte CNES: 14.03.2019

### CENTRO CIRURGICO

Horário de funcionamento: **24 horas**

Sala de cirurgia:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>04</b>
Sala de parto normal:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Sala de pré-parto:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Sala de recuperação:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>
Leitos de recuperação:	<b>sim (x)</b> / não ( ),	Quant.: <b>01</b>

Fonte CNES: 14.03.2019

### INTERNAÇÃO

Tipos de leitos por especialidades/CNES	Leitos Existentes	Leitos SUS
Médica	<b>49</b>	<b>22</b>
Pediátrica	<b>17</b>	<b>02</b>
Cirúrgica	<b>08</b>	<b>06</b>
Obstétrica	<b>06</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>30</b>

Fonte CNES: 14.03.2019



Secretaria de Estado da Saúde  
 Coordenadoria de Regiões de Saúde  
 Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

IV - HABILITAÇÕES	Portaria MS n°/ano	Data
Especialidade / Área	-	07/1992
Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS		

Fonte CNES: 14.03.2019

#### IV - METAS FÍSICAS E FINANCEIRAS

a) AMBULATÓRIO				MAC			
Código	Agrupamento		Referência	MC		AC	
				Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
02	Diagnóstico em laboratório clínico		Nipoã	140	789,94		
04-01	SADT - Mamografia		Monte Aprazível	87	3.915,00		
04-02	SADT - RX			580	4.776,64		
04-04	SADT - Ultrassonografia		Poloni	60	1.520,75		
05	Diagnósticos em especialidades		União Paulista	140	721,00		
08	Atendimentos / Acompanhamentos			6.630	32.891,00		
08	Consultas	Cirurgia Geral	CIR BONIFÁCIO	31	310,00		
		Ortopedia		80	800,00		
09	Fisioterapia		Nipoã	388	2.193,32		
10	Tratamentos clínicos (outros)		Monte Aprazível	08	292,70		
15	Pequenas cirurgias		Poloni	32	552,40		
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço		União Paulista	10	56,30		
<b>TOTAL</b>				<b>8.186</b>	<b>48.819,05</b>		



Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Regiões de Saúde  
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

**b) INTERNAÇÃO - AIH**

Código	Agrupamento	Referência	MAC			
			MC		AC	
			Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
01	Cirúrgico	CIR Bonifácio	22	24.825,09		
03	Clínico	Micro Região	112	50.879,90		
07	Pediátrico		15	7.649,83		
<b>TOTAL</b>			<b>149</b>	<b>83.354,82</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**c) CIRURGIA ELETIVA - CDR**

CDR - CADASTRO DE DEMANDA POR RECURSO	
ESPECIALIDADES	Quantidade /Mês
Hérnia	12
Colecistectomia	5
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

**V - PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS OU PROJETOS**

Programa		Portaria MS nº/ano	Valor
Integração ao Sistema Único de Saúde	INTEGRASUS	237/2014	<b>4.239,52</b>
Incentivo Adesão á Contratualização	IAC	-	<b>55.205,78</b>
Programa Pró Santa Casa		-	<b>12.600,00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>72.045,30</b>

**VI - TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO**

• <b>TETO MAC</b>	
SIA	R\$ 48.819,05
SIH	R\$ 83.354,82
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 132.173,87</b>



Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Regiões de Saúde  
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

## VII - INDICADORES PACTUADOS (ANEXO I)

### A - INDICADORES DE GESTÃO

- A1. Atualização do CNES;
- A2. Percentual de diagnósticos secundários na AIH acima de 25%, discriminados por especialidades: cirurgia geral e clínica médica;
- A3. Disponibilização mensal da agenda ambulatorial de consultas e exames;
- A4. Protocolo de Acolhimento e de classificação de risco;
- A5. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH;
- A6. Alvarás de funcionamento e auto de vistoria do corpo de bombeiros (AVCB);
- A7. Comissões obrigatórias e respectivos relatórios (Controle de infecção hospitalar, Óbitos e Prontuários);
- A8. Plano diretor;
- A9. Serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário e ao trabalhador;
- A10. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais);
- A11. Educação permanente - capacitações e treinamentos no período.
- A12. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- A13. Visita aberta/Horário ampliado de no mínimo 8 horas;
- A14. Humaniza SUS - Plano Institucional de Humanização;
- A15. Humaniza SUS - Direito de acompanhante ao paciente;
- A16. Política Nacional de Atenção Hospitalar - Alta Hospitalar Responsável.

