



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho
Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

1

PLANO OPERATIVO

HOSPITALAR

PERÍODO: 01/01/2026 A 31/12/2026

(12 MESES)

VALOR ANUAL: R\$57.028.000,00

CONVÊNIO Nº 01/2026 (Vigência 01/01/2026 a 31/12/2026)

1. Identificação do Conveniado

1.1. Do Conveniado

Nome: Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Endereço: Rua Epiácio Pessoa, 1741

Bairro: Centro

CEP: 14160-180

CNPJ: 71.326.292/0001-03

1.2. Do Representante Legal:

Nome: Antônio Carlos Cavallaro

RG: 12.538.442-7 SSP/SP

CPF: 014.427.968-12

Cargo na Instituição: Provedor

1.3 Contas Bancárias:

RECURSO	BANCO	AG.	NUMERO DA CONTA
CONV. 01/2026 - ESTADUAL - TABELA SUS	CEF	4282	576893083-0
CONV. 01/2026 - MUNICIPAL	CEF	4282	576893126-7
CONV. 01/2026 - FEDERAL	CEF	4282	576893953-5
CONV. 01/2026 - FEDERAL- PISO ENFERMAGEM	B. BRASIL	0987-3	65.606-2
CONV. 02/2026 - AMBULATORIOS	CEF	4282	577500989-0

1.4-Credenciamento do Conveniado

Inscrição/ Cadastro	Número	Período de Validade
CEBAS	Portaria MS/SAES nº 1.437, de 31/01/2024	31/12/2025 (com anexo de extensão de prazo – declaração de tempestividade)
Título de Utilidade Pública	Processo nº 019.00002769/2024-67	27/08/2028
Alvará de Vigilância em Saúde	355170225-891-000015-1-1	27/11/2026
Inscrição Prefeitura Municipal	101863	
Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	2084171	-

2. Apresentação

A Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho, está inserida na RRAS 13, especificamente na DRS XIII de Ribeirão Preto e é o único hospital da cidade de Sertãozinho que atende o Sistema Único de Saúde – SUS, sendo referência para Região de Saúde Horizonte Verde, composta pelos municípios de Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis e Sertãozinho.

Foi fundada em 1896 e é considerada pelo Ministério da Saúde como Hospital de Médio Porte e presta serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Dispõe dos serviços de UTI tipo II neonatal e pediátrica, UTI tipo II adulto, UCI Neonatal convencional, UCI neonatal canguru e realiza procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia e ortopedia.

O presente Plano Operativo tem como objetivo estabelecer as metas e os indicadores de assistência em saúde, integrando os serviços da Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho ao Sistema Único de Saúde SUS, de forma a garantir atendimento a demandas de saúde da população, buscando equidade, qualidade e sustentabilidade na relação custo efetividade.

2.1. Estrutura

Tabela 1-Tipo de Atendimento	
Ambulatorial	SUS/ Particular/Convênios
Internação	SUS/ Particular/Convênios
SADT	SUS/ Particular/Convênios

Urgência	SUS/ Particular/Convênios
Regulação	SUS/ Particular/Convênios
Fluxo de clientela: Atendimento de demanda espontânea e referenciada	

Tabela 2-Capacidade Física Instalada		
Ambulatorial		
Instalação	Quantidade/ Consultório	Leitos/Equipamentos
Sala de curativo	01	00
Sala de gesso	01	00
Sala de enfermagem (serviços)	01	00
Sala de nebulização	01	00
Unidade de Urgência e Emergência		
Instalação	Quantidade/ Consultório	Leitos/Equipamentos
Consultórios Médicos	03	00
Sala de repouso/Observação - Indiferenciado	01	07
Sala de atendimento à paciente crítico/ sala de estabilização	03	03
Hospitalar		
Instalação	Quantidade/ Consultório	Leitos/Equipamentos
Sala de recuperação	01	07
Sala de pré parto	02	04
Sala de parto normal	02	00
Sala de cirurgia	05	00
Sala de curetagem	01	00
Hospitalar – Leitos		
Tipo de leito	Leitos existentes	Leitos SUS
Complementar		
93-Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	01	01
75-UTI Adulto Tipo II	10	06
81-UTI Neonatal Tipo II	07	06
92-Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	06	05
78-UTI Pediátrica Tipo II	03	02
Especialidade Cirúrgico		
03 – Cirurgia Geral	24	11
09-Neurocirurgia	03	02
13-Ortopedia/ Traumatologia	20	12
Especialidade Clínico		
31-AIDS	02	01
33-Clinica Geral	27	17
Neurologia	3	3
Obstétrico		
10-Obstetria Cirúrgica	05	02
43-Obstetria Clínica	12	07
Pediátrico		
68-Pediatria Cirúrgica	04	01
45-Pediatria Clínica	09	07

Tabela 3-Equipamentos		
Equipamentos de diagnóstico por imagem	Quantidade	Disponível para SUS
Ultrassom convencional	02	Sim
Raio X ate 100 Ma	01	Sim
Raio X com Fluoroscopia	01	Sim
Raio X de 100 a 500 Ma	01	Sim
Raio X mais de 500 mA	01	Sim
Raio X para Densitometria Ossea	01	Sim
Ressonância Magnética	01	Sim
Tomógrafo Computadorizado	01	Sim
Ultrassom Doppler Colorido	02	Sim
Equipamento de infraestrutura	Quantidade	Disponível para SUS
Grupo gerador	01	Sim
Refrigerador	04	Sim
Ar Condicionado	146	Sim
Equipamentos para manutenção da vida	Quantidade	Disponível para SUS
Berço aquecido	16	Sim
Bomba de infusão	81	Sim

Desfibrilador	11	Sim
Equipamento para fototerapia	07	Sim
Incubadora	09	Sim
Marcapasso temporário	02	Sim
Monitor ECG	43	Sim
Monitor de pressão invasivo	25	Sim
Monitor de pressão não invasivo	31	Sim
Reanimador pulmonar/ Ambu	87	Sim
Ventilador Mecânico Pulmonar	33	Sim
Equipamentos por métodos gráficos	Quantidade	Disponível para SUS
Eletrcardiógrafo	10	Sim
Equipamentos por métodos ópticos	Quantidade	Disponível para SUS
Endoscópio de vias urinárias	01	Sim
Laparoscópio/ Vídeo	03	Sim
Microscópio cirúrgico	02	Sim
Oftalmoscópio	04	Sim
Outros equipamentos	Quantidade	Disponível para SUS
Aparelho de hemodiálise (*)	01	Sim

Fonte: CNES, Outubro/2025

(*) Equipamento de terceiro dentro do Conveniado

2.2. Equipe Multidisciplinar

Categoria	Vínculo	Quantidade	Carga Horária Semanal
Nutricionista	CLT	01	42 horas
Fisioterapia	Contrato PJ	Escala	
Enfermeiro	CLT	39	36 horas
Enfermeiro	CLT	13	42 horas
Farmacêutico	CLT	01	44 horas
Farmacêutico	CLT	05	36 horas
Assistente Social	CLT	02	30 horas
Psicólogo	CLT	03	30 horas
Odontólogo	Contrato PJ	01	12 horas
Terapeuta Ocupacional	Contrato PJ	01	20 horas
Fonoaudiólogo	Contrato PJ	Escala	Escala
Médico Emergencialista	Contrato PJ	Escala	
Médico Auditoria	Contrato PJ	Escala	
Médico Anestesia	Contrato PJ	Escala	
Médico Berçário	Contrato PJ	Escala	
Médico Cardiologia Intervencionista	Contrato PJ	Escala	
Médico Cirurgia Cabeça e Pescoço	Contrato PJ	Escala	
Médico Cirurgia Geral Adulto	Contrato PJ	Escala	
Médico Cirurgia Geral Pediátrica	Contrato PJ	Escala	
Médico Cirurgia Plástica	Contrato PJ	Escala	
Médico Cirurgia Vascular	Contrato PJ	Escala	
Médico Clínica Médica	Contrato PJ	Escala	
Médico Direção Clínica	Contrato PJ	Escala	
Médico Direção Técnica	Contrato PJ	Escala	
Médico Neurologia	Contrato PJ	Escala	
Médico Ginecologia e Obstetrícia	Contrato PJ	Escala	
Médico Infectologia	Contrato PJ	Escala	
Médico Nefrologia	Contrato PJ	Escala	
Médico Neurocirurgia	Contrato PJ	Escala	
Médico Ortopedia e traumatologia	Contrato PJ	Escala	
Médico Otorrinolaringologia	Contrato PJ	Escala	
Médico Pediatria	Contrato PJ	Escala	
Médico Traqueostomia	Contrato PJ	Escala	
Médico Urologia	Contrato PJ	Escala	
Médico Intensivista UTI Geral Adulto	Contrato PJ	Escala	
Médico Intensivista UTI Geral Pediátrica	Contrato PJ	Escala	

2.3. Colaboradores

Área	Quantidade
Apoio	131
Administrativo	88
Assistencial	295
Amb. + Unid. De Emerg.	28
Total (Até Nov/25)	542

2.4. Habilitações

Tabela 4-Serviços Habilitados		
Descrição	Portaria	Data
Cuidados Prolongados enfermidades neurológicas	CIB 8	18/03/2009
Cuidados Prolongados enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	Pt SAS 165	08/06/2009
Serviço Hospitalar para Tratamento AIDS	-	-
Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC	PT GM 3408	17/12/2019
Laqueadura		14/11/2006
Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia	Pt SAS 196	23/04/2010
Unidade de assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional	Pt SAS 120 RETIF	14/04/2009
Unidade de assistência de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia	PT SAS165	25/05/2009
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	PT SAS 1312	20/11/2014
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	PT SAS 1312	20/11/2014
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II	PT SAS 1091	01/10/2013
UTI Adulto tipo II	PT GM 1400	22/07/2003
UTI Pediátrica tipo II	PT SAS 712	21/03/2013
Vasectomia	OF.CPS1025/07	14/08/2007
Videocirurgias	-	14/11/2006

3. Atenção à Saúde

A Irmandade Santa Casa de Sertãozinho apresenta capacidade tecnológica e física instalada de forma a garantir a execução de todos os procedimentos ofertados neste Plano Operativo. A base territorial populacional compreendida para atendimento deste Plano abrange os municípios da Região de Saúde Horizonte Verde (Sertãozinho, Pontal, Pitangueiras, Barrinha, Dumont, Pradópolis, Guariba, Jaboticabal e Monte Alto), além dos demais municípios da macrorregião de Ribeirão Preto da DRS XIII, devido inserção na Central de Regulação de Vagas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo CROSS/SIRESP, que regula os pacientes para os serviços regionalizados. Os serviços conveniados serão prestados diretamente por profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES.

3.1. Assistência de Urgência e Emergência

A assistência de urgência e/ou emergência será efetuada pela instituição de forma ininterrupta aos usuários regulados pela Central de Regulação de Vagas CROSS/SIRESP.

Nas situações de urgência ou emergência o médico procederá com a avaliação do paciente, com a solicitação de exames complementares (laboratoriais e/ou de imagem), com a prescrição de medicamentos e cuidados multidisciplinares e se houver necessidade procederá com a internação hospitalar.

A assistência de urgência ou emergência conta com equipe de enfermagem própria, profissionais médicos da clínica médica (emergencialistas), bem como, com a retaguarda de profissionais médicos nas especialidades de pediatria, neurologia, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, urologia, nefrologia, ginecologia e obstetrícia, cabeça e pescoço, infectologia, vascular, otorrinolaringologia e cirurgia plástica.

Emergencialistas SUS	Quantidade de Médicos	Horário	Valor/Hora do plantão
Plantão Presencial Manhã	01	07h00 às 13h00	R\$173,26 (segunda a sexta-feira) e R\$ 182,08 (sábado e domingo)
Plantão Presencial Tarde	01	13h00 às 19h00	
Plantão Presencial Noite	01	19h00 às 7h00	R\$176,21 (segunda a sexta-feira) e R\$ 182,08 (sábado e domingo)
Plantão à Distância	01	24 horas	R\$ 38,13

Tabela 5-Custo do Serviço Médico da Unidade de Urgência e Emergência SUS		
Plantão	Quantidade Horas	Valor Mensal
Plantão Presencial Diurno		

Plantão Presencial Noturno	720 horas	R\$131.413,08
Plantão Presencial Diurno Final de Semana		
Plantão Presencial Noturno Final de Semana		
Plantão à Distância	720 horas	R\$27.453,60
Total		R\$158.866,68 (*)

(*) Custo de serviço médico para o mês de 30 dias

Na assistência de urgência emergência a Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho deverá:

- Garantir o atendimento aos usuários que chegam ao serviço de urgência e emergência;
- Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Sertãozinho as rotinas e fluxos estabelecidos pela Instituição para que a mesma também possa dar ciência à Rede de Atenção à Saúde, objetivando o fortalecimento da assistência em média e alta complexidade, propósito principal da instituição hospitalar.
- Comunicar à Secretaria Municipal de Saúde das alterações da rotina do atendimento de urgência e emergência que venham a ocorrer em relação aos serviços médicos prestados e ofertados.

