



10º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Décimo Termo de Aditamento ao Convênio nº 01/2020, que entre si celebram a Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo e o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, na forma abaixo.

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, o **CONVENENTE, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO**, inscrito no Ministério da Fazenda com o CNPJ nº 46.231.890/0001-43, com sede nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, na Praça Deputado Leônidas Camarinha, 340 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**, brasileiro, administrador, portador do RG 42.990.477-0, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 360.926.208-71, residente e domiciliado à Avenida Tiradentes, nº 830, Centro, nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, e pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, na qualidade de gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), com sede nesta cidade na Praça São Sebastião, nº 509, Centro, neste ato representado pela assessora, coordenação e gerenciamento do gabinete do secretário municipal de saúde **ELAINE MILO NARDO MARTELINE**, brasileira, casada, farmacêutica, portadora do RG nº 25.348.984, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 221.757.408-62, residente e domiciliada nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo e de outro lado, a **CONVENIADA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO** -, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no Ministério da Fazenda com o CNPJ/MF nº 56.813.926/0001-50, inscrita no CREMESP sob o nº 700843, desde 22/2/1983, nos termos da Lei Federal



6.839/80, com endereço na cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, à Avenida Dr. Cyro de Melo Camarinha, 530 - Centro, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Santa Cruz do Rio Pardo, em 23/11/2018, sob o nº 175, AV. 24, LV.A, neste ato representada por sua interventora nomeada pelo Decreto 325/2023, **SRA. ROSANGELA GESELTA ALVIM GONZAGA DE OLIVEIRA**, brasileira, casada, enfermeira, portadora do RG nº 8.861.984, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 021.914.458-37, residente e domiciliada nesta cidade de Santa Cruz do Rio Pardo, doravante denominada apenas **SANTA CASA**, resolvem aditar o convênio de cooperação para Prestação de Serviços Hospitalares, Ambulatorial, Diagnóstico e Terapêutico, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme as cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo tem por finalidade o aditamento para alteração de valores conforme anexo, referente habilitação de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto tipo II a partir da 3ª (terceira) parcela de 2024, conforme Portaria GM/MS 3.306/2024.

Cláusula Segunda – Das alterações

Ficam alterados o *caput* e item II da cláusula nona do convênio 01/2020; e itens IV VIII do plano descritivo do convênio 01/2020, conforme tabelas anexas, passando o valor anual do convênio para R\$ 24.250.863,96 (vinte e quatro milhões, duzentos e cinquenta mil, oitocentos e sessenta e três reais e noventa e seis centavos) e o teto mensal o valor de R\$ 2.020.905,33 (dois milhões, vinte mil, novecentos e cinco reais e trinta e três centavos).

As dotações orçamentárias específicas para cada fim, serão suplementadas se necessário, na rubrica 3.3.50.39.06 – Convênio - funcional programática Manutenção do Atendimento às Urgências e Emergências ou Manutenção da Regulação do Sistema.



Assim, com as presentes alterações, o Convênio nº 01/2020 passa a dispor as cláusulas e demais itens conforme segue: (altera somente itálico e asterisco).

CONVÊNIO No. 01/2020

...

9ª CLÁUSULA NONA **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O valor total mensal estimado para execução do presente convênio é de **R\$ 2.020.905,33 (dois milhões, vinte mil, novecentos e cinco reais e trinta e três centavos)**, que correspondem a um repasse anual à SANTA CASA de até **R\$ 24.250.863,96 (vinte e quatro milhões, duzentos e cinquenta mil, oitocentos e sessenta e três reais e noventa e seis centavos)**.

...

II - O componente **Pré-Fixado**, que corresponde às Ações de **Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**, será transferido à **SANTA CASA** em parcelas duo decimal de até **R\$ 737.958,42 (setecentos e trinta e sete mil, novecentos e cinquenta e oito reais e quarenta e dois centavos)**, sendo composta pela somatória dos seguintes recursos conforme tabela anexa:

1 - Parcela correspondente aos **atendimentos ambulatoriais** da **SANTA CASA (SIA/SUS Média Complexidade e IAC)**, somando a quantia de **R\$ 147.919,07 (cento e quarenta e sete mil, novecentos e dezenove reais e sete centavos)**, sendo **R\$ 42.069,06 (quarenta e dois mil, sessenta e nove reais e seis centavos)** referentes ao faturamento dos procedimentos SIA/SUS e **R\$ 105.850,01 (cento e cinco mil e oitocentos e cinquenta reais e um centavo)** referentes ao **IAC**, em parcelas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**;