### B - INDICADORES DE PRODUÇÃO

- B1. Alcance da produção em relação ao contratado/conveniado no POA;
- B2. Taxa de ocupação de leitos SUS na especialidade clínica;
- B3. Taxa de ocupação de leitos SUS na especialidade cirúrgica;
- B4. Tempo médio de permanência - leitos clínica médica;
- B5. Tempo médio de permanência - leitos cirúrgicos;
- B6. Taxa de mortalidade institucional;
- B7. Incidência de queda de paciente.

## VIII - REGULAÇÃO E CONTROLE

A entrada do paciente na Santa Casa de Misericórdia de Monte Aprazível se dá por atendimento da demanda espontânea e referenciada.

### AMBULATORIO

Os pacientes chegam até o hospital espontaneamente, para atendimento no Pronto Socorro anexo à Santa Casa. E, referenciados pela Unidade Básica de Saúde, portando guia de encaminhamento, conforme cotas pactuadas.



Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria de Regiões de Saúde  
Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV

### **INTERNACÃO**

Uma das portas de entrada é o Pronto Socorro da Santa Casa. Outros casos são referenciados pela Unidade Básica de Saúde.

O paciente é avaliado pelo médico plantonista e, após constatação da necessidade de internação, verifica-se a disponibilidade de leito, efetiva-se a internação e a autorização da AIH é solicitada pela Internet no Sistema CROSS da Secretaria Estadual de Saúde.

Após a avaliação do autorizador, a AIH é autorizada no sistema e impressa pelo Hospital, faturada e arquivada no prontuário médico do paciente.


Os casos de maior complexidade são repassados para regulação da CROSS/SP - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde.

### **IX - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A Instituição será responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados/pactuados neste Plano Operativo, nos prazos fixados. Deverá ainda participar das reuniões de avaliação no DRS.


A avaliação de desempenho da Instituição será realizada conforme indicadores pactuados no presente POA - Plano Operativo Anual, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas físicas e qualitativas, bem como a inserção da unidade no sistema de regulação e de controle. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

São José do Rio Preto, 08 de ABRIL de 2019.

  
João Roberto Camargo

Provedor

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de  
Monte Aprazível

  
Cláudia Monteiro Ferrazzi Ferreira

Diretor Técnico de Saúde III  
DRS XV - São José do Rio Preto

PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA - AMBULATORIAL

PRESTADOR: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE APRAZIVEL

CNES: 2082667

CONVENIO Nº: 277/2016

CNPJ: 528799050001-87

PROPOSTA 22/03/2019

Código do Agrupamento	Descrição do Agrupamentos	Quantitativo e valor dos procedimentos contratados							
		MAC				FAEC			
		MC		AC		MC		AC	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
02	Diagnóstico em laboratório clínico	140	789,94						
04-01	SADT - Mamografia	87	3.915,00						
04-02	SADT - RX	580	4.776,64						
04-04	SADT - Ultrassonografia	60	1.520,75						
05	Diagnósticos em especialidades	140	721,00						
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	6.741	34.001,00						
09	Fisioterapia	388	2.193,32						
10	Tratamentos clínicos (outros)	8	292,70						
15	Pequenas cirurgias	32	552,40						
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	10	56,30						
<b>Total</b>		<b>8.186</b>	<b>48.819,05</b>						

Recebi  
26/03/2019  
M. P. S.

Recebido  
22/03/2019  
Lili  
Z

*Paula Paula*  
*26/03/19*

PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA - AMBULATORIAL

PRESTADOR: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE APRAZIVEL

PROPOSTA 22/03/2019

Complexidade	Código/ Descrição do Procedimento	Subgrupo	Quantidade e Física	Valor Financeiro	Tipo de Financiamento
MC	020201018 DOSAGEM DE AMILASE	0202	6	13,5	MAC
MC	020201020 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	0202	2	40,2	MAC
MC	020201031 DOSAGEM DE CREATININA	0202	8	14,8	MAC
MC	020201032 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	0202	1	3,68	MAC
MC	020201033 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	0202	1	4,12	MAC
MC	020201042 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0202	3	6,03	MAC
MC	020201046 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	0202	3	10,53	MAC
MC	020201047 DOSAGEM DE GLICOSE	0202	9	16,65	MAC
MC	020201060 DOSAGEM DE POTASSIO	0202	3	5,55	MAC
MC	020201063 DOSAGEM DE SODIO	0202	2	3,7	MAC
MC	020201064 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	0202	6	12,06	MAC
MC	020201065 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	0202	3	6,03	MAC
MC	020201069 DOSAGEM DE UREIA	0202	2	3,7	MAC
MC	020202007 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	0202	2	5,46	MAC
MC	020202013 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP)	0202	10	57,7	MAC
MC	020202014 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	0202	9	24,57	MAC
MC	020202038 HEMOGRAMA COMPLETO	0202	32	131,52	MAC
MC	020203008 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	0202	2	18,5	MAC
MC	020203079 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE	0202	4	120	MAC
MC	020203090 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE	0202	4	80	MAC
MC	020203091 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV	0202	4	74,2	MAC