6

Tabela 7-Demonstrativo de Procedimentos com finalidade diagnóstica Média Complexidade - UNIDADE DE EMERGÊNCIA						
(Grupo Subgrupo)	SIGTAP Procedimento	ORÇADO				
		a.Qtd. Men.	b.Físico Total Período (12 Meses)	c.Valor Médio Unitário - R\$	d.Valor Mensal - R\$	e.Valor do Período - R\$
02.02	Diagnóstico em laboratório clínico	2654	31.848	3,88	10.297,52	123.570,24
02.03	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica	2	24	40,02	80,04	960,48
02.04	Diagnóstico por radiologia (SADT RX)	664	7.968	7,57	5.026,48	60.317,76
02.05	Diagnóstico por ultrassonografia (SADT ultrassonografia)	122	1.464	32,11	3.917,42	47.009,04
02.05	Diagnóstico por ultrassonografia (SADT ecodoppler transcraniano)	1	12	117,00	117,00	1.404,00
02.06	Diagnóstico por tomografia (SADT tomografia)	410	4.920	112,49	46.120,90	553.450,80
02.07	Diagnóstico por RNM	0	-	268,75	-	-
02.09	Procedimentos com finalidade diagnóstica: Diagnóstico por Colonoscopia	0	-	92,02	-	-
02.11	Métodos diagnósticos em especialidades	142	1.704	5,31	754,02	9.048,24
02.12	Procedimentos especiais em hemoterapia	3270	39.240	15,63	51.110,10	613.321,20
03.01	Procedimentos clínicos: consultas/ atendimentos/ acompanhamentos	1805	21.660	9,96	17.977,80	215.733,60
03.02	Procedimentos clínicos: fisioterapia	10	120	6,35	63,50	762,00
03.03	Procedimentos clínicos: tratamentos clínicos	18	216	41,77	751,86	9.022,32
03.06	Procedimentos clínicos: hemoterapia	363	4.356	15,94	5.786,22	69.434,64
04.01	Procedimentos cirúrgicos: pequenas cirurgias cirurgias da pele, tecido subcutâneo e mucosa	5	60	22,77	113,85	1.366,20
04.04	Procedimentos cirúrgicos: Pequenas cirurgias vias aéreas superiores	0	-	-	-	-
04.05	Procedimentos cirúrgicos: cirurgia do aparelho da visão**	60	720	760,56	45.633,60	547.603,20
04.07	Procedimentos cirúrgicos: cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1	12	11,59	11,59	139,08
04.08	Procedimentos cirúrgicos: cirurgia do sistema osteomuscular	58	696	38,51	2.233,58	26.802,96
04.09	Procedimentos cirúrgicos: cirurgia do aparelho geniturinário	0	-	-	-	-
04.12	Procedimentos torácicos: Toracocentese	0	-	-	-	-
04.15	Procedimentos cirúrgico gerais: Debridamento	0	-	-	-	-
		9.585	115.020		189.995,48	2.279.945,76

Observação: O excedente dos valores produzidos e aprovados no sistema do Ministério da Saúde, deverão ser financiados com recurso Municipal (Próprio do Conveniente).

Repasse Honorários Serviços Terceiros/Médicos	% Média Estimada	73,30%	139.266,69	1.671.200,24
Serviços Hospitalares Santa Casa	% Média Estimada	26,70%	50.728,79	608.745,52

3.2. Assistência Ambulatorial

A assistência ambulatorial será efetuada de forma eletiva aos pacientes referenciados pela Central de Vagas e Regulação da Secretaria Municipal e tem seu fluxo em Plano Operativo e Convênio próprio.

3.3. Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar será executada com a utilização dos leitos SUS, conforme descrito na Tabela 2, através das Autorizações de Internações Hospitalares-AIH, respeitando os princípios e as diretrizes do SUS e até o limite de diárias hospitalares/mês, conforme a tabela abaixo:

Tabela 8-Quantidade máxima de diárias, por tipo de leito de internação SUS	
Tipos de leitos de internação	Quantidade de diárias/mês
93-Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	30 (30 dias) e 31 (31 dias)
75-UTI Adulto Tipo II	180 (30 dias) e 186 (31 dias)
81-UTI Neonatal Tipo II	180 (30 dias) e 186 (31 dias)
92-Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	150 (30 dias) e 155 (31 dias)
78-UTI Pediátrica Tipo II	60 (30 dias) e 62 (31 dias)
98-Leitos clínicos e cirúrgicos	1890 (30 dias) e 1953 (31 dias)

Na assistência técnico profissional e hospitalar, a Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho se obriga a utilizar todos os recursos disponíveis instalados em sua área, relacionados ao diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos pacientes, desde que, previstos na Tabela SIGTAP e inseridos no cadastro hospitalar, **até o limite físico e financeiro** deste Plano Operativo.

Para atender ao objeto deste Plano Operativo a Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho se obriga a realizar as internações eletivas e de urgência/emergência.

Tabela 9-Demonstrativo de Internação Hospitalar Média Complexidade						
SIGTAP		ORÇADO ESTIMADO				
(Grupo Subgrupo)	Procedimento	a. Quantidade Mensal	b. Físico Total Período (12 Meses)	c. Valor Médio Unitário - R\$	d. Valor Mensal - R\$	e. Valor do Período - R\$
	Cirúrgico (Tab 12a)	200	2.400	1.607,52	321.503,28	3.858.039,36
	Obstétrico	87	1.044	635,69	55.305,03	663.660,36
	Clinico	175	2.100	1.157,84	202.622,00	2.431.464,00
	Pediátrico	34	408	2.378,93	80.883,62	970.603,44
		496	5.952		660.313,93	7.923.767,16
Observação: O excedente dos valores produzidos e aprovados no sistema do Ministério da Saúde deverá ser financiado com recurso Municipal (Próprio do Conveniente).						
Repasse Honorários Serviços Terceiros/Médicos		% Média Estimada		26,76%	176.700,01	2.120.400,09
Serviços Hospitalares Santa Casa		% Média Estimada		73,24%	483.613,92	5.803.367,07

Tabela 10-Demonstrativo de Internação Hospitalar Alta Complexidade						
SIGTAP		ORÇADO ESTIMADO				
(Grupo Subgrupo)	Procedimento	a. Quantidade Mensal	b. Físico Total Período (12 Meses)	c. Valor Médio Unitário - R\$	d. Valor Mensal - R\$	e. Valor do Período - R\$
	Cirúrgico (Tab 12 B)	56	672	2.959,74	165.745,37	1.988.944,44
	Obstétrico	0	-	-	-	-
	Clinico	7	84	1.689,78	11.828,46	141.941,52
	Pediátrico	4	42	353,70	1.237,95	14.855,40
		67	798		178.811,78	2.145.741,36
Observação: O excedente dos valores produzidos e aprovados no sistema do Ministério da Saúde deverá ser financiado com recurso Municipal (Próprio do Conveniente).						
Repasse Serviços Terceiros/Médicos		% Média Estimada		29,51%	52.767,36	633.208,28
Serviços Hospitalares Santa Casa		% Média Estimada		70,49%	126.044,42	1.512.533,08

Tabela 11-Demonstrativo de Internação Hospitalar FAEC						
SIGTAP		ORÇADO				
(Grupo Subgrupo)	Procedimento	a. Quant. Mensal	b. Físico Total Período (12 Meses)	c. Valor Médio Unitário - R\$	d. Valor Mensal - R\$	e. Valor do Período - R\$
	Cirúrgico	3	36	1.550,36	4.651,08	55.812,96
	Obstétrico	0	-	-	-	-
	Clinico	2	24	742,13	1.484,26	17.811,12
	Pediátrico	0	-	-	-	-
		5			6.135,34	73.624,08
Observação: O excedente dos valores produzidos e aprovados no sistema do Ministério da Saúde deverá ser financiado com recurso Municipal (Próprio do Conveniente).						
Repasse Honorários Serviços Terceiros/Médicos		% Média Estimada		0,00%	-	-
Serviços Hospitalares Santa Casa		% Média Estimada		100,00%	6.135,34	73.624,08

Havendo necessidade da realização de procedimento não previsto na Tabela SIGTAP ou procedimento que a Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho tenha capacidade técnica de realização, mas não detém credenciamento, e que seja, indispensável para salvaguardar a vida do paciente, a mesma solicitará à Secretaria Municipal de Saúde-Auditoria Médica, em caráter de exceção e com justificativa detalhada do médico assistente do paciente, a autorização para execução do procedimento e posterior pagamento do mesmo.

Caso não seja comprovada a necessidade do procedimento ou a ausência de disponibilidade financeira para tal, o procedimento poderá não ser autorizado e o paciente deverá ser regulado via CROSS/SIRESP para seguimento na referência de competência ou o paciente assumir o tratamento como particular.

Nas internações de crianças, adolescentes e de idosos acima de 65 anos e/ou portador de patologias especiais, além de parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, será assegurado a presença de acompanhante no hospital, em tempo integral, desde que respeitadas as normas do hospital. A Instituição poderá acrescentar à conta hospitalar as diárias de acompanhante, correspondente ao alojamento e alimentação.

A Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho fica obrigada a internar pacientes no limite dos leitos disponíveis SUS descritos neste Plano Operativo. Na falta ocasional de leito vago em enfermaria **e somente se**, o limite dos leitos conveniados não for atingido, a Instituição deverá acomodar o paciente em instalação de nível superior à ajustada neste Plano Operativo, desde que haja disponibilidade, respeitando-se as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, bem como, o direito adquirido de terceiros, sem direito à cobrança de sobre preço e nessa eventualidade, assim que, da vacância de leito em enfermaria, fazer a transferência necessária.

3.3.1. Cirurgias de Urgência e Emergência

As internações de urgência ou emergência serão efetuadas pela Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento.

Nas situações de urgência ou emergência, o médico procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade de internação, emitindo o laudo médico de Autorização de Internação Hospitalar que será enviado pela Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho à Central de Regulação de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde no prazo máximo de 4 dias úteis para análise da pertinência da solicitação e a Central de Regulação terá o mesmo período para devolução.

3.3.2. Cirurgias Eletivas de Média e Alta Complexidade

A internação eletiva se condiciona a emissão de Laudo Médico de Autorização e Internação Hospitalar-AIH emitido por profissional do corpo clínico da Instituição, com cadastro regular no CNES, devidamente autorizado pelo médico autorizador da Central de Vagas e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e com número de autorização emitida.

As cirurgias eletivas serão disponibilizadas aos usuários do SUS atendidos no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia da Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho.

Os dados referentes às Autorizações de Internação Hospitalar serão analisados comparativamente aos valores mensais repassados, a fim de subsidiar estudos sobre os custos da assistência prestada no âmbito do presente Plano Operativo.

A Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho deverá disponibilizar para a Secretaria Municipal de Saúde a média prevista de aproximadamente 256 cirurgias eletivas e urgências, para as competências de Dez/2025 a Out/2026 e especificamente na competência de Nov/25, estão orçadas 188 cirurgias eletivas e urgências nesta complementada pela Tabela 12.1 das Cirurgias Eletivas onde está discriminado o quantitativo dos procedimentos.

Tabela 12- Procedimentos Cirúrgicos (Comp. Nov/25 – Caixa: Jan/26)			
Cod.	Procedimentos Cirúrgicos	Quantidade/Mês	
		Média Complexidade (12 a)	Alta Complexidade (12 b)
04.01	Pequenas cirurgias e cirurgias da pele, tecido subcutâneo e mucoso	0	0
04.02	Cirurgia de glândulas endócrinas	0	0
04.03	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	1	39
04.04	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	4	0
04.06	Cirurgia do aparelho circulatório	1	1
04.07	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	15	0
04.08	Cirurgia do sistema osteomuscular	13	1
04.09	Cirurgia do aparelho geniturinário	7	0
04.10	Cirurgia de mama	3	0
04.12	Cirurgia torácica	3	0
04.14	Buco maxilo facial	8	0
04.15	Outras cirurgias	77	15
	TOTAL	132	56
		188	

Tabela 12- Procedimentos Cirúrgicos (Comp. Dez/25 a Out/26 – Caixa: Fev/26 a Dez/26)			
Cod.	Procedimentos Cirúrgicos	Quantidade/Mês	
		Média Complexidade (12 a)	Alta Complexidade (12 b)
04.01	Pequenas cirurgias e cirurgias da pele, tecido subcutâneo e mucosa	5	0
04.02	Cirurgia de glândulas endócrinas	1	0
04.03	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	1	39
04.04	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	6	0
04.06	Cirurgia do aparelho circulatório	16	1
04.07	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	40	0
04.08	Cirurgia do sistema osteomuscular	11	1
04.09	Cirurgia do aparelho geniturinário	24	0
04.10	Cirurgia de mama	4	0
04.12	Cirurgia torácica	2	0
04.14	Buco maxilo facial	8	0
04.15	Outras cirurgias	82	15
	TOTAL	200	56
		256	

* Média de procedimentos baseada nas competências de 01/01 a 31/10/2025.

3.3.2.1 Mutirão de Cirurgias Eletivas

As cirurgias eletivas poderão ser realizadas através de “mutirões” em que os gestores municipais, estaduais e federais através de portarias/resoluções específicas, de acordo com a avaliação de indicadores, de forma intempestiva e em qualquer momento. Estes poderão ser realizados por campanhas a serem pactuadas e realizados os devidos repasses financeiros (tanto para o serviço hospitalar quanto para o serviço profissional) através de termo aditivo ao convênio originado deste Plano Operativo, com as devidas metas quantitativas e qualitativas inerentes a ele. Neste período serão realizadas no Programa de Redução de Filas, conforme estimativa abaixo:

Tabela 12.1- Procedimentos Cirúrgicos CIRURGIAS ELETIVAS - PROGRAMA REDUÇÃO DE FILAS (Comp: Nov/25 – Caixa: Jan/26)			
Cod.	Procedimentos Cirúrgicos	Quantidade/Mês	
		Média Complexidade	Alta Complexidade
04.01	Pequenas cirurgias e cirurgias da pele, tecido subcutâneo e mucosa	7	0

04.02	Cirurgia de glândulas endócrinas	2	0
04.03	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0	0
04.04	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	2	0
04.05*	Procedimentos cirúrgicos: cirurgia do aparelho da visão*	64	0
04.06	Cirurgia do aparelho circulatório	8	0
04.07	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	25	0
04.08	Cirurgia do sistema osteomuscular	1	0
04.09	Cirurgia do aparelho geniturinário	18	0
04.10	Cirurgia de mama	0	0
04.12	Cirurgia torácica	0	0
04.14	Buco maxilo facial	0	0
04.15*	Outras cirurgias	15	0
	TOTAL	142	0
			142
	*Este código pertence a Tabela 7 - Média Complexidade - Ambulatorial		
	**O código 04.15 corresponde aos seguintes grupos e subgrupos: 04.07-04.08-04.09		

3.3.3. Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPMEs/ Exames Laboratoriais e de Imagem Não Padronizados na Tabela SIGTAP/ Medicamentos Não Padronizados na Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho e Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica

Os procedimentos que envolvam a utilização de OPMEs, exames laboratoriais e/ou de imagem que não possuem compatibilidade na Tabela SIGTAP com o procedimento principal, bem como, as solicitações de tratamento com oxigenoterapia hiperbárica, materiais hospitalares e medicamentos não padronizados na Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho necessitarão de solicitação realizada pelo médico assistente e serão avaliadas pela auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, considerando as informações prestadas e a disponibilidade financeira existente no Plano Operativo.