2 - Parcela correspondente aos **atendimentos hospitalares** da **SANTA CASA (SIH/SUS Média Complexidade e Integrasus)**, somando a quantia de **R\$ 590.039,35 (quinhentos e noventa mil, trinta e nove reais e trinta e cinco centavos)**, sendo **R\$ 584.584,03 (quinhentos e oitenta e quatro mil, quinhentos e oitenta e quatro reais e três centavos)** referentes ao faturamento das **internações SIH/SUS** e **R\$ 5.455,32 (cinco mil, quatrocentos e cinqüenta e cinco reais e trinta e dois centavos)** referentes ao **Integrasus**, em parcelas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**;

§ 1º. Os recursos do **IAC e INTEGRAGUS** acima especificados são provenientes de repasses realizados pela **UNIÃO**, no componente **pré-fixado**, consistindo em:

a)- Parcela correspondente ao **INTEGRASUS** – Incentivo de Integração ao SUS, no montante de **R\$ 5.455,32 (cinco mil, quatrocentos e cinqüenta e cinco reais e trinta e dois centavos)**, em parcelas fixas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**;

b)- Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos (**IAC**) - Incentivo de Adesão à Contratualização, no montante de **R\$ 105.850,01 (cento e cinco mil oitocentos e cinquenta reais e um centavo)** em parcelas fixas mensais, valor este que já se encontra no teto financeiro do **MUNICÍPIO**.

Para efetivo cumprimento do Inciso II desta cláusula também deverão ser observados os seguintes requisitos, conforme determina o Capítulo V, Sessão III do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017:

1)- Quarenta por cento (40%) dos valores do componente Pré-Fixado, descrito no inciso II desta cláusula, identificados com **1, 2, §1º “a” e “b”**, parcelas correspondentes aos procedimentos de **Média Complexidade SIA e SIH**, Incentivo ao **INTEGRASUS** e Incentivo a Contratualização (**IAC**); e que somam **R\$ 295.183,37 (duzentos e noventa e cinco mil, cento e oitenta e três reais e trinta e sete centavos)**, sendo destes, **R\$ 16.827,62 (dezesesseis mil, oitocentos e vinte e sete reais e**



sessenta e dois centavos) referente ao componente da **Média Complexidade Ambulatorial (SIA)** e **R\$ 233.833,61 (duzentos e trinta e três mil, oitocentos e trinta e três reais e sessenta e um centavos)** referente ao componente da **Média Complexidade Internação (SIH)**, **R\$ 2.182,13 (dois mil, cento e oitenta e dois reais e treze centavos)** referente ao **INTEGRASUS** e **R\$ 42.340,00 (quarenta e dois mil e trezentos e quarenta reais)** referente ao **(IAC)** respectivamente serão repassados mensalmente à **SANTA CASA**, como **parte variável da parcela Pré-Fixada**, vinculados e condicionados ao **cumprimento de no mínimo 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas** discriminadas no Plano Descritivo Bienal;

2)- Sessenta por cento (60%) dos valores do componente Pré-Fixado, descrito no inciso II desta cláusula, identificados com **1, 2, §1º “a” e “b”**, parcelas correspondentes aos procedimentos de **Média Complexidade SIA e SIH**, Incentivo ao **INTEGRASUS** e Incentivo a Contratualização **(IAC)**; e, que somam **R\$ 442.775,05 (quatrocentos e quarenta e dois mil, setecentos e setenta e cinco reais e cinco centavos)**, sendo destes, **R\$ 25.241,44 (vinte e cinco mil, duzentos e quarenta e um reais e quarenta e quatro reais)** referente ao componente da **Média Complexidade Ambulatorial (SIA)** e **R\$ 350.750,42 (trezentos e cinquenta mil, setecentos e cinquenta reais e quarenta e dois centavos)** referente ao componente da **Média Complexidade Internação (SIH)**, **R\$ 3.273,19 (três mil, duzentos e setenta e três reais e dezenove centavos)** referente ao **INTEGRASUS** e **R\$ 63.510,01 (sessenta e três mil quinhentos e dez reais e um centavo)** referente ao **(IAC)** respectivamente serão repassados mensalmente à **SANTA CASA**, como **parte variável da parcela Pré-Fixada**, vinculados e condicionados ao **cumprimento de no mínimo 50% (cinquenta por cento) das metas quantitativas** discriminadas no Plano Descritivo Bienal;