Complexidade	Código/ Descrição do Procedimento	Subgrupo	Quantidade e Física	Valor Financeiro	Tipo de Financiamento
MC	020205001 ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	0202	10	37	MAC
MC	020205002 CLEARANCE DE CREATININA	0202	2	7,02	MAC
MC	020206001 DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	0202	2	24,48	MAC
MC	020206021 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	0202	2	15,7	MAC
MC	020206025 DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOSTIMULANTE (TSH)	0202	2	17,92	MAC
MC	020206030 DOSAGEM DE PROLACTINA	0202	2	20,3	MAC
MC	020208008 CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	0202	2	11,24	MAC
MC	020209030 PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	0202	2	3,78	MAC
MC	020401008 RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	0204	14	105,28	MAC
MC	020401012 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	0204	9	75,42	MAC
MC	020401014 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	0204	9	65,88	MAC
MC	020402004 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)	0204	17	139,23	MAC
MC	020402006 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	0204	47	515,12	MAC
MC	020402009 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	0204	12	109,92	MAC
MC	020402010 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	0204	5	48,65	MAC
MC	020403007 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	0204	12	100,44	MAC
MC	020403015 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	0204	165	1.567,50	MAC
MC	020403018 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	0204	87	3.915,00	MAC
MC	020404001 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	0204	11	70,62	MAC
MC	020404003 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	0204	30	222	MAC
MC	020404006 RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	0204	5	37	MAC
MC	020404007 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	0204	9	53,1	MAC
MC	020404009 RADIOGRAFIA DE MÃO	0204	32	201,6	MAC
MC	020404012 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	0204	17	117,47	MAC
MC	020405012 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	0204	5	76,5	MAC
MC	020405013 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	0204	4	28,68	MAC
MC	020406008 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	0204	25	162,5	MAC
MC	020406009 RADIOGRAFIA DE BACIA	0204	23	178,71	MAC
MC	020406010 RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	0204	6	39	MAC

Complexidade	Codigo/ Descrição do Procedimento	Subgrupo	Quantidade Física	Valor Financeiro	Tipo de Financiamento
MC	020406011 RADIOGRAFIA DE COXA	0204	13	116,22	MAC
MC	020406012 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	0204	63	427,14	MAC
MC	020406015 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	0204	47	318,66	MAC
MC	020502003 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	0205	10	242	MAC
MC	020502004 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	0205	5	189,75	MAC
MC	020502005 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	0205	6	145,2	MAC
MC	020502006 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	0205	8	193,6	MAC
MC	020502010 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	0205	10	242	MAC
MC	020502014 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	0205	5	121	MAC
MC	020502016 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	0205	8	193,6	MAC
MC	020502018 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	0205	8	193,6	MAC
MC	021102003 ELETROCARDIOGRAMA	0211	140	721	MAC
MC	030101007 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	0301	111	1.110,00	MAC
MC	030106002 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCA	0301	600	7.482,00	MAC
MC	030106006 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	0301	2200	24.200,00	MAC
MC	030106010 ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	0301	30	390	MAC
MC	30106011 .ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	0301	2500	0	MAC
MC	030110001 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	0301	1300	819	MAC
MC	030201002 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNCOES UROG	0302	20	93,4	MAC
MC	030202003 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE E POS CIRURG	0302	40	254	MAC
MC	030203001 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM ALTERACOES OCU	0302	15	95,25	MAC
MC	030204001 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESP	0302	20	127	MAC
MC	030204002 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESP	0302	25	116,75	MAC
MC	030204004 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE PRE/POS CIRURGIA CA	0302	10	63,5	MAC
MC	030204005 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNCOES VASCULARES PERIF	0302	20	93,4	MAC
MC	030205001 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERA	0302	62	393,7	MAC
MC	030205002 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	0302	44	205,48	MAC
MC	030206001 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEU	0302	32	149,44	MAC
MC	030206002 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEU	0302	18	114,3	MAC