Para os casos de cirurgia eletiva, o médico assistente deverá preencher o instrumento de solicitação de órteses, próteses e materiais especiais não contemplados na tabela SIGTAP (ANEXO 1) e encaminhar junto ao Laudo de Autorização de Internação Hospitalar para a Central de Regulação de Vagas e esta procederá para avaliação do setor de auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Para as solicitações de materiais hospitalares e medicamentos, o médico assistente deverá preencher o instrumento de solicitação de medicamentos especiais (ANEXO 2) e encaminhar através do setor de auditoria da Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho via ofício padronizado à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Para as solicitações de oxigenoterapia hiperbárica, o médico assistente deverá preencher o instrumento de solicitação de sessões de câmara hiperbárica (ANEXO 3) e encaminhar através do setor de auditoria da Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho via ofício padronizado à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde. A auditoria da Secretaria Municipal de Saúde se subsidiará no protocolo estabelecido de uso de oxigenoterapia hiperbárica da Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica para autorização das sessões de oxigenoterapia hiperbárica.

Para as solicitações de exames laboratoriais e/ou de imagem, o médico assistente deverá preencher o instrumento de solicitação de exames não contemplados na tabela SIGTAP (ANEXO 4) e encaminhar através do setor de auditoria da Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho via ofício padronizado à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Todas as solicitações deverão vir acompanhadas do respectivo instrumento de solicitação e de 03 orçamentos de empresas e/ou instituições distintas, ou caso a Instituição tenha alguma empresa selecionada através de Comissão de Padronização com contratos de fornecimentos e qualificação semestral do fornecedor.

4. Indicadores de Avaliação da Execução do Plano Operativo

4.1.1 Metas Qualitativas

Eixo 1: Gestão Ambulatorial e Hospitalar				
Indicador	Descrição	Instrumento de análise	Varição	Pontuação
Faturamento Ambulatorial	Apresentação da Produção Ambulatorial	Envio à Secretaria Municipal de Saúde do arquivo da competência em vigência com a produção ambulatorial a ser processada no SIA. Data limite 16 de cada mês. Data limite Devolução com críticas = 20 de cada mês.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
Faturamento Hospitalar	Apresentação da Produção Hospitalar	Envio à Secretaria Municipal de Saúde do arquivo da competência em vigência com a produção hospitalar a ser processada no SIHD2. Data limite: 16 de cada mês. Data limite Devolução com críticas = 20 de cada mês.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	

Funcionamento	Atualização dos dados do CNES	Envio à Secretaria Municipal de Saúde do arquivo da competência em vigência com as inclusões e exclusões de profissionais e serviços da Instituição para processamento no sistema do CNES. Data limite: 3º dia útil de cada mês.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Alvará Sanitário	Apresentação do Alvará Sanitário com respectiva data de vigência.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros	Apresentação do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros com respectiva data de vigência. 10	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Formalização contratual dos serviços terceirizados	Apresentação das cópias dos contratos da Instituição com prestadores de serviços cujos serviços são disponibilizados aos usuários SUS.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
Prestação de Contas	Prestação de Contas Parcial	Apresentação da prestação de contas parcial conforme item 10 do plano operativo.	Cumprir-155 pontos	Máximo de 155 pontos
			Não cumprir-0 ponto	

TOTAL: 185 pontos

Eixo 2: Qualidade dos Serviços				
Este eixo é pertinente à fiscalização sanitária para obtenção da licença de funcionamento que está em vigência. A documentação pertinente está à disposição para auditoria in loco.				
Indicador	Descrição	Instrumento de análise	Variação	Pontuação
Comissões Obrigatórias	Comissão de Revisão de Óbitos	Apresentar cronograma de reuniões e mensalmente cópia da ata com as análises e medidas adotadas quanto à investigação e preenchimento adequado da causa morte.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Comissão de Infecção Hospitalar	Apresentar mensalmente cópia da ata com as análises e medidas adotadas quanto às ocorrências de infecção hospitalar.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Comissão de Revisão de Prontuários	Apresentar mensalmente cópia da ata com as análises da qualidade das informações registradas pelas equipes multiprofissionais, bem como, organização do prontuário e as medidas a serem adotadas.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes	Apresentar mensalmente as atividades desenvolvidas pela Comissão e número de ocorrência de potenciais doadores e o número de doares.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
Segurança do Paciente	Prevenção de quedas de usuários	Apresentar o protocolo de prevenção de quedas aos usuários e mensalmente as notificações de ocorrência.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Prevenção de úlceras por	Apresentar o protocolo de prevenção de úlceras por pressão a usuários	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos

Segurança do Paciente	pressão	hospitalizados e mensalmente as notificações de ocorrência.	Não cumpriu-0 pontos	Máximo de 05 pontos
	Prevenção de infecções associada ao cuidado	Apresentar os protocolos de prevenção de infecções hospitalares e manejos assistenciais e mensalmente as notificações de ocorrência.	Cumpriu – 5 pontos Não cumpriu-0 pontos	
Higiene e Limpeza	Limpeza de caixa d'água, gordura e aparelho de ar condicionado	Apresentar mensalmente relatório e/ou documentação que comprove a execução da limpeza dos mesmos e seus respectivos prazos de validade em consonância com as normas sanitárias.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
	Análise da água	Apresentar documento que comprove a execução da análise da água por empresa especializada e seu respectivo prazo de validade em consonância com as normas sanitárias.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
	Dedetização	Apresentar documento que comprove a execução de dedetização e controle de pragas por empresa especializada e seu respectivo prazo de validade em consonância com as normas sanitárias.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	

TOTAL: 50 pontos

Eixo 3: Desenvolvimento Profissional				
Indicador	Descrição	Instrumento de análise	Variação	Pontuação
Capacitação profissional	Educação Continuada e/ou permanente	Apresentar mensalmente o indicador de treinamento: Quantidade de horas de treinamento por funcionário/ mês (Total)	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	

TOTAL: 05 pontos

Eixo 4: Assistência Profissional				
Indicador	Descrição	Instrumento de análise	Variação	Pontuação
Assistência Multiprofissional	Escala Médica Plantonistas de Urgência e Emergência	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
	Escala Médica UTI Geral Adulto	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
	Escala Médica UTI Neonatal	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
	Escala Médica Anestesiologia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	
	Escala Médica AVC-Neurologia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	

Assistência Multiprofissional	Escala Médica Berçarista	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Cabeça e Pescoço	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Cirurgia Geral	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Cirurgia Pediátrica	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Cirurgia Plástica	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Cirurgia Vascular	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Clínica Médica	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Ginecologia e Obstetrícia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Hospitalista	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Infectologia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Nefrologia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Neurocirurgia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Neurologia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Ortopedia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Pediatria	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumprir-0 pontos	
	Escala Médica Traqueostomia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumprir – 5 pontos	

			Não cumpriu-0 pontos	Máximo de 05 pontos
	Escala Médica Urologia	Apresentar mensalmente as escalas médicas da especialidade.	Cumpriu – 5 pontos	Máximo de 05 pontos
			Não cumpriu-0 pontos	

TOTAL: 110 pontos

4.1.2. Metas Quantitativas

Eixo 5: Participação nas Políticas Prioritárias do SUS				
Indicador	Descrição	Instrumento de análise	Variação	Pontuação
Humaniza SUS	Satisfação do usuário	Apresentar mensalmente a pesquisa de satisfação realizada com os pacientes hospitalizados e/ou acompanhantes e o resultado das avaliações.	Avaliação aplicada em $\geq 50\%$ pacientes hospitalizados	05 pontos
			Avaliação aplicada em 49% a 30% pacientes hospitalizados	03 pontos
			Avaliação aplicada em $< 29\%$ pacientes hospitalizados	00 ponto
Saúde Materno Infantil	Transmissão Vertical HIV/Sífilis	Apresentar a realização de exames de HIV e Sífilis em todas as gestantes admitidas para o parto.	Exames médicos solicitados e realizados em 100% das parturientes e registrados nos prontuários auditados	05 pontos
			Exames médicos solicitados e realizados em 99% a 90% das parturientes e registrados nos prontuários auditados	03 pontos
			Exames médicos solicitados e realizados em $\leq 89\%$ das parturientes e registrados nos prontuários auditados	00 ponto
	Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho)	Apresentar a realização do teste do olhinho nos RNs.	Exames realizados em 100% dos RNs e registrados nos prontuários auditados	05 pontos
			Exames realizados em 99% a 90% dos RNs e registrados nos prontuários auditados	03 pontos
			Exames realizados em $\leq 89\%$ dos RNs e registrados nos prontuários auditados	00 ponto
	Triagem Neonatal Auditiva (Teste da Orelhinha)	Apresentar a realização do teste da orelhinha nos RNs.	Exames realizados em 100% dos RNs e registrados nos prontuários auditados	05 pontos
			Exames realizados em 99% a 90% dos RNs e registrados nos prontuários auditados	03 pontos
			Exames realizados em $\leq 89\%$ dos RNs e registrados nos prontuários auditados	00 ponto
	Triagem de Cardiopatia Congênita (Teste Coraçãozinho)	Apresentar a realização do teste do coraçãozinho nos RNs.	Exames realizados em 100% dos RNs e registrados nos prontuários auditados	05 pontos
			Exames realizados em 99% a 90% dos RNs e registrados nos prontuários auditados	03 pontos
			Exames realizados em $\leq 89\%$ dos RNs e registrados nos prontuários auditados	00 ponto

TOTAL: 25 pontos

Eixo 6: Atenção Especializada Média Complexidade						
Este indicador deverá estar vinculado a produção ambulatorial da Rede Municipal e demandas de urgência reguladas pela CROSS/SIRESP						
Indicador	Cod.	Qtd (Tab 12)	Descrição	Instrumento de análise	Variação	Pontuação
Procedimentos Cirúrgicos	04.01	5	Pequenas cirurgias e cirurgias da pele, tecido subcutâneo e mucosa	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD.	≥ 3 procedimentos	05 pontos
					2 a 1 procedimentos	03 pontos
					0 procedimento	00 ponto
	04.02	1	Cirurgia de glândulas endócrinas	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD.	≥ 1 procedimentos	05 pontos
					0 procedimento	00 ponto
	04.03	1	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD.	≥ 1 procedimentos	05 pontos
					0 procedimento	00 ponto
	04.04	6	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 5 procedimentos	05 pontos
					4 a 2 procedimentos	03 pontos
					≤ 1 procedimento	00 ponto
	04.06	16	Cirurgia do aparelho circulatório	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 15 procedimentos	05 pontos
					14 a 5 procedimentos	03 pontos
					≤ 3 procedimentos	00 ponto
	04.07	40	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 39 procedimentos	05 pontos
					38 a 12 procedimentos	03 pontos
					≤ 11 procedimentos	00 ponto
	04.08	11	Cirurgia do sistema osteomuscular	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 10 procedimentos	05 pontos
					9 a 3 procedimentos	03 pontos
					≤ 2 procedimentos	00 ponto
	04.09	24	Cirurgia do aparelho geniturinário	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 23 procedimentos	05 pontos
					22 a 7 procedimentos	03 pontos

15					≤ 8 procedimentos	00 ponto
	04.10	4	Cirurgia de mama	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 3 procedimentos	05 pontos
					2 a 1 procedimentos	03 pontos
					0 procedimento	00 ponto
	04.12	2	Cirurgia torácica	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 2 procedimentos	05 pontos
					1 procedimentos	03 pontos
					0 procedimento	00 ponto
	04.14	8	Bucomaxilofacial	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 7 procedimentos	05 pontos
					6 a 2 procedimentos	03 pontos
					≤ 1 procedimento	00 ponto
	04.15	82	Outras cirurgias	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 81 procedimentos	05 pontos
					80 a 25 procedimentos	03 pontos
					≤ 24 procedimentos	00 ponto
Procedimentos:		200	Total:	60	pontos	

Eixo 7: Atenção Especializada Alta Complexidade						
Este indicador deverá estar vinculado a produção ambulatorial da Rede Municipal e demandas de urgência reguladas pela CROSS/SIRESP						
Indicador	Cod.	Qtd	Descrição	Instrumento de análise	Variação	Pontuação
Procedimentos Cirúrgicos	04.03	39	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD.	> 38 procedimentos	05 pontos
					37 a 12 procedimentos	03 pontos
					≤ 11 procedimentos	00 ponto
	04.06	1	Cirurgia do aparelho circulatório	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD e/ou SIA.	≥ 1 procedimentos	05 pontos
					0 procedimentos	00 ponto
	04.08	1	Cirurgia do sistema osteomuscular	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD.	> 1 procedimentos	05 pontos
					0 procedimentos	00 ponto
	04.15	15	Outras Cirurgias	Apresentar mensalmente as AIHS de procedimentos cirúrgicos na especialidade, faturadas no SIHD.	> 14 procedimentos	05 pontos
					13 a 5 procedimentos	03 pontos
					≤ 4 procedimentos	00 ponto
Procedimentos:		56		Total:	20	pontos

As documentações para avaliação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas devem ser enviadas em arquivo digital, em pastas nomeadas de acordo com o eixo e seus indicadores para o e-mail saudesertaozinhoconvenios@gmail.com, **no 1º dia útil de cada mês vigente**, exceto, o envio de arquivos que possuem datas limites específicas, de acordo com calendário definido pelo Ministério da Saúde.

5. Anexos e Tabelas que compõem os valores de Recurso Municipal:

5.1. INCENTIVO MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE:

5.1.1. Anexo 5:

Neste anexo, denominado Tabela 14, encontra-se a relação dos serviços prestados ao SUS (total e parcial) contratados pela Instituição que auxiliam direta ou indiretamente na assistência ao paciente. O valor estimado para o recurso Municipal mensal estimado de R\$150.956,59 (parcial da Tabela) representa 60,13% do valor total. As Competências dos Honorários e Prestações de Serviços seguem conforme tabela abaixo:

Comp. Hon/Prest. Serv.	dez/25	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26
Emissão NF (de acordo com Prestador)	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26
Pagamento com PO	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26

ANEXO 5: TABELA 14 - INCENTIVO MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR: SERVIÇOS MÉDICOS FIXOS, COORDENAÇÕES E MULTIPROFISSIONAIS CONTRATADOS - META PACTUADA

Mod.	Equipe	Descritivo	Contrato (Unidade)	Mês de Correção Contratual	ÍNDICE DE CORREÇÃO	Quantidade Mensal Estimada	Fisco Total Período (12 Meses)	Valor Médio Unitário	Valor Médio Mensal Estimado	Valor Médio do Período (12 Meses)
1. Contratos Multiprofissionais	Auditoria	Serviços médicos de auditoria preventiva, corretiva e gerencial médico hospitalar	Fixo	01/08/2026	INPC	32	384	240,12	7.683,75	92.205,00
1. Contratos Multiprofissionais	Fonoaudiologia	Parte SUS (65% Do valor contratual) - 35% da produção dos exames Emissão Otiacústica	Exames	01/12/2026	INPC	96	1152	4,73	465,06	5.580,69
1. Contratos Multiprofissionais	Infectologia	Serviços de Coordenação junto ao CCH - Controle de Infecções Hospitalares. Presencial - 125,62/hora (10h) - Distância 7700/h (10h)	Horas	01/10/2026	INPC	87	1044	202,63	10.379,21	124.550,51
1. Contratos Multiprofissionais	Odontologia Clínica	Serviços de Odontologia para todos os casos dessa natureza que adentrem nas dependências da CONTRATANTE	Horas	01/11/2026	INPC	52	469,8	52,30	2.796,95	33.563,36
1. Contratos Multiprofissionais	Terapia Ocupacional	Serviços de Terapia Ocupacional	Horas	01/06/2026	INPC	87	783	42,00	3.743,52	44.922,28
1. Contratos Multiprofissionais	Nefrologia	Interconsulta Hospitalar prof. Especialista De sobre aviso conforme escala medica	Fixo	01/04/2026	INPC	1	12	3.000,00	3.073,50	36.882,00
1. Contratos Multiprofissionais	Nefrologia	Técnico em Enfermagem, resp. procedimentos pacientes internados em hemodiálise	Fixo	01/04/2026	INPC	1	12	4.100,00	4.200,45	50.405,40
1. Contratos Multiprofissionais	Nefrologia	Sessões de Hemodiálise	Sessão	01/04/2026	INPC	60	720	93,73	5.730,85	68.770,18
1. Contratos Multiprofissionais	Nefrologia	Implantação de Cateter	Implante	01/04/2026	INPC	10	120	139,84	1.432,66	17.191,93
1. Contratos Multiprofissionais	Direção Clínica	O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição, nos termos da RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147/2016, artigo 5º e 6º - 4 salários mínimos vigentes - proporcional taxa de ocupação (65%) - PARTE CONVÊNIOS PÚBLICOS	Fixo	01/03/2026	SALARIO MIN.	30	360	136,46	4.093,70	49.124,40
1. Contratos Multiprofissionais	Direção Clínica	O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição, nos termos da RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147/2016, artigo 5º e 6º - 4 salários mínimos vigentes - proporcional taxa de ocupação (65%) - parte OUTROS CONVÊNIOS	Fixo	01/03/2026	SALARIO MIN.	30	360	73,48	2.204,30	26.451,60
1. Contratos Multiprofissionais	Direção Técnica	O diretor técnico é o responsável pela supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pela administração pública ou pela diretoria do hospital privado. É o elo entre a Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e/ou Direção Geral da instituição, nos termos do DECRETO Nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932 - 2 salários mínimos vigentes proporcional taxa de ocupação (65%) - PARTE CONVÊNIOS PÚBLICOS	Fixo	01/08/2026	SALARIO MIN.	30	360	68,23	2.046,85	24.562,20
1. Contratos Multiprofissionais	Direção Técnica	O diretor técnico é o responsável pela supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pela administração pública ou pela diretoria do hospital privado. É o elo entre a Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e/ou Direção Geral da instituição, nos termos do DECRETO Nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932 - 2 salários mínimos vigentes proporcional taxa de ocupação (65%) - parte OUTROS CONVÊNIOS	Fixo	01/08/2026	SALARIO MIN.	30	360	36,74	1.102,15	13.225,80
1. Contratos Multiprofissionais	Endoscopia	Locação de uma torre de vídeo para realização de exames de colono endoscopia no centro cirúrgico para usuários SUS	Fixo	15/04/2026	INPC	30	360	153,68	4.610,25	55.323,00
2. Locação	Serviço de Imagem	Taxa de Equipamento: Anco C - Valor proporcional taxa de ocupação 65% PARTE CONVÊNIOS PÚBLICOS	Fixo	01/01/2026	INPC	30	360	421,75	12.652,58	151.830,90
2. Locação	Serviço de Imagem	Taxa de Equipamento: Anco C - Valor proporcional taxa de ocupação 65% PARTE OUTROS CONVÊNIOS	Fixo	01/03/2026	INPC	30	360	227,10	6.812,93	82.745,10
2. Locação									24.075,75	288.909,00
3. Diaristas	UTI Geral	Plantão - 3 médicos	Fixo	01/11/2026	INPC	30	360	473,20	14.195,88	170.150,58
3. Diaristas	Ortopedia	Plantão 10 horas - Diarista	Fixo	01/03/2026	INPC	30	360	683,00	20.490,00	245.880,00
3. Diaristas	Emergência	Diarista Intensiva para Unidade de Emergência	Fixo	01/10/2026	INPC	30	360	283,92	8.517,46	102.209,49
3. Diaristas									43.203,34	518.440,07
4. Aditivos	S.G.O.	Instrumentadora	Fixo	01/09/2026	INPC	30	360	118,90	3.566,90	42.802,79
4. Aditivos	S.G.O.	Compl. Cirurgias Eletivas	Fixo	01/09/2026	INPC	30	360	133,42	4.002,70	48.032,41
4. Aditivos	Serviço de Hemoterapia	Compl. Ao Serviço	Fixo	01/01/2026	INPC	30	360	211,09	6.392,68	76.712,10
4. Aditivos	Serviço de Hemoterapia	de incentivo	Fixo	01/01/2026	INPC	30	360	414,69	12.440,66	149.287,89
4. Aditivos	Neumologia	Compl. Especialidade - Recurso Proprio	Fixo	01/06/2026	INPC	30	360	273,20	8.196,00	98.352,00
4. Aditivos	Laboratório de Análises Clínicas	Compl. Exames	Fixo	01/07/2026	INPC	30	360	614,70	18.441,00	221.292,00
4. Aditivos (Incentivos)									53.039,93	636.479,19
5. Coordenações	AVC	Coordenação/Supervisão da equipe e serviços prestados	Fixo	01/05/2026	INPC	30	360	264,83	7.944,80	95.337,63
5. Coordenações	Cirurgia Geral	Serviços de supervisão/coordenação	Fixo	01/02/2026	INPC	30	360	324,43	9.732,75	116.790,00
5. Coordenações	Cirurgia Pediátrica	Serviços de coordenação	Fixo	01/03/2026	INPC	30	360	28,25	847,45	10.103,35
5. Coordenações	Urgência Emergência	PLANTÃO FICCO	Fixo	01/11/2026	INPC	30	360	546,90	28.467,14	341.605,64
5. Coordenações	UTI Neonatal	Coordenação da UTI neonatal e pediátrica será pago o valor de 15% (quinze por cento) calculado sobre os valores pagos aos mais aos plantões	15% Plantão	01/01/2026	INPC	30	360	680,19	19.205,68	230.468,12
5. Coordenações	UTI Geral	Serviços de Coordenação da UTI Geral	Fixo	01/11/2026	INPC	30	360	519,95	15.598,42	187.190,90
5. Coordenações									81.796,23	981.554,74

TOTAL 251.068,20 3.012.818,34

Considerando:
Legenda: Mês=4,35 Semanas
INPC 2026 = projetado = 4,9%
Salário Mínimo 2026 Projetado = 1.631,00

RECURSO MUNICIPAL 150.956,59 60,13%
RECURSO PRÓPRIO DA ENTIDADE 100.111,60 39,87%

5.1.2. Anexo 6:

Neste anexo, denominado Tabela 13, encontra-se a relação dos Plantões Contratualizados ao SUS pela Instituição nas modalidades presenciais, semipresenciais e a distância das Equipes Médicas, que prestam serviços diretamente ao paciente. O valor estimado para o recurso Municipal vinculado fixo mensal de R\$1.334.674,82 representa 82,10% do valor total médio estimado, sendo o restante da despesa no planejamento a ser executado com o recurso federal (parte dos serviços hospitalares) ou seja, do faturamento produzido pela Entidade. As Competências dos Plantões e Pagamentos seguem conforme tabela abaixo:

Comp. Plantão	dez/25	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26
Emissão NF (de acordo com Prestador)	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26
Pagamento com PO	jan/26	fev/26	mar/26	abr/26	mai/26	jun/26	jul/26	ago/26	set/26	out/26	nov/26	dez/26

17

ANEXO 6 - TABELA 13: PLANTÕES A DISTÂNCIA E PRESENCIAL DOS SERVIÇOS MÉDICOS CONTRATADOS - META PACTUADA

Equipe	Mês de Correção Contratual	Observ.	Qde M. Est.	Físico Total Período (12 Meses)	MESES s/ reajuste	MESES c/ reajuste	Valor do Plantão em 02.12.25	Valor do Plantão Reaj. INPC 4,9%	1. Valor Período s/ Reajuste	2. Valor Período c/ Reajuste	Total do Período (1+2) Estimado	VALOR MÉDIO MENSAL
Berçário	01/08/2026		30	360	7	5	1.987,02	2.084,38	417.274,20	312.657,60	729.931,80	60.827,65
Cabeça e Pescoço	01/04/2026	2 Prof.	30	360	3	9	1.400,00	1.468,60	126.000,00	396.522,00	522.522,00	43.543,50
Cirurgia Geral	01/03/2026	2 Prof.	30	360	2	10	1.668,62	1.750,38	100.117,20	525.114,71	625.231,91	52.102,66
Cirurgia Pediátrica	01/03/2026		30	360	2	10	1.042,82	1.085,43	61.969,20	325.028,45	386.997,65	32.249,80
Cirurgia Plástica	01/04/2026		30	360	3	9	500,00	524,50	45.000,00	141.615,00	186.615,00	15.551,25
Cirurgia Vascular	01/01/2026		30	360	2	10	1.032,82	1.083,43	61.969,20	325.028,45	386.997,65	32.249,80
Clinica Médica	01/07/2026		30	360	6	6	1.917,97	2.011,95	345.234,60	362.151,10	707.385,70	58.948,81
Nefrologia	01/04/2026	Fixo	30	360	3	9	186,01	195,13	16.741,14	52.684,37	69.425,51	5.785,46
Neurocirurgia	01/01/2026	Fixo	30	360	-	12	1.431,61	1.501,76	-	540.634,46	540.634,46	45.052,87
Neurologia	01/04/2026		30	360	3	9	1.567,43	1.644,23	141.068,70	443.943,20	585.011,90	48.750,99
Neurologia avc	01/04/2026		30	360	3	9	707,31	741,97	63.657,90	200.331,41	263.989,31	21.999,11
Ortopedia	01/04/2026		30	360	3	9	2.618,09	2.746,38	235.628,10	741.521,63	977.149,73	81.429,14
Pediatria	01/01/2026		30	360	-	12	1.980,26	2.077,29	-	747.825,39	747.825,39	62.318,78
Traqueostomia	01/07/2026		30	360	6	6	219,86	230,63	39.574,80	41.513,97	81.088,77	6.757,40
Urologia	01/04/2026		30	360		9	1.959,32	2.055,33	176.338,80	554.938,20	731.277,00	60.939,75
Plantões a Distância (1)			450	5400						TOTAL 1	7.542.083,78	628.506,98
Anestesiologia	01/09/2026	Pacote SUS	30	360	8	4	7.733,85	8.112,81	1.856.124,48	973.537,29	2.829.661,77	235.805,15
Fonocardiologia	01/12/2026	2 Prof. - Fixo	30	360	11	1	217,93	228,60	71.915,69	6.858,14	78.773,83	6.564,49
Hospitalista	01/10/2026	Valor Fixo	30	360	9	3	696,71	730,84	188.110,71	65.776,04	253.886,75	21.157,23
SGO	01/09/2026	2 Escalas*	60	720	8	4	3.959,96	4.154,00	1.900.780,80	996.959,53	2.897.740,33	241.478,36
Urg. E Emergência	01/06/2026		60	720	5	7	2.190,22	2.297,54	657.065,40	964.966,25	1.622.031,65	135.169,30
Urg. E Emergência - Observação	01/06/2026		60	720	5	7	2.190,22	2.297,54	657.065,40	964.966,25	1.622.031,65	135.169,30
UTI Geral	01/11/2026		30	360	10	2	3.895,12	4.085,98	1.168.536,00	245.158,85	1.413.694,85	117.807,90
UTI Neo Natal	01/01/2026		30	360	-	12	3.303,34	3.465,20	-	1.247.473,32	1.247.473,32	103.956,11
Plantões (2)			330	3960						TOTAL 2	11.965.294,15	997.107,85
Total (1+2)										TOTAL GERAL	19.507.377,93	1.625.614,83
										MENSAL		

Considerando:

*2º Equipe de SGO

* Inclusão Equipe Marca Passo

*Reajuste Anual dos Contratos pelos índice indicado INPC PROJETADO 4,9%

Recurso Municipal	1.334.674,82	82,10%
Recurso Federal	290.940,01	17,90%

5.1.4. Anexo 8:

Neste anexo, estão os pagamentos Administrativos, pagamentos estes que devem ser autorizados pela Auditoria da SMS, através de instrumentos, anexos e documentos enviados pela Entidade (vide abaixo). Este recurso deve ser utilizado conforme a tabela desde locações, Excedentes de Diárias, materiais, exames, medicamentos não contemplados nos procedimentos SUS e outros, que justificados tragam qualidade a assistência ao paciente. O valor estimado para o recurso Municipal mensal de R\$252.931,35 sendo assim definido de acordo com as médias executadas do exercício anterior e com as necessidades assistenciais.

ANEXO 8 - Pagamento administrativo de procedimentos rejeitados pela crítica do SIHD e de OPME, medicamentos, oxigenoterapia hiperbárica e/ou procedimentos com finalidade diagnóstica não contemplados na Tabela SIGTAP							
ORÇADO							
Mod.	Procedimento	Detalhamento	a.Quant. Mensal	b.Físico Total Período (12 Meses)	c.Valor Médio Unitário - R\$	d.Valor Mensal - R\$	e.Valor do Período -R\$
Autorizados SMS	DIÁRIAS EXCEDENTES DE UTI		8	96	600,00	4.800,00	57.600,00
Autorizados SMS	EXCEDENTES DE ENFERMARIA		14	168	2.058,03	28.812,42	345.749,06
Autorizados SMS	EXCEDENTES DE EXAMES INTERNADOS		7	84	503,88	3.527,16	42.325,92
Autorizados SMS	Locação de Equipamentos Hospitalares Para cirurgias Neurocirúrgicas****		1	3	4.250,00	4.250,00	51.000,00
Autorizados SMS	Locação de Equipamentos Hospitalares Para cirurgias Urológicas****		1	12	2.000,00	2.000,00	24.000,00
Autorizados SMS	Exames NÃO CONTEMPLADOS SUS*	8.1	1	12	10.692,30	10.692,30	128.307,60
Autorizados SMS	Materiais HOSPITALARES ESPECIAIS e MEDICAMENTOS Especiais - para proc. Cirurgias de Alta e Média Complex. E Internações**	8.2 e 8.3	165	1.980	376,93	62.193,30	746.319,64
Autorizados SMS	Complementos de Exames 10.1 e 17.2 (Imagens, Laboratoriais, Anatomia, Cirúrgicos e Outros)	8.5	3.059	36.708	34,05	104.166,67	1.250.000,04
INCENTIVO DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE	APOIO A DIAGNOSE***	8.4	545	6540	37,56	20.468,00	245.616,00
INCENTIVO DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE	Locação de Equipamentos Hospitalares Bombas de Infusão*		43	516	170,00	7.310,00	87.720,00
INCENTIVO DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE	Locação de Equipamentos Hospitalares Bombas de Infusão*		3	36	230,00	690,00	8.280,00
INCENTIVO DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE	Locação de Osmose Reversa		1	12	2.098,00	2.098,00	25.176,00
FACTUAÇÃO PO	Locação de Cilindro para Óxido Nítrico		1	12	1.923,50	1.923,50	23.081,99
TOTAL			3.849	46.179		252.931,35	3.035.176,24

****Quantidade prevista para o ano, mas os valores foram divididos por 12 para cálculo correto do PO (verificar valor anual para autorização)

ANEXO 8.1 - DETALHAMENTO Exames NÃO CONTEMPLADOS SUS						
Mod.	Procedimento	Quantidade Mensal	Físico Total Período (3 Meses)	Valor Médio Unitário	Valor Mensal	Valor do Período
	Poligrafia Neo Natal	1	12	1.258,80	1.258,80	15.105,60
	Endoscopia intra-hospitalar	2	24	72,81	145,62	1.747,47
	Exame de Alto Custo	1	12	1.835,75	1.835,75	22.029,00
	Pesquisa de Suor	1	12	489,88	489,88	5.878,60
	Punção Aspirativa	1	12	576,95	576,95	6.923,40
	PHmetria	1	12	1.153,81	1.153,81	13.845,67
	Monitorização Neuro Fisiológica	1	12	1.049,00	1.049,00	12.588,00
	Câmara Hiperbárica	10	120	383,47	3.834,72	46.016,69
	Imunohistoquímica	1	12	137,96	137,96	1.655,57
	Mamografia	1	12	209,80	209,80	2.517,60
		20	240		10.692,30	128.307,60

ANEXO 8.2 - DETALHAMENTO MEDICAMENTOS com Autorizações Especiais - para proc. Cirurgias de Alta e Média Complex. E Internações						
Mod.	Procedimento	Quantidade Mensal	Físico Total Período (12 Meses)	Valor Médio Unitário	Valor Mensal	Valor do Período
	Medicamentos	75	900	375,73	28.179,81	338.157,74
		75	900		28.179,81	338.157,74

ANEXO 8.3- DETALHAMENTO OPME (Orteses, Próteses e Materiais Especiais)- para proc. Cirurgias de Alta e Média Complex. E Internações						
Mod.	Procedimento	Quantidade Mensal	Físico Total Período (12 Meses)	Valor Médio Unitário	Valor Mensal	Valor do Período
	OPME (Próteses, Orteses e Materiais Especiais)	89	1068	354,80	31.577,49	378.929,92
	Materiais para cirurgias Urológicas****	1	12	2.436,00	2.436,00	29.232,00
		90	1.080		34.013,49	408.161,92

****Quantidade prevista para o ano, mas os valores foram divididos por 12 para cálculo correto do PO (verificar valor anual para autorização)

ANEXO 8.4- DETALHAMENTO incentivo aos exames		
SUBGRUPO DE PROCEDIMENTOS CONTRATADOS	Nº CONTRATADO (mensal)	Nº CONTRATADO PERÍODO
Cardiotocografia Anteparto -0211040061	115	115
Internado	35	420
Ambulatorial	80	960
Emissão Otoacustico-0211070424/0211070149	100	1.200
Internado	60	720
Ambulatorial	40	480
Reflexo Vermelho	80	960
Internado (MEMORIA = TOTAL RN VIVOS)	80	960
Teste Rápido de HIV - 0214010040/0214010279	80	960
Protocolo - Conforme	80	960
Oximetria de Pulso - Teste do coraçãozinho 0211020079	80	960
Internado	80	960
Teste de Sífilis - 0214010074/0214010252	90	1.080
Internado	90	1.080
TOTAL	545	5.275

ANEXO 8.5- DETALHAMENTO COMPLEMENTO AOS EXAMES DE INTERNAÇÃO: SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) Contratados por Terceiros - Internados, Ambulatoriais e Complementos								
Exame	Terceiro	Contrato	TAB PO	Quantidade Mensal	Físico Total Período (12 Meses)	Valor Médio Unitário	Valor Mensal	Valor do Período
Ecocardiografia	Abud Serv. Radiológicos S/C Ltda	Exames de Imagem Internado Contrato 1015/15 (COMPLEMENTO)	10.1	50	600	67,45	3.372,50	40.470,00
Raios X	Abud Serv. Radiológicos S/C Ltda	Exames de Imagem Internado Contrato 1015/15 (COMPLEMENTO)	10.1	1800	21.600	6,55	11.790,00	141.480,00
Ressonância Magnética	Abud Serv. Radiológicos S/C Ltda	Exames de Imagem Internado Contrato 105/21 (COMPLEMENTO)	17.2	50	600	90,08	4.504,00	54.048,00
Ressonância Magnética c/ Sedação (Anestesiada)	Abud Serv. Radiológicos S/C Ltda	Exames de Imagem Internado Contrato 105/21 (FIXO) (COMPLEMENTO)	17.2	5	60	830,00	4.150,00	49.800,00
Tomografia	Abud Serv. Radiológicos S/C Ltda	Exames de Imagem Internado Contrato 1015/15 (COMPLEMENTO)	10.1	600	7.200	87,11	52.266,00	627.192,00
Ultrassonografia	Abud Serv. Radiológicos S/C Ltda	Exames de Imagem Internado Contrato 1015/15 (COMPLEMENTO)	10.1	168	2.016	24,66	4.142,97	49.715,64
Exames de Lactário	Lab. Dr. Pacca Análises Clínicas S/S LTDA	Exames de Laboratórios de Análises Clínicas - CONTRATO 147/22 (COMPLEMENTO)	17.2	20	240	11,00	220,00	2.640,00
Hemocultura e Alto Custo	Lab. Dr. Pacca Análises Clínicas S/S LTDA	Exames de Laboratórios de Análises Clínicas - CONTRATO 147/22 (COMPLEMENTO)	17.2	300	3.600	30,94	9.282,00	111.384,00
Laboratório de Anatomia Patológica	Inst. De Pat. Cit. Prof. Paulo F. L. Becker S/S LTDA / Climpas Clin. De Med. Diag. OK	Exames de Laboratórios de Análises Anatomo Patológica (COMPLEMENTO)	17.2	10	120	101,37	1.013,70	12.164,40
Colonoscopia-Endoscopia	Sedig Serv. De Endoscopia Digestiva S/S	Exames de Colonoscopia-Endoscopia (COMPLEMENTO)	17.2	26	312	97,75	2.541,50	30.498,00
Ecodoppler	Instituto de Neurologia de Sertãozinho	Exames Ecodoppler (COMPLEMENTO)	17.2	25	300	379,36	9.484,00	113.808,00
Eletroencefalograma	Instituto de Neurologia de Sertãozinho	Exames Eletroencefalograma (COMPLEMENTO)	17.2	5	60	280,00	1.400,00	16.800,00
TOTAL				3.053	36.708		104.166,67	1.250.000,64

5.1.5. Anexo 9:

Neste anexo, estão os pagamentos dos procedimentos ref. ao Pacote Hemodinâmica (Cateterismo, Angio e Marca Passo), AVC tromboembolia (medicamentos e procedimentos) não habilitados portanto não pagos pelo Sistema Único e Tratamento da Dor pacote definido para o ano de 2026 em tratativas com a Secretaria Municipal da Saúde. O valor estimado para o recurso Municipal mensal de R\$101.937,24 sendo assim definido por media de execução do período anterior e considerando índices de correção para o ano de 2026 (4,90% INPC).

ANEXO 9 TABELA 15 - NÃO HABILITADOS SUS									
Mod.	Equipe	Descritivo	CLAS.	SUB-CLASSIF	Quantidade Mensal	Físico Total Período (12)	Valor Médio Unitário	Valor Mensal	Valor Total Período
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	SERVIÇO DE IMAGEM (CATETERISMO)	CAT	SERVIÇO DE IMAGEM	7	84	2 115,75	14.810,24	177.722,92
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	PROCEDIMENTOS HEMODINAMICA (CATETERISMO)	CAT	PROCEDIMENTO	7	84	304,88	2.134,17	25.610,03
		TOTAL CATETERISMO			7	84		16.944,41	203.332,96
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	SERVIÇO DE IMAGEM (ANGIO C/ 1 STEND)	ANG	SERVIÇO DE IMAGEM	2	24	5 330,17	10.660,34	127.924,04
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	SERVIÇO DE IMAGEM (ANGIO C/ 2 STEND)	ANG	SERVIÇO DE IMAGEM	3	36	7 656,32	22.968,95	275.627,35
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	PROCEDIMENTOS HEMODINAMICA (ANGIO C/ 1 STEND)	ANG	PROCEDIMENTO	2	24	555,55	1.111,10	13.333,21
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	PROCEDIMENTOS HEMODINAMICA (ANGIO C/ 2 STEND)	ANG	PROCEDIMENTO	3	36	930,26	2.790,79	33.489,49
		TOTAL CATETERISMO			5	60		37.531,17	450.374,09
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	PROCEDIMENTOS HEMODINAMICA (MARCA-PASSO - TROCA DO GERADOR/UNICAMERAL/BICAMERAL)	MP	PROCEDIMENTO	2	24	2 109,52	4.219,04	50.628,43
AUTORIZADOS SMS	HEMODINAMICA	MATERIAL HOSPITALAR - HEMODINAMICA	MP	MATERIAL/MED	2	24	7.796,04	15.592,08	187.105,01
		TOTAL Marcapasso			2	24		19.811,12	237.733,44
AUTORIZADOS SMS	AVC	MEDICAMENTO TROMBOEMBOLITICO	AVC	MATERIAL/MED	2	24	4 066,02	8.132,04	97.584,41
AUTORIZADOS SMS	AVC	PROCEDIMENTO TROMBOEMBOLITICO	AVC	PROCEDIMENTO	2	24	759,25	1.518,49	18.221,89
		TOTAL AVC			2	24		9.650,53	115.806,33
AUTORIZADOS SMS	TRAT. DA DOR	PROCEDIMENTO	T. DOR	PROCEDIMENTO	40	480	450,00	18.000,00	216.000,00
		TOTAL TRAT. DOR			40	480		18.000,00	216.000,00
					56	672		101.937,24	1.223.246,82

6. Programação Orçamentária Estimada

Programação Orçamentária

Competência: NOV-25 A OUT-26

Calha: JAN-26 A DEZ-26

N.	PLANO	Descrição	Valor Recurso Financeiro Mensal 1	Valor Recurso Financeiro Mensal 2	TOTAL ORÇADO (1+2)	TOTAL PERÍODO (12 MESES)	Fonte do Recurso	TABELA	OBSERVAÇÃO
		Rubricas Mensais	Pré - fixado	Pós fixado					
1	MENSAL	Incentivo de Adesão à Contratualização- IAC - IGH	296.778,58		296.778,58	3.561.342,96	Recurso Vinculado Federal	N/A	Está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com a Portaria n°2.925/GM/MS, de 2017 ou outras que vierem a substituí-la. - Portaria MS - 3166 de 20/12/2013 - R\$296.778,58
2	MENSAL	Incentivo de Integração do SUS- INTEGRASUS	17.931,77		17.931,77	215.181,24	Recurso Vinculado Federal	N/A	O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
3	MENSAL	Rede Cegonha	112.791,57		112.791,57	1.353.498,84	Recurso Vinculado Federal	N/A	O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
4	MENSAL	Rede de Urgência- RUE	43.975,20		43.975,20	527.702,40	Recurso Vinculado Federal	N/A	O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
5	MENSAL	AVC	433,02		433,02	5.196,24	Recurso Vinculado Federal	N/A	O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
6	MENSAL	Produção de Média Complexidade Hospitalar + Unid. De Emerg.	595.216,59	255.092,82	850.309,41	10.203.712,92	Recurso Vinculado Federal	TAB 7 + TAB 9	Será repassado ao Conveniado, a posteriori (pós-produção, aprovação e processamento no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar) de acordo com a produção mensal aprovada pela Conveniente, com limites físicos e orçamentários. Excedentes serão pagos pela Gestão Municipal - Pré-fixado = 70% do valor orçado que deve ser complementado/descontado após conclusão de fechamento de produção
7	MENSAL	Produção Alta Complexidade Hospitalar	125.168,25	53.643,53	178.811,78	2.145.741,36	Recurso Vinculado Federal	TAB 10	Será repassado ao Conveniado, a posteriori (pós-produção, aprovação e processamento no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar) de acordo com a produção mensal aprovada pela Conveniente, com limites físicos e orçamentários. Excedentes serão pagos pela Gestão Municipal. Pré-fixado = 70% do valor orçado que deve ser complementado/descontado após conclusão de fechamento de produção
8	MENSAL	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC		6.135,34	6.135,34	73.624,08	Recurso Vinculado Federal	TAB 11	Será repassado ao Conveniado, a posteriori (pós-produção, aprovação e processamento no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar) de acordo com a produção mensal aprovada pela Conveniente, com limites físicos e orçamentários. Excedentes serão pagos pela Gestão Municipal
9	MENSAL	Incentivo Média/Alta Complexidade Hospitalar	1.485.631,41		1.485.631,41	17.827.576,88	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 5 e 6	Recurso financeiro complementar repassado para serviço profissional e hospitalar da média/alta complexidade hospitalar
10	MENSAL	Pagamentos Administrativos/Autorizados SMS/Incentivo Média/alta Complex. Hosp.	30.566,00	222.365,35	252.931,35	3.035.176,23	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 8 (COM DET. 8.1, 8.2, 8.3, 8.4 e 8.5)	Pagamento administrativo de procedimentos rejeitados pela crítica do SIHD e de OPME, medicamentos, oxigenoterapia hiperbárica, locações de equipamentos e complementos de exames diagnósticos e/ou procedimentos com finalidade diagnóstica não contemplados na Tabela SIGTAP
11	MENSAL	Serviço de Hemodinâmica-Cateterismo		16.944,41	16.944,41	203.332,96	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 9	Pacote de Cateterismo: Procedimento e Serviço de Imagem
12	MENSAL	Serviço de Hemodinâmica-Angioplastia		37.531,17	37.531,17	450.374,09	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 9	Pacote de Angioplastia: Procedimento e Serviço de Imagem
13	MENSAL	Serviço de Hemodinâmica-Marcapasso		19.811,12	19.811,12	237.733,44	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 9	Pacote de Marca-Passo: Procedimento, Material Hospitalar e Serviço de Imagem
14	MENSAL	Serviço de Neurologia-AVC Trombólise		9.650,53	9.650,53	115.806,33	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 9	Medicamento Trombólise e Procedimento
15	MENSAL	Serviço Tratamento da Dor		18.000,00	18.000,00	216.000,00	Recurso Vinculado Municipal	ANEXO 9	Procedimentos Tratamento da Dor

fph

16	MENSAL	Piso Nacional de Enfermagem	21.000,00	2.000,00	23.000,00	276.000,00	Recurso Vinculado Federal 1	N/A	Adiantamento de 91% do valor orçado e ao sair resolução mensal valor deve ser complementado.
17	MENSAL	Tabela SUS Paulista	1.000.000,00	205.000,00	1.205.000,00	14.460.000,00	Recurso Vinculado Estadual	ANEXO 11	Adiantamento de 83% do valor orçado e ao sair resolução mensal valor deve ser complementado.
SUB-TOTAL 1			3.729.492,39	846.174,28	4.575.666,66	54.908.000,00			
18	ÚNICO	Cirurgias Eletivas - conf. Resoluções		320.000,00	320.000,00	320.000,00	Recurso Vinculado Federal 2		Portaria GM/MS Nº 6.494 DE 31/12/2024. DELIBERAÇÃO CIB Nº 11, DE 30/01/2025. DELIBERAÇÃO CIB Nº 40, DE 28/04/2025. DELIBERAÇÃO CIB Nº 13, DE 13/02/2025 (COMP. NOV/25 - CAIXA JAN/26)
19	ÚNICO	INCENTIVO MUNICIPAL	400.000,00		400.000,00	400.000,00	Recurso Vinculado Municipal 1		INCENTIVO - CUSTEIO - MANUTENÇÃO PREDIAL DA 3ª SESSÃO e ADEQUAÇÃO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PARA LEITOS DE UTI - PARCELA ÚNICA: JAN/2026
20	ÚNICO	INCENTIVO MUNICIPAL	1.400.000,00		1.400.000,00	1.400.000,00	Recurso Vinculado Municipal 2		INCENTIVO - CUSTEIO - RH E SERVIÇOS MÉDICOS - PARCELA ÚNICA: JAN/2026
SUB-TOTAL 2			1.800.000,00	320.000,00	2.120.000,00	2.120.000,00			
TOTAL (1+2)			5.529.492,39	1.166.174,28	6.695.666,66	57.028.000,00			

Fonte do Recurso Mensal	Valor Recurso Financeiro Mensal 1	Valor Recurso Financeiro Mensal 2	TOTAL ORÇADO (1+2)	TOTAL PERÍODO (12 MESES)
	Pré - fixado	Pós fixado		
Recurso Vinculado Federal	1.192.294,98	314.871,69	1.507.166,67	18.086.000,00
Recurso Vinculado Municipal	1.516.197,41	324.302,59	1.840.500,00	22.086.000,00
Recurso Vinculado Federal 1	21.000,00	2.000,00	23.000,00	276.000,00
Recurso Vinculado Estadual	1.000.000,00	205.000,00	1.205.000,00	14.460.000,00
TOTAL GERAL MENSAL	3.729.492,39	846.174,28	4.575.666,67	54.908.000,00

Pagamento do Valor Pré-fixado = 1º dia útil do mês;

Pagamento do Valor Pós-fixado= Todo dia 27 de cada mês ou no próximo dia útil (para conferência da produção e publicações das portarias do Piso da Enfermagem e Tabela SUS Paulista)

7.1.Detalhamento dos Componentes da Programação Orçamentária

7.1.1.Componentes Pré Fixado:

- **Incentivo Média Complexidade Hospitalar:** Recurso financeiro complementar repassado para serviço profissional e hospitalar da média complexidade hospitalar (ANEXO 5, ANEXO 6 e ANEXO 8 - parte)
- **Incentivo Alta Complexidade Hospitalar:** Recurso financeiro complementar repassado para serviço profissional e hospitalar da alta complexidade hospitalar.(ANEXO 5, ANEXO 6 e ANEXO 8 - parte)

7.1.2.Componentes Pós Fixado:

- **Incentivo de Adesão à Contratualização– IAC:** Está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com a Portaria nº2.925/GM/MS, de 2017 ou outras que vierem a substituí-la.
- **Incentivo de Integração ao Sistema único de Saúde-INTEGRASUS:** O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
- **Incentivo Rede Temática-Rede Cegonha:** O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
- **Incentivo Rede Temática-Rede de Urgência e Emergência:** O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
- **Incentivo Rede Temática-AVC:** O pagamento está vinculado ao repasse do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em acordo com as Portarias vigentes.
- **Produção de Média Complexidade Hospitalar:** Será repassado ao Conveniado, a posteriori (pós-produção, aprovação e

processamento no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar) de acordo com a produção mensal aprovada pela Conveniente, com limites físicos e orçamentários definidos. Excedentes serão pagos pela Gestão Municipal

– **Produção da Alta Complexidade Hospitalar:** Será repassado ao Conveniado, a posteriori (pós-produção, aprovação e processamento no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar) de acordo com a produção mensal aprovada pela Conveniente, com limites físicos e orçamentários definidos. Excedentes serão pagos pela Gestão Municipal

– **Produção de Procedimentos Estratégicos (FAEC):** Será repassado ao Conveniado, a posteriori (pós-produção, aprovação e processamento no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar) de acordo com a produção mensal aprovada pela Conveniente, com limites físicos e orçamentários definidos. Excedentes serão pagos pela Gestão Municipal

– **Pagamento administrativo de procedimentos rejeitados pela crítica do SIHD e de OPME, medicamentos e/ou procedimentos com finalidade diagnóstica não contemplados na Tabela SIGTAP:** O pagamento administrativo será realizado quando estiverem presente todas as condições abaixo:

a) Procedimentos comprovados pela auditoria médica da conveniente;

b) Respeito ao fluxo SUS ou justa causa (dever ético e/ou legal) para sua execução pela conveniada com justificativa fundamentada no prontuário médico que será apreciada pela auditoria médica da conveniente.

c) Acordos pactuados antecipadamente com a conveniada através de ofícios com prazo de validade.

d) OPMEs, medicamentos, exames laboratoriais e/ou de imagens, locação de equipamentos, exames complementares para fins diagnósticos e oxigenoterapia hiperbárica não contemplados na tabela SIGTAP e que forem autorizadas pela auditoria, conforme critérios definidos neste plano operativo.

e) Diárias excedentes da capacidade instalada de leitos cirúrgicos e clínicos.

f) Diárias excedentes da capacidade instalada de leitos de Unidade de Terapia Intensiva-UTI.

– **Piso Nacional de Enfermagem:** Recursos da “assistência financeira complementar da União, destinados para o cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras”, em acordo com as Portarias GM/MS nº1.135 de 16/08/2023, nº 1.355 de 27/09/2023, nº 1.446 de 28/09/2023, nº 1.677 de 26/10/2023 e suas atualizações, que estabelece os critérios, os procedimentos e os valores da assistência financeira complementar da União para repasse aos serviços públicos e as Instituições privadas sem fins lucrativos que prestam mais de 60% de atendimento ao Sistema Único de Saúde.

De acordo com as referidas portarias e as informações disponibilizadas ao Ministério da Saúde, fica estabelecido que o repasse à conveniada será no valor anual estimado será de R\$ 23.000,00 para o cumprimento do piso salarial da enfermagem que trata a Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022. Os valores de repasse mensal são variáveis e definidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com as informações enviadas mensalmente por meio de fluxo estabelecido pelo governo federal. Caso o valor definido pelo Ministério da Saúde ultrapasse o valor anual estimado, será objeto de ratificação do convênio.

O repasse à Instituição o recurso financeiro das Portarias vigentes e suas atualizações de mesmo teor fica condicionado ao repasse fundo a fundo pelo Ministério da Saúde. A entidade deverá seguir na íntegra todos os critérios e procedimentos descritos nas Portarias GM/MS nº1.135 de 16/08/2023 e nº 1.677 de 26/10/2023 que lhe cabem ou suas atualizações.

A conveniada deverá encaminhar sua base de dados de profissionais de enfermagem, com vínculo trabalhista à Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente, até o dia 05 de cada mês ou dia útil anterior, para a atualização da base de dados no Ministério da Saúde.

– **Tabela SUS Paulista:** Recurso para acréscimo à remuneração dos serviços prestados pelos estabelecimentos da rede complementar de assistência à saúde aos usuários SUS/SP, de acordo com a Resolução SS nº198 de 19 de julho de 2024 e em conformidade com estrutura organizacional da Tabela SIGTAP. O valor da complementação, dar-se-á, exclusivamente, conforme produção registrada no SIH e SIA e aprovadas pelo Ministério da Saúde, com recursos do tesouro Estadual, de acordo com os valores estabelecidos na Tabela SUS Paulista Hospitalar, Tabela SUS Paulista Ambulatorial e Tabela SUS Paulista OPME. O teto para complementação fica fixado até o limite financeiro com recursos do tesouro estadual. A apuração dos valores de complementação considerará os serviços prestados no mês de competência. O Núcleo de Inteligência da Rede Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo é o responsável pela apuração da produção de serviços para definição dos respectivos valores a serem repassados para cada prestador de serviço conveniado pelo SUS sob gestão municipal. A Secretaria Estadual de Saúde-SP, publicará resolução com a relação dos prestadores que receberão a complementação com base na Tabela SUS Paulista e respectivos valores, e, o transforma através de repasse fundo a fundo ao município, de acordo com a produção, no limite estabelecido.

O repasse à Conveniada do recurso financeiro da Tabela SUS Paulista poderá ser adiantado em 80% do valor base, e após a publicação da resolução o município repassa o valor faltante do total da resolução. A entidade deverá seguir na íntegra todos os critérios e procedimentos que lhe cabem dispostos na Resolução supracitada, suas atualizações e normas correlatas.

8. Apuração da Pontuação das Metas Estabelecidas -

Tabela 13-Distribuição percentual e financeira do alcance das metas qualitativas e quantitativas		
Variação de Pontuação	Percentual a ser repassado Pré-fixado	Valor Financeiro a ser repassado
100% a 80% (455 a 364 pontos)	100%	R\$ 3.729.492,39
79,9% a 59,9% (363 a 273 pontos)	80%	R\$ 2.983.593,91
Abaixo de 59,9% (Abaixo de 272 pontos)	Revisão do Plano	O cumprimento abaixo de 59,9% das metas pactuadas implicará na revisão do Plano Operativo e do valor a ser repassado

Os recursos financeiros serão disponibilizados em parcelas mensais, conforme cronograma de desembolso previsto no Convênio e os descontos, caso se façam necessários, serão aplicados após análise do cumprimento das metas e seus respectivos desempenho. Os valores eventualmente pagos a maior no período, serão deduzidos no pagamento dos meses do período subsequente, de acordo com o percentual de cumprimento das metas.

A conferência dos indicadores de desempenho da Instituição será realizada mensalmente pelo Componente Municipal de Auditoria da Secretaria de Saúde e quadrimestralmente a Instituição apresentará para a Comissão de Avaliação de Execução do Plano Operativo seu desempenho, para que os membros possam avaliar o alcance das metas qualitativas e quantitativas e validar a transferência dos recursos financeiros. As reuniões serão realizadas, conforme cronograma abaixo:

9.Plano de aplicação dos recursos financeiros

Ordem	Item da Despesa	MENSAL							Parcela Única				TOTAL	
		PLANO OPERATIVO ORDINÁRIO						Aditivos - Parcela Única		Aditivos - Parcela Única			Valor Total (1 + 2)	%
		Valor 1 - R\$	%	Plano - Federal	Federal	Municipal	Estadual	Valor 2 - R\$ - P. única	%	Incentivo - R\$400.000,00 - Municipal	Cirurgias Eletivas - NOV/25	Incentivo - R\$1.363.000 - Municipal		
1	Recursos Humanos	1.102.974,80	24,11%	23.000,00	688.835,22	37.139,58	354.000,00	916.141,64	43,21%	-	216.141,64	700.000,00	2.019.116,44	30,16%
1.1	Benefícios Vale-alimentação + Refeição	100.000,00	2,19%				100.000,00	-	0,00%				100.000,00	1,49%
1.2	Benefício Vale-transporte	14.000,00	0,31%				14.000,00	-	0,00%				14.000,00	0,21%
1.3	Encargos FGTS	-	0,00%					100.000,00	4,72%		100.000,00		100.000,00	1,49%
1.4	Salários e 13º Salário	861.835,22	18,84%	23.000,00	688.835,22		150.000,00	700.000,00	33,02%			700.000,00	1.561.835,22	23,31%
1.5	Férias	90.000,00	1,97%				90.000,00	116.141,64	5,48%		116.141,64		206.141,64	3,08%
1.6	Indenizações Trabalhistas (Rescisões e Encargos)	37.139,58	0,81%			37.139,58		-	0,00%				37.139,58	0,55%
2	Medicamentos	247.311,85	5,40%	-	-	36.311,85	211.000,00	-	0,00%	-	-	-	247.311,85	3,69%
2.1	Medicamentos	247.311,85	5,40%			36.311,85	211.000,00	-	0,00%				247.311,85	3,69%
2.2	Medicamentos (Outros)	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
3	Material Médico Hospitalar	249.605,58	5,46%	0,00	0,00	49.605,58	200.000,00	103.858,36	4,90%	-	103.858,36	-	353.463,94	5,28%
3.1	Material Hospitalar	249.605,58	5,46%			49.605,58	200.000,00	103.858,36	4,90%		103.858,36		353.463,94	5,28%
3.2	OPME	-	0,00%										-	
4	Gêneros Alimentícios	86.000,00	1,88%				86.000,00	-	0,00%				86.000,00	1,28%
5	Outros Materiais de Consumo	158.657,39	3,47%	-	158.657,39	-	-	150.000,00	7,08%	150.000,00	-	-	308.657,39	4,61%
5.1	Material para lavanderia	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
5.2	Material para escritório	30.000,00	0,66%		30.000,00			-	0,00%				30.000,00	0,45%
5.3	Material de rouparia	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
5.4	Material de limpeza	55.657,39	1,22%		55.657,39			-	0,00%				55.657,39	0,83%
5.5	Materiais Químicos	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
5.6	Uniformes	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
5.7	Material para copa e cozinha e Descartáveis	43.000,00	0,94%		43.000,00			-	0,00%				43.000,00	0,64%
5.8	Material para Construção	-	0,00%					150.000,00	7,08%	150.000,00			150.000,00	2,24%
5.9	Gases medicinais	30.000,00	0,66%		30.000,00			-	0,00%				30.000,00	0,45%
6	Serviços Médicos	2.518.377,56	55,04%	-	659.674,06	1.678.703,50	180.000,00	700.000,00	33,02%	-	-	700.000,00	3.718.377,56	48,07%
6.1	Plantões Médico-Unidade de Emergência	270.338,61	5,91%			270.338,61		-	0,00%				270.338,61	4,04%
6.2	Plantões Médico-Média e Alta Complexidade Hospitalar	1.355.276,23	29,62%		290.940,01	1.064.336,22		700.000,00	33,02%			700.000,00	2.055.276,23	30,70%
6.3	Honorários, Exames e Procedimentos	483.295,36	10,56%		139.266,69	344.028,68		-	0,00%				483.295,36	7,22%
6.4	Honorários Produção - Repasse	409.467,36	8,95%		229.467,36		180.000,00	-	0,00%				409.467,36	6,12%
7	Serviços Terceiros	120.000,00	2,62%	-	-	-	120.000,00	250.000,00	11,79%	250.000,00	-	-	370.000,00	5,53%
7.1	Taxa de Resíduos	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
7.2	Manutenção de Softwares	-	0,00%					-	0,00%				-	0,00%
7.3	Serviços Lavanderia	120.000,00	2,62%				120.000,00	-	0,00%				120.000,00	1,79%
7.4	Serviços de Manutenção Predial	-	0,00%					250.000,00	11,79%	250.000,00			250.000,00	3,73%
8	Locações Diversas	38.739,50	0,85%	-	-	38.739,50	-	-	0,00%	-	-	-	38.739,50	0,58%
8.1	Locação de cilindro	1.923,50	0,04%			1.923,50		-	0,00%				1.923,50	0,03%
8.2	Locação de Equipamentos	36.816,00	0,80%			36.816,00		-	0,00%				36.816,00	0,55%
9	Utilidades Públicas	54.000,00	1,18%	-	-	-	54.000,00	-	0,00%	-	-	-	54.000,00	0,81%
9.1	Água	16.000,00	0,35%				16.000,00	-	0,00%				16.000,00	0,24%
9.2	Energia Elétrica	38.000,00	0,83%				38.000,00	-	0,00%				38.000,00	0,57%
Total Mensal (sem Parcela Única)		4.575.666,67	100%	23.000,00	1.507.166,67	1.840.500,00	1.205.000,00							
Total Parcela Única								2.120.000,00	100,00%	400.000,00	320.000,00	1.400.000,00	6.695.666,67	100%

10.Periodicidade das Prestações de Contas

10.1 Prestação de Contas Parcial

As documentações para prestação de contas parcial como extratos bancários; notas fiscais de compras, de prestação de serviços e seus respectivos comprovantes de pagamento, bem como, holerites e pagamentos de encargos trabalhistas de funcionários da Instituição e pagamentos de impostos, devem ser inseridas na plataforma MROSC, no 1º dia útil de cada mês vigente, tendo como **prazo limite** para inserção da documentação, **60 dias da data de recebimento do recurso financeiro**.

10.2 Prestação de Contas Final

Para prestação de contas final deverão ser entregues as seguintes documentações:

- Ofício do interessado endereçado ao Secretário da Saúde;
- Cópia do ajuste (convênio ou termo aditivo);
- Cópia do termo de ciência e notificação do ajuste (convênio ou termo aditivo);
- Cópia do plano de trabalho do ajuste (convênio ou termo aditivo) em referência
- Cópia do plano operativo (convênio ou termo aditivo);
- Publicação do convênio;
- Certidão contendo nome e CPFs dos dirigentes e conselheiros da entidade conveniada, incluindo:
 - a) forma de remuneração;
 - b) períodos de atuação principalmente do dirigente responsável pela administração dos recursos recebidos à conta do convênio;
- Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, atualizado;
- Cópia do Estatuto Oficial da Entidade;
- Ata da eleição do quadro dirigente atual da entidade conveniada;
- Declaração informando o atendimento dos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, moralidade, motivação, interesse público;
- Relatório anual de execução de atividades desenvolvidas pela conveniada, assinado pelo representante legal da entidade, contendo especificamente:
 - a) relatório sobre execução do objeto do convênio; e
 - b) comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
- Relação dos contratos e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos administrativos pela entidade conveniada, para os fins estabelecidos no convênio, contendo:
 - a) tipo e número do ajuste;
 - b) identificação das partes;
 - c) data;
 - d) objeto;
 - e) vigência;
 - f) valor pago no exercício; e
 - g) condições de pagamento;
- Conciliação bancária do mês de dezembro da conta-corrente específica, aberta em instituição financeira pública para movimentação dos recursos do convênio, acompanhada dos respectivos extratos de conta-corrente e das aplicações;
- Publicação do balanço patrimonial da entidade conveniada, dos exercícios encerrados e anterior;
- Demonstrações contábeis e financeiras da entidade conveniada, acompanhadas do balancete analítico acumulado do exercício;
- Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade-CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da conveniada de agentes políticos de poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgãos ou entidade da administração pública celebrante, bem como, seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- Declaração atualizada acerca da contratação ou não de empresa(s) a dirigentes da conveniada, de agentes políticos de poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgãos ou entidade da administração pública celebrante, bem como, seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- Demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no Anexo RP-12;
- Demonstrativo integral das receitas e despesas;
- Apresentação de cópias de notas fiscais, inclusive nota fiscal eletrônica, com carimbo “confere com o original” assinado, contendo: nº do convênio ou do T.A., Secretaria de Estado da Saúde e Unidade Pagadora (UGE);

- Extratos da conta-corrente em que recebeu os recursos a partir da data de recebimento até 31/12 do exercício, por ordem cronológica;
- Extratos da conta de aplicações financeiras demonstrando os respectivos rendimentos a partir da data de recebimento até 31/12 do exercício, por ordem cronológica;
- Declaração de que realizou no mínimo 03 cotações de preços nas aquisições realizadas pelo convênio (materiais e serviços);
- Parecer do Conselho Fiscal aprovando as contas do convênio em questão;
- Comprovantes da devolução de recursos não aplicados ou aplicados irregularmente;
- DIRD.

As documentações deverão ser enviadas em arquivo digital, em pastas nomeadas de acordo com o item de despesa para o e-mail contas.smssertaozinho@gmail.com. A data limite para entrega dos documentos para prestação de contas final será **31/01/2027**.

10.3.Prazos para análise da Prestação de Contas

A análise da prestação de contas final do respectivo Convênio, será realizado pelo setor de auditoria no prazo máximo de 30 dias, contados a partir do recebimento da documentação da prestação de contas parcial e final.

ANEXO 1 (Eletivas e Urgências)

INSTRUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS- OPMEs

DADOS DO PACIENTE		
Nome Completo:		
CPF:	CNS:	Data Nasc.:
Tel.:		
Cirurgia Proposta:		

DADOS PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Nome Completo:	
Especialidade:	CRM/ RQE:
Tel.:	
E-mail:	

OPME(s) E CÓDIGOS COMPATÍVEIS COM TABELA SIGTAP	QUANT.	OPME(s) NÃO COMPATÍVEIS COM TABELA SIGTAP	QUANT.

JUSTIFICATIVA E DESCRIÇÃO TÉCNICA DA(s) OPME(s) NÃO COMPATÍVEIS COM TABELA SIGTAP SOLICITADAS PELO PROFISSIONAL:
1. Código CID da doença:
2. Descrição das características da OPME (tipo, matéria prima, dimensões) e do procedimento indicado:
3. Justificativa clínica da não utilização da OPME disponível na tabela SIGTAP, do procedimento indicado e sua prioridade, observadas as práticas cientificamente reconhecidas:
4. Anexar resultados dos exames que corroboram a indicação da OPME e o procedimento solicitado.
Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do OPME, que não a saúde do paciente, bem como, não mantenho qualquer vínculo com a indústria de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada a esta solicitação que possa caracterizar conflito de interesse: () Sim () Não.

Data:	Assinatura e carimbo do profissional solicitante:
-------	---

PARECER AUDITORIA:	
Data:	Assinatura/Carimbo:

* O preenchimento de todos os campos são **OBRIGATÓRIOS** e o formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009). As indicações devem ser específicas para cada paciente e OPME, considerando as particularidades clínicas de cada paciente e não uma indicação genérica como "NÃO HÁ MATERIAL NO SUS QUE SUBSTITUA COM A MESMA EFICÁCIA...". As justificativas dos médicos assistentes que não correlacionarem a(s) OPME (s) com a condição clínica de cada paciente serão desconsideradas.

27

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

DADOS DO PACIENTE		
Nome Completo:		
CPF:	CNS:	Data Nasc.:
Número da AIH:		

DADOS PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Nome Completo:	
Especialidade:	CRM/ RQE:
Tel.:	

DADOS DA PRESCRIÇÃO	
Medicamento solicitado:	
Posologia:	Duração do tratamento:
Indicação em conformidade com a aprovada no registro da Anvisa? () Sim () Não	

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição? CID: Doença: _____ 2. Quais as opções de tratamento oferecidas/ padronizadas pela Instituição Santa Casa de Sertãozinho já foram utilizadas? Por quanto tempo? Em qual posologia? Qual a resposta terapêutica obtida? _____ _____ _____ _____ _____ 3. Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão: _____ _____ _____ 4. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte? () Sim () Não Justificativa: _____ 5. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença? () Sim () Não Justificativa: _____ 6. Anexar os resultados dos exames que corroboram a indicação do tratamento proposto e em caso de prescrição de antibióticos anexar o protocolo e parecer da CCIH da Santa Casa de Sertãozinho.

Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento, que não a saúde do paciente, bem como, não mantenho qualquer vínculo com a indústria de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada a esta solicitação que possa caracterizar conflito de interesse: () Sim () Não.

Data:

Assinatura e carimbo do profissional solicitante:

PARECER AUDITORIA:

Data:

Assinatura/Carimbo:

* O preenchimento de todos os campos são **OBRIGATÓRIOS** e o formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

28

ANEXO 3
INSTRUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo:

CPF:

CNS:

Data Nasc.:

Número da AIH:

DADOS PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome Completo:

Especialidade:

CRM/ RQE:

Tel.:

1..Quais medicamentos o paciente está em uso atualmente e sua posologia?

2.Quais os tratamentos já realizados pelo paciente, duração e resposta terapêutica?

3. Foi realizado algum procedimento cirúrgico? Quando? Qual a resposta apresentada após o procedimento?

4.Existe alguma programação cirúrgica para tratamento da lesão que acomete o paciente? () Sim () Não. Quando será realizada?

5. Descreva sobre a lesão apresentada (localização, diâmetro, profundidade, tipo de tecido, característica das bordas e secreção apresentada)

6. Anexar resultados dos exames que corroboram a indicação terapêutica.

7. Qual o número de sessões previstas para o tratamento:

8. Pontuação apresentada na escala de gravidade (questionário em anexo):

Data:	Assinatura e carimbo do profissional solicitante:
-------	---

PARECER AUDITORIA:	
Data:	Assinatura/Carimbo:

* O preenchimento de todos os campos são **OBRIGATÓRIOS** e o formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

29

ESCALA USP DE GRAVIDADE- AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

1. Idade: () <25 anos (1 ponto) () 25 a 50 anos (2 pontos) () >50 anos (3 pontos)
2. Tabagismo: () Leve/moderado (2 pontos) () Intenso (3 pontos) () Não (0 ponto)
3. Diabetes: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
4. Hipertensão Arterial: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
5. Queimadura: () <30% da superfície corporal (2 pontos) () >30% da superfície corporal (3 pontos) () Não (zero)
6. Osteomielite: () Sim (2 pontos) () Com exposição óssea (3 pontos) () Não (zero)
7. Toxemia: () Moderada (2 pontos) () Intenso (3 pontos) () Não (zero)
8. Choque: () Estabilizado (2 pontos) () Instável (3 pontos) () Não (zero)
9. Infecção/Secreção: () Pouco (1 ponto) () Moderado (2 pontos) () Acentuada (3 pontos)
10. Diâmetro da lesão: () 5cm (1 ponto) () 5 a 10cm (2 pontos) () >10cm (3 pontos)
11. Crepitação Subcutânea: () <2 cm (1 ponto) () 2 a 6 cm (2 pontos) () >6cm (3 pontos)
12. Celulite: () 5cm (1 ponto) () 5 a 10cm (2 pontos) () >10cm (3 pontos)
13. Insuficiência Arterial Aguda: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
14. Insuficiência Arterial Crônica: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
15. Lesão aguda: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
16. Lesão crônica: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
17. FQ/ alteração linfática: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
18. Amputação/desbridamento: () Em risco (1 ponto) () Planejada (2 pontos) () Realizada (3 pontos) () Não (zero)
19. Dreno de tórax: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
20. Ventilação mecânica: () Sim (2 pontos) () Não (zero)
21. Períneo/ Face/ Mama: () Sim (2 pontos) () Não (zero)

--

PONTUAÇÃO FINAL

PROTOCOLO DE USO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HIPERBÁRICA (SBMH)

1. PREMISSAS

1.1. A Oxigenoterapia Hiperbárica é reservada para:

- Recuperação de tecidos em sofrimento;
- Condições clínicas em que seja o único tratamento;
- Lesões graves e/ou complexas;
- Falha de resposta aos tratamentos habituais;
- Lesões com necessidade de desbridamento cirúrgico;
- Piora rápida com risco de óbito;
- Lesões em áreas nobres: face, mãos, pés, períneo, genitália, mamas
- Lesões refratárias; recidivas frequentes.

1.2. A Oxigenoterapia Hiperbárica não é indicada como tratamento para:

- Lesões com resposta satisfatória ao tratamento habitual;
- Lesões que não respondem a OHB: sequelas neurológicas, necroses estabelecidas.
- Infecções que não respondem a OHB: pneumonia, infecção urinária.

2. INDICAÇÕES DE OHB CONFORME RESOLUÇÃO CFM 1457/95 E CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA USP

		Início	Indicação	Situação	Nº Sessões
Emergência	Principal	Imediato	1. Doença descompressiva todos os casos 2 a 5 sessões	Todos os casos	2 a 5 sessões
			2. Embolia traumática pelo ar		
			3. Embolia gasosa		
			4. Envenenamento por CO ou inalação de fumaça		
			5. Envenenamento por gás cianídrico / sulfídrico		
Urgência	Tratamento Adjuvante	Imediato conforme condições clínicas/ Outros procedimentos	6. Gangrena gasosa	Todos os casos	10 a 30 (em 95% dos casos)
			7. Síndrome de Fournier	Classificação de gravidade da USP III ou IV	
			8. Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciites, miosites - (inclui infecção de sítio cirúrgico)	Classificação de gravidade da USP II, III ou IV	
			9. Isquemias agudas traumáticas lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras	Classificação de gravidade da USP II, III ou IV	
			10. Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas - (aracnídeos, ofídios e insetos)	Em sepse, choque séptico, ou insuficiências orgânicas	
			11. Queimaduras térmicas e elétricas	Acima de 30% de 2º. e 3º. graus ou queimaduras em áreas nobres (face, mamas, mãos, pés, períneo, genitália)	

Eletivo	Tratamento Adjuvante	Início planejado	12. Lesões refratárias úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito, úlceras por vasculite auto-imune e deiscência de suturas	- após revascularização ou outros procedimentos cirúrgicos se indicados; - Osteomielite associada; - Perda de enxertos ou retalhos prévios; - Infecção com manifestações sistêmicas	
			13. Lesões por radiação radiodermite, osteoradionecrose e lesões actínicas de mucosa	Todos os casos	
			14. Osteomielites	Após limpeza cirúrgica e/ou remoção de material de síntese	
Situações Especiais	Casos Seleccionados	Início planejado	15. Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco	Evolução desfavorável nas primeiras 48 horas. Início imediato e avaliação a cada 5 sessões	10 a 40 (em 95% dos casos)
			16. Anemia aguda nos casos de impossibilidade de transfusão sanguínea	Associada a suporte respiratório e eritropoetina	

3. REFERÊNCIAS:

1. Kindwall EP, Whelan HT Hyperbaric Medicine Practice 3rd Edition 2008 Best Publishing Company USA, 1075 pag
2. Resolução Conselho Federal de Medicina 1457/95 Brasília 1995
3. D'Agostino D M, Fontes B, Poggetti RS, Birolini D. Hyperbaric oxygen therapy: types of injury and number of sessions-a review of 1506 cases. Undersea Hyperb Med. 2008Jan-Feb;35(1):53-60.
4. Relatório Periódico da UHMS – Bethesda USA 2003 – Tradução da SBMH 453 pag.

RESOLUÇÃO C. F. M. Nº. 1 457 / 95

O Conselho Federal de Medicina, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei No. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto No. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, em conjunto com os Conselhos Regionais de Medicina constitui o órgão supervisor e fiscalizador do desempenho profissional dos médicos de todo o país;

CONSIDERANDO o surgimento de novas técnicas e procedimentos de pesquisa em Medicina cuja aplicação implica a fiel observância aos preceitos contidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer uma correta definição sobre as características e fundamentos da Medicina Hiperbárica; CONSIDERANDO a Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) como procedimento terapêutico consagrado nos meios científicos e incorporado ao acervo de recursos médicos, de uso corrente em todo o País; CONSIDERANDO o decidido na Reunião Plenária de 15 / 09 / 1995.

RESOLVE:

Adotar as seguintes técnicas para o emprego de OHB:

I – DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1 – A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste na inalação de oxigênio puro, estando o indivíduo submetido a uma pressão maior do que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica;

1.2 – As Câmaras hiperbáricas são equipamentos resistentes a pressão e podem ser de dois tipos: multipacientes (de maior porte, pressurizadas com ar comprimido e com capacidade para várias pessoas simultaneamente) e monopaciente (que permite apenas acomodação do próprio paciente, pressurizada, em geral, diretamente com O2).

1.3 – Não se caracteriza como oxigenoterapia hiperbárica (OHB) a inalação de 100% de O₂ em respiração espontânea ou através de respiradores mecânicos em pressão ambiente, ou a exposição de membros ao oxigênio por meio de bolsas ou tendas, mesmo que pressurizadas, estando a pessoa em ar ambiente.

II – INDICAÇÃO

2. – A indicação da oxigenoterapia hiperbárica é de exclusiva competência médica.

III – APLICAÇÃO

3. – A aplicação da oxigenoterapia hiperbárica deve ser realizada pelo médico ou sob sua supervisão.

4. – As aplicações clínicas atualmente reconhecidas da oxigenoterapia hiperbárica são as seguintes:

4.1 – Embolias gasosas;

4.2 – Doença descompressiva;

4.3 – Embolia traumática pelo ar;

4.4 – Envenenamento por monóxido de carbono ou inalação de fumaça;

4.5 – Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos;

4.6 – Gangrena gasosa;

4.7 – Síndrome de Fournier;

4.8 – Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciites, e miosites;

4.9 – Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras;

4.10 – Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídeos, ofídios e insetos); 4.11 – Queimaduras térmicas e elétricas;

4.12 – Lesões refratárias: úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito; úlceras por vasculites auto-imunes; deiscências de suturas;

4.13 – Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas;

4.14 – Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco;

4.15 – Osteomielites;

4.16 – Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sanguínea.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OHB *

CLASSIFICAÇÃO EM 4 GRUPOS (I a IV) PELA SOMATÓRIA DOS PONTOS:			
G I < 10 pontos	G II 11 a 20 pontos	G III 21 a 30 pontos	G IV > 31 pontos

MORTALIDADE DE ACORDO COM OS GRUPOS:			
G I = 1,2%	G II = 7%	G III = 30%	G IV = 66% (p < 0.001)*

(*) The "UNIVERSITY OF SÃO PAULO (USP) SEVERITY SCORE" for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostino Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteiro, C.H. Esteves, L. M./Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35 – 1997

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR NÃO DISPONÍVEL NA INSTITUIÇÃO

Esta solicitação de exame complementar não faz parte do rol de exames disponíveis na Instituição. Logo, para o seu atendimento faz-se necessário o encaminhamento aos laboratórios particulares, elevando fortemente os custos. Assim, precisamos entender sua relevância para a assistência e promoção do bem-estar do paciente bem como realizar uma análise estatística da frequência de determinado exame, visando sua incorporação no rol de exames disponíveis da Instituição, caso esse se justifique.

Secretaria Municipal de Saúde de Sertãozinho.

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo:

CPF:

CNS:

Data Nasc.:

Número da AIH:

DADOS PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome Completo:

Especialidade:

CRM/ RQE:

Tel.:

33

SOLICITAÇÃO

Exame solicitado:

CID:

1. Qual a possibilidade "à priori" do resultado vir alterado? Pequena () Grande ()
2. Foi requisitado para fins: Diagnóstico () Terapêutico () Ambos ()
3. Resultado do exame de imagem e/ou laboratorial anteriormente realizado e a justificativa da necessidade desse exame (anexar laudo). No que o exame solicitado complementaria o anterior?

4. Justificativa: (deixe clara a relevância do pedido desse exame para a qualidade da assistência prestada a esse paciente e o porquê o mesmo é indispensável, caso o seja necessário, anexar referência bibliográfica):

5. Em que dimensão alterará a conduta clínica ou cirúrgica?

Data:

Assinatura e carimbo do profissional solicitante:

PARECER AUDITORIA:

Data:

Assinatura/Carimbo:

* O preenchimento de todos os campos são **OBRIGATÓRIOS** e o formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009)

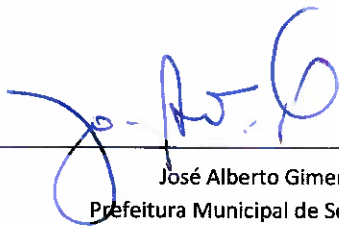
11. Considerações Finais

Este Plano Operativo deverá acompanhar todos os ajustes realizados entre SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO e a IRMANDADE DA SANTA CASA DE SERTÃOZINHO e deve ser utilizado para organizar, avaliar/ reavaliar e planejar os serviços pactuados e executados.

Caso houver necessidade de alterações, ajustes e/ou outras alterações deverá ser revisado e repactuado por meio de aditivos. Todos os itens constantes neste foram devidamente discutidos aceitos e autorizados para composição deste Plano de Trabalho como proposta para estabelecimento de Convênio de prestação de serviços de 01 de Janeiro de 2026 a 31 de Dezembro de 2026.

Sertãozinho, 24 de Dezembro de 2025.

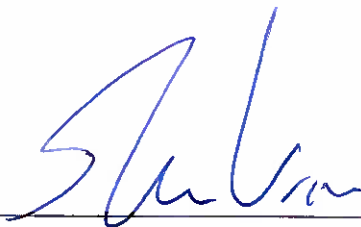
34



José Alberto Gimenez
Prefeitura Municipal de Sertãozinho



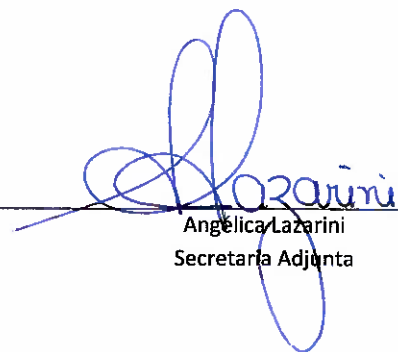
Antônio Carlos Cavallaro
Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho



Renan Ramos Urizzi
Secretaria Municipal de Saúde



Rita Rosana Montenegro
Administradora



Angelica Lazarini
Secretaria Adjunta