3)- O não cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Plano Descritivo acarretará no pagamento parcial da parte variável estabelecida no parágrafo anterior, conforme regras estabelecidas no Plano Descritivo Anual;



4)- O valor da parcela pré-fixada descrito no inciso **II**, itens **1, 2, §1º “a” e “b”** desta Cláusula poderá ser revisado e repactuado pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** em conformidade com as regras de avaliação de desempenho das **metas quantitativas** estabelecidas no Plano Descritivo a cada 6 (seis) meses;

Cláusula Quarta – Da Publicação

O Presente Aditamento terá seus efeitos a partir da publicação deste. E, por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Cruz do Rio Pardo, de de .

DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo

ELAINE MILO NARDO MARTELINE
Secretária Municipal de Saúde

ROSANGELA GESELTA ALVIM GONZAGA DE OLIVEIRA
Interventora
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:

Nome: Eliana Maria Scarpin
CPF: 170.625.298-69

Nome: Elisandra Cristina Zilotti
CPF: 163.165.548-50





ANEXO I - DO CONVÊNIO Nº 01/2020

PLANO DESCRITIVO BIANUAL DA ATENÇÃO PACTUADA ENTRE A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

IV – METAS FÍSICAS – RECURSOS FEDERAIS

EXAMES BIOQUÍMICOS				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO INTERNO	40	145,40	480	1.744,80
TOTAL	40	145,40	480	1.744,80

RAIO X SIMPLES				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
EXTERNO - SCRPARDO	641	4.852,09	7692	58.225,08
EXTERNO - ESTURVO	51	374,34	612	4.492,08
EXTERNO - CANITAR	8	58,72	96	704,83
EXTERNO - SPTURVO	12	88,08	144	1.056,91
AMB.ORTOPEDIA - SCRPARDO	100	765	1200	9.180,00
TOTAL	812	6.138,23	9744	73.658,76

RAIO X CONTRASTADO				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
AP.DIGESTIVO - SCRPARDO	16	775,68	192	9.308,16
AP.URINÁRIO - SCRPARDO	15	727,2	180	8.726,40
AP.DIGESTIVO - ESTURVO	1	48,48	12	581,76
AP.URINÁRIO - ESTURVO	1	48,48	12	581,76
AP.DIGESTIVO - S. GRANDE	1	48,48	12	581,76
AP.URINÁRIO - S.GRANDE	1	48,48	12	581,76
TOTAL	35	1.696,80	420	20.361,80

MAMOGRAFIA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	3	67,50	36	810,00
IPAUSSU	4	90,00	48	1.080,00
CANITAR	1	22,50	12	270,00
ESTURVO	1	22,50	12	270,00
SPTURVO	4	90,00	48	1.080,00
TIMBURI	1	22,50	12	270,00
TOTAL	14	315,00	168	3.780,00

MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	51	2.302,50	612	27.630,00
IPAUSSU	15	675	180	8.100,00
CANITAR	4	180	48	2.160,00
ESTURVO	5	225	60	2.700,00
SPTURVO	15	675	180	8.100,00
TIMBURI	7	315	84	3.780,00
TOTAL	97	4.372,50	1164	52.470,00

ULTRA-SONOGRAFIA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
EXTERNO - SCRPARDO	186	4.790,08	2232	57.480,96
INTERNO - SCRPARDO	10	257,4	120	3.088,80
ESTURVO	14	360,36	168	4.324,32
CANITAR	5	128,7	60	1.544,40
ÓLEO	1	25,74	12	308,88
TIMBURI	1	25,74	12	308,88
TOTAL	217	5.588,02	2604	67.056,24

Assinado por: ROSMERE APARECIDA ZANZARINI e ROSMERE APARECIDA ZANZARINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://santacruzdooriopardo.1.doc.com.br/verificacao/8E61-8DE3-0D67-B5EE e informe o código 8E61-8DE3-0D67-B5EE





Assinada por: ROSMERE APARECIDA ZANZARINI
e ROSMERE APARECIDA ZANZARINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://santacruzdooriopardo.1doc.com.br/verificacao/8E61-8DE3-0D67-B5EE> e informe o código 8E61-8DE3-0D67-B5EE

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	5	2.500,00	60	30.000,00
TOTAL	5	2.500,00	60	30.000,00

DENSITOMETRIA ÓSSEA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO INTERNO	20	1.102,00	240	13.224,00
TOTAL	20	1.102,00	240	13.224,00

	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
TOTAL ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	128	14.098,27	1536	169.179,24

	QTD	VALOR	QTD	VALOR
TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (MÉDIA/ALTA)	2.983	56.167,33	35.796	674.007,96

Programação da Internação

LEITOS CLÍNICAS BÁSICAS E CIRURGICAS				
CLÍNICA CIRURGICA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	74	65.883,28	888	790.599,36
B. CAMPOS	1	536,85	12	6.442,20
ESTURVO	2	1.073,70	24	12.884,40
ÓLEO	0,08	42,95	0,96	515,40
TOTAL	77	67.536,78	924,96	810.441,36

CLÍNICA OBSTÉTRICA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	60	31.576,30	720	378.915,60
BERNARDINO DE CAMPOS	10	4.957,47	120	59.489,64
ESTURVO	2	1.040,03	24	12.480,36
TOTAL	72	37.573,80	864	450.885,60

CLÍNICA MÉDICA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	126	70.274,64	1512	843.295,60
B. CAMPOS	1	291,62	12	3.499,44
ESTURVO	4	1.166,48	48	13.997,76
CHAVANTES	0,2	46,66	2,4	559,92
SPTURVO	0,1	23,33	1,2	279,96
TOTAL	131	71.802,73	1575,6	861.632,74

PEDIATRIA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	29	34.369,03	348	412.428,36
B. CAMPOS	1	247,13	12	2.965,56
ESTURVO	5	1.235,65	60	14.827,80
CHAVANTES	1	247,13	12	2.965,56
TOTAL	36	36.098,94	432	433.187,28

TOTAL LEITOS CLÍNICAS BÁSICAS E CIRURGICAS	316	213.012,25	3792	2.556.147,00
---	------------	-------------------	-------------	---------------------

LEITOS UTI - REDE CEGONHA / REDE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA				
UTI NEONATAL				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	122 (diárias)	92.909,04	1464	1.114.908,48
TOTAL		92.909,04	1464	1.114.908,48

UTI REDE CEGONHA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	30 (diárias)	8.795,04	360	105.540,48
TOTAL		8.795,04	360	105.540,48



Sistema Único de Saúde
Cristina Zilotti
Alvim Gonzaga de Oliveira
Rosmeire Aparecida Zanzarini
Assinado por 6 pessoas: FERNANDA GONCALVES DE OLIVEIRA, ROSMEIRE APARECIDA ZANZARINI e ROSMEIRE APARECIDA ZANZARINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://santacruzodoropardo.1.doc.com.br/verificacao/8E61-8DE3-0D67-B5EE e informe o código 8E61-8DE3-0D67-B5EE

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL - UCINCo				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	122 (diárias)	75.505,20	1464	906.062,40
TOTAL		75.505,20	1464	906.062,40

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU - UCINCa				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	49 (diárias)	8.212,50	588	98.550,00
TOTAL		8.212,50	588	98.550,00

UTI ADULTO				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	274 (diárias)	186.150,00	3288	2.233.800,00
TOTAL		186.150,00	3288	2.233.800,00

TOTAL LEITOS UTI - REDE CEGONHA / URGÊNCIA	597 (diárias)	371.571,78	7164	4.458.861,96
---	----------------------	-------------------	-------------	---------------------

TOTAL INTERNAÇÕES (MÉDIA COMPLEXIDADE)	316	584.584,03	3792	7.015.008,36
---	------------	-------------------	-------------	---------------------

...

VIII - PLANO DE FINANCIAMENTO

REPASSE FEDERAL		
AMBULATORIAL - SIA		
COMPONENTE PRÉ-FIXADO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROC. AMB. - MÉDIA COMPLEXIDADE	42.069,06	504.828,72
IAC	105.850,01	1.270.200,12
COMPONENTE PÓS-FIXADO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
ALTA COMPLEXIDADE	14.098,27	169.179,24
TOTAL PROCEDIMENTOS SIA	56.167,33	674.007,96
IAC	105.850,01	1.270.200,12
TOTAL AMBULATORIAL	162.017,34	1.944.208,08
HOSPITALAR		
COMPONENTE PRÉ-FIXADO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
INTERNAÇÕES – LEITOS CLINICOS - MÉDIA COMPLEXIDADE	213.012,25	2.556.147,00
INTERNAÇÕES – LEITOS UTI - MÉDIA COMPLEXIDADE	371.571,78	4.458.861,36
INTEGRASUS	5.455,32	65.463,84
TOTAL HOSPITALAR – PRÉ-FIXADO	590.039,35	7.080.472,20
DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
AMBULATORIAL	162.017,34	1.944.208,08
HOSPITALAR	590.039,35	7.080.472,20
TOTAL SIA / SIHD	752.056,69	9.024.680,28
TOTAL FEDERAL	752.056,69	9.024.680,28

REPASSE ESTADUAL		
DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROGRAMA PRÓ-SANTA CASA 2 (36 meses)	25.200,00	302.400,00
TOTAL	25.200,00	302.400,00





REPASSE MUNICIPAL		
DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
a)Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Pró-Santa Casa Municipal	12.577,46	150.929,35
b)Unidade de Terapia Intensiva Adulto	22.300,00	267.600,00
c)Pronto Atendimento Referenciado de especialidades – Suporte a UPA	488.122,54	5.857.470,48
d)Consultas especializadas ortopedia, ortopedia/trauma referenciado, cardiologia, obstetria, otorrino, urologia, anestesia, vascular, neurologia, pneumologia, pré e pós	157.500,00	1.890.000,00
e)Pequenas Cirurgias Ambulatoriais	6.663,60	79.963,20
f)Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Gastroenterologia	17.310,00	207.720,00
g)Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Cardiologia	3.273,60	39.283,20
h)Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Otorrinolaringologia	2.598,00	31.176,00
i)Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Urologia	3.900,00	46.800,00
j)Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Neurologia	11.100,00	133.200,00
k)Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Oftalmologia	R\$ 889,67	10.676,04
l)Cirurgias Eletivas Gerais	273.812,40	3.285.748,80
m)Exames Radiográficos	40.756,00	489.072,00
n)Ultra-som	30.800,40	369.604,80
o)Tomografia com contraste	28.100,00	337.200,00
p)Tomografia com contraste - pacientes internados pelo SUS	72.500,00	870.000,00
q)Biópsia - Punção (sem anatomopatológico)	18.000,00	216.000,00
r)Exames Laboratoriais	45.000,00	540.000,00
s)Procedimentos p/pacientes com necessidades especiais-serv hospitalares	8.444,97	101.339,64
TOTAL REPASSE MUNICIPAL	1.243.648,64	14.923.783,68
TOTAL GERAL	2.020.905,33	24.250.863,86

Santa Cruz do Rio Pardo, de de

DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo

Elaine Milo Nardo Marteline

Rosângela Alvim Gonzaga de Oliveira
Interventora Santa Casa de Misericórdia de Santa

Testemunhas:

Nome: Eliana Maria Scarpin
CPF: 170.625.298-69

Nome: Elisandra Cristina Zilotti
CPF: 163.165.548-50



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8E61-8DE3-0D67-B5EE

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ FERNANDA GOMES CASSITA (CPF 110.XXX.XXX-08) em 05/04/2024 15:40:30 (GMT-03:00)
Papel: Outro
Emitido por: AC OAB G3 << AC Certisign G7 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ ELAINE MILO NARDO MARTELINE (CPF 221.XXX.XXX-62) em 09/04/2024 10:30:32 (GMT-03:00)
Papel: Gestor
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ROSANGELA GESELTA ALVIM GONZAGA DE OLIVEIRA (CPF 021.XXX.XXX-37) em 10/04/2024 08:40:56 (GMT-03:00)
Papel: Contratada
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA (CPF 360.XXX.XXX-71) em 10/04/2024 12:10:56 (GMT-03:00)
Papel: Contratante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ELISANDRA CRISTINA ZILOTTI (CPF 163.XXX.XXX-50) em 10/04/2024 13:57:48 (GMT-03:00)
Papel: Testemunha
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ROSMEIRE APARECIDA ZANZARINI (CPF 061.XXX.XXX-39) em 11/04/2024 08:01:08 (GMT-03:00)
Papel: Testemunha
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://santacruzoriopardo.1doc.com.br/verificacao/8E61-8DE3-0D67-B5EE>