Complexidade	Codigo/ Descrição do Procedimento	Subgrupo	Quantidade e Física	Valor Financeiro	Tipo de Financiamento
MC	030206003 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENT	0302	20	93,4	MAC
MC	030206004 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO	0302	22	139,7	MAC
MC	030206005 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE/POS-OPERATO	0302	40	254	MAC
MC	030309009 REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	0303	2	44,42	MAC
MC	030309015 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	0303	2	81,16	MAC
MC	030309020 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMO	0303	2	83,86	MAC
MC	030309022 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMO	0303	2	83,26	MAC
MC	040101005 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E M	0401	15	347,4	MAC
MC	040101007 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	0401	6	74,76	MAC
MC	040101010 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	0401	5	59,2	MAC
MC	040101011 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	0401	6	71,04	MAC
MC	040401027 REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATER	0404	10	56,3	MAC
<b>TOTAL</b>		MAC-MC	<b>8.186</b>	<b>48.819,05</b>	
		MAC-AC			
		TOTAL			

**PRESTADOR:**

DATA:      Nome:

Assinatura:

**DRS:**

DATA:      Nome:

Assinatura:

PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA - HOSPITALAR

PRESTADOR: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE APRAZIVEL

CNPJ: 528799050001-87

CNES: 2082667

CONVENIO Nº: 277/2016

PROPOSTA 22/03/2019

CODIGO	ESPECIALIDADE DO LEITO	LEITOS SUS	Quantitativo e valor dos procedimentos contratados								
			MAC				FAEC				
			MC		AC		MC		AC		
			Fisico	Financeiro	Fisico	Financeiro	Fisico	Financeiro	Fisico	Financeiro	
01	Cirurgico	6	22	24.825,09							
02	Obstetricos										
03	Clinico	22	112	50.879,90							
04	Cronicos										
05	Psiquiatria										
06	Pneumologia Sanitaria (Tisiologia)										
07	Pediatricos	2	15	7.649,83							
08	Reabilitação										
09	Leito Dia / Cirurgicos										
10	Leito Dia / Aids										
11	Leito Dia / Fibrose Cística										
12	Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante										
13	Leito Dia / Geriatria										
14	Leito Dia / Saúde Mental										
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>	<b>149</b>	<b>83.354,82</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	

UTI	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Adulto			
Infantil			
Neonatal			
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

PRESTADOR:

DATA: Nome:

Assinatura:

DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

DATA: Sueli dos Santos Silva

Assinatura:

PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA - AMBULATORIAL  
PRESTADOR: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE APRAZIVEL  
CNES: 2082667  
CONVENIO Nº: 277/2016

CNPJ: 528799050001-87

PROPOSTA 22/03/2019

Código do Agrupamento	Descrição do Agrupamentos	Quantitativo e valor dos procedimentos contratados							
		MAC				FAEC			
		MC		AC		MC		AC	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
02	Diagnóstico em laboratório clínico	140	789,94						
04-01	SADT - Mamografia	87	3.915,00						
04-02	SADT - RX	580	4.776,64						
04-04	SADT - Ultrassonografia	60	1.520,75						
05	Diagnósticos em especialidades	140	721,00						
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	6.741	34.001,00						
09	Fisioterapia	388	2.193,32						
10	Tratamentos clínicos (outros)	8	292,70						
15	Pequenas cirurgias	32	552,40						
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	10	56,30						
<b>Total</b>		<b>8.186</b>	<b>48.819,05</b>						

**PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA - HOSPITALAR**

**PRESTADOR: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE APRAZIVEL**

CNPJ: 528799050001-87

CNES: 2082667

CONVENIO Nº: 277/2016

PROPOSTA 22/03/2019

CODIGO	ESPECIALIDADE DO LEITO	LEITOS SUS	Quantitativo e valor dos procedimentos contratados								
			MAC				FAEC				
			MC		AC		MC		AC		
			Fisico	Financeiro	Fisico	Financeiro	Fisico	Financeiro	Fisico	Financeiro	
01	Cirurgico	6	22	24.825,09							
02	Obstetricos										
03	Clinico	22	112	50.879,90							
04	Cronicos										
05	Psiquiatria										
06	Pneumologia Sanitaria (Tisiologia)										
07	Pediatricos	2	15	7.649,83							
08	Reabilitação										
09	Leito Dia / Cirurgicos										
10	Leito Dia / Aids										
11	Leito Dia / Fibrose Cística										
12	Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante										
13	Leito Dia / Geriatria										
14	Leito Dia / Saúde Mental										
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>	<b>149</b>	<b>83.354,82</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	

UTI	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Adulto			
Infantil			
Neonatal			
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**PRESTADOR:**

DATA: Nome:

Assinatura:

**DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

DATA: Sueli dos Santos Silva

Assinatura: