



11º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020

Décimo Primeiro 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 **CONVENIENTE, 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, Diagnose e Terapêutica, de acordo com disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, conforme as cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira – Do Objeto

O Presente Termo de aditamento tem por finalidade alteração dos valores reajustados para habilitação de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto tipo II a partir da 3ª (terceira) parcela de 2024, conforme republicação da Portaria GM/MS 3.306/2024, em 08 de maio de 2024, no Diário Oficial da União.

Cláusula Segunda – Das alterações

Por força da referida Portaria, ficam alterados o *caput* e item II da CLÁUSULA NONA do convênio 01/2020; e itens IV e VIII do plano descritivo do convênio 01/2020, conforme tabelas anexas. O valor anual do convênio passa a ter teto máximo de R\$ 24.410.225,88 (vinte e quatro milhões, quatrocentos e dez Reais, duzentos e vinte e cinco reais e oitenta e oito centavos) e, o teto mensal, o valor de R\$ 2.034.185,49 (dois milhões, trinta e quatro reais, cento e oitenta e cinco reais e quarenta e nove centavos).





As dotações orçamentárias específicas para cada finalidade 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 estas 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

(com alterações dadas ao 11º aditamento)

“... 9ª - *CLÁUSULA NONA*

DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor total mensal estimado para execução do presente convênio é de R\$ 2.034.185,49 (dois milhões, trinta e quatro mil, cento e oitenta e cinco reais e quarenta e nove centavos), que correspondem a um repasse anual à SANTA CASA de até R\$ 24.410.225,88 (vinte e quatro milhões, duzentos e vinte e cinco reais e oitenta e oito 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\$ 751.238,58 (setecentos e cinquenta e um mil, duzentos e trinta e oito reais e cinquenta e oito 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 Integradas)**, somando a quantia de **R\$ 603.319,51 (seiscentos e três mil, trezentos e dezenove reais e cinquenta e um centavos)**, sendo **R\$ 597.864,19 (quinhentos e noventa e***



sete mil, oitocentos e sessenta e quatro reais e dezenove 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\$ 300.495,43 (trezentos mil, quatrocentos e noventa e cinco reais e quarenta e três 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\$ 239.145,68 (duzentos e trinta e nove mil, cento e quarenta e cinco reais e sessenta oito 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**;



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\$ 450.743,15 (quatrocentos e cinquenta e mil, setecentos e quarenta e três reais e quinze 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\$ 358.718,51 (trezentos e cinquenta e oito mil, setecentos e dezoito reais e cinquenta e um 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;*

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 referido Plano;*

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, 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

Testemunha 1- Nome e assinatura:
RG:

Testemunha 2- Nome e assinatura:
RG:



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	704,64
EXTERNO - SPTURVO	12	88,08	144	1.056,96
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	20.361,60

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



METODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES-(GINECOLOGISTA/OBSTETRA)				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
ELETROCARDIOGRAMA/AMNIOSCOPIA/TOCOCARDIOGRAFIA-	50	222,50	600	2.670,00
TOTAL	50	222,50	600	2.670,00

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	1160	11.600,00	13920	139.200,00
TOTAL	1.160	11.600,00	13.920	139.200,00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
ATENDIMENTO URGÊNCIA GINECOLOGIA/OBSTETRICIA -SCRIP	150	8.350,00	1800	100.200,00
OFTALMO/OTORRINO/BUCCOMAXILO - SCRPARDO	60	660	720	7.920,00
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/OBSERVAÇÃO	15	187,05	180	2.244,60
ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO	10	130	120	1.560,00
TOTAL	235	9.327,05	2820	111.924,60

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	15	9,45	180	113,40
RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS	40	0	480	-
TOTAL	55	9,45	660	113,40

TRATAMENTOS CLÍNICOS (AMBULATORIO ORTOPEDIA)				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
SCRPARDO	38	1.530,27	456	18.363,24
ESTURVO	8	164,96	96	1.979,52
OURINHOS	19	391,78	228	4.701,36
TOTAL	65	2.087,01	780	25.044,12

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS AMBULATORIAIS				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
CURATIVO GRAU I	50	-	600	-
EXCISÃO DE LESÃO/SUTURA	5	115,80	60	1.389,60
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	5	59,20	60	710,40
RETIRADA CORPO ESTRANHO CORNEA	10	250,00	120	3.000,00
RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	5	142,10	60	1.705,20
TOTAL	75	567,10	900	6.805,20

TOTAL MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL				
TOTAL MÉDIA COMPLEXIDADE	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
	2.855	42.069,06	34.260	504.828,72

ALTA COMPLEXIDADE

TOMOGRAFIA				
PROCEDIMENTO/MUNICÍPIO	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
BERNARDINO DE CAMPOS	3	263,12	36	3.157,44
CANITAR	1	118,27	12	1.419,24
CHAVANTES	3	293,89	36	3.526,68
ESPIRITO SANTO DO TURVO	5	520,64	60	6.247,68
IBIRAREMA	2	177,46	24	2.129,52
IPAUSSU	3	347,52	36	4.170,24
ÓLEO	1	60,8	12	729,60
OURINHOS	25	2.631,55	300	31.578,60
RIBEIRÃO DO SUL	1	107,58	12	1.290,96
SALTO GRANDE	2	218,57	24	2.622,84
SCRPARDO - EXTERNO	49	5.001,98	588	60.023,76
SCRPARDO - INTERNO	5	512,15	60	6.145,80
SÃO PEDRO DO TURVO	2	179,43	24	2.153,16
TIMBURI	1	63,31	12	759,72
TOTAL	103	10.496,27	1236	125.955,24



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	843.295,68
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	861.632,76

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



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)	199.430,16	3288	2.393.161,92
TOTAL		199.430,16	3288	2.393.161,92

TOTAL LEITOS UTI - REDE CEGONHA / URGÊNCIA	597 (diárias)	384.851,94	7164	4.618.223,28
---	----------------------	-------------------	-------------	---------------------

	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR/ANO
TOTAL INTERNAÇÕES (MÉDIA COMPLEXIDADE)	316	597.864,19	3792	7.174.370,28

V – METAS FÍSICAS – RECURSOS MUNICIPAIS

a) Contrapartida Pró-Santa Casa II UTI Neonatal

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Assistência em UTI Neonatal	-	-	R\$ 12.577,46	-	R\$ 150.929,52
TOTAL			R\$ 12.577,46		R\$ 150.929,52

b) Incentivo UTI Adulto

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Incentivo Assistência UTI Adulto	-	-	R\$ 22.300,00	-	R\$ 267.600,00
TOTAL			R\$ 22.300,00		R\$ 267.600,00

c) Pronto Atendimento Referenciado de Especialidades – Suporte UPA

RETAGUARDA MÉDICA - PRESENCIAL - SEMI PRESENCIAL	MODALIDADE	VALOR/MÊS	VALOR ANUAL
Obstetrícia	Presencial	87.600,00	1.051.200,00
Anestesia	Retaguarda	29.200,00	350.400,00
Anestesia	Semi-Presencial	14.600,00	175.200,00
Cirurgia	Presencial	43.800,00	525.600,00
Cirurgia	Semi-Presencial	14.600,00	175.200,00
Clínica Médica	Retaguarda	29.200,00	350.400,00
Ortopedia	Retaguarda	29.200,00	350.400,00
Cardiologia	Retaguarda	29.200,00	350.400,00
Pediatria	Retaguarda	29.200,00	350.400,00
Neurologia	Retaguarda	29.200,00	350.400,00
Instrumentadores	Retaguarda	5.000,00	60.000,00
Especialidades	Retaguarda	7.000,00	84.000,00
Plantões Médicos UTI Adulto	Presencial	75.022,54	900.270,48
Plantões Médicos UTI Neonatal	Presencial	65.300,00	783.600,00
TOTAIS		488.122,54	5.857.470,48

d) Consultas médicas especializadas

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
CONSULTAS ESPECIALIZADAS - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS ortopedia, ortopedia/trauma referenciado, cardiologia, obstetrícia, otorrino, urologia, anestesia, vascular, neurologia, pneumologia, pré e pós cirurgias, reumatologia e nefrologia	R\$ 105,00	0 a 700	R\$ 63.000,00	0 a 8400	R\$ 756.000,00
		700 a 800	R\$ 84.000,00	8400 a 9600	R\$ 1.008.000,00
		800 a 900	R\$ 94.500,00	9600 a 10800	R\$ 1.134.000,00
		900 a 1000	R\$ 105.000,00	10800 a 12000	R\$ 1.260.000,00
		1000 a 1100	R\$ 115.000,00	12000 a 13200	R\$ 1.380.000,00
		1100 a 1200	R\$ 126.500,00	13200 a 14400	R\$ 1.518.000,00
		1200 a 1300	R\$ 136.500,00	14400 a 15600	R\$ 1.638.000,00
		1300 a 1400	R\$ 147.000,00	15600 a 16800	R\$ 1.764.000,00
VALORES MÁXIMOS		1500	R\$ 157.500,00	18000	R\$ 1.890.000,00

Assinado por 6 pessoas: FERNANDA GOMES CASSITA, ELAINE MILO NARDO MARTELINE, ROSANGELA GESELTA ALVIM GONZAGA DE OLIVEIRA, DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA, ELISANDRA CRISTINA ZILOTTI e ELIANA MARIA SCARPIN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://santacruzdooriopardo.1doc.com.br/verificacao/887B-5EEB-D00E-605A> e informe o código 887B-5EEB-D00E-605A



e) Pequenas Cirurgias Ambulatoriais

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Pequenas Cirurgias	R\$ 105,06	58	R\$ 6.093,48	696	R\$ 73.121,76
Atendimento para triagem dos pacientes	R\$ 360,00	1	R\$ 360,00	12	R\$ 4.320,00
Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 42,02	5	R\$ 210,12	60	R\$ 2.521,44
TOTAL		64	R\$ 6.663,60	768	R\$ 79.963,20

f) Procedimentos Ambulatoriais em Gastroenterologia

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 349,00	30	R\$ 10.470,00	360	R\$ 125.640,00
Colonoscopia	R\$ 500,00	9	R\$ 4.500,00	108	R\$ 54.000,00
Anestesia Regional	R\$ 180,00	10	R\$ 1.800,00	120	R\$ 21.600,00
Retossigmoidoscopia	R\$ 180,00	3	R\$ 540,00	36	R\$ 6.480,00
TOTAL		52	R\$ 17.310,00	624	R\$ 207.720,00

g) Procedimentos Ambulatoriais em Cardiologia

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Eletrocardiograma	R\$ 12,00	240	R\$ 2.880,00	2.880	R\$ 34.560,00
Teste Ergométrico	R\$ 96,00	1	R\$ 96,00	12	R\$ 1.152,00
Ecocardiograma	R\$ 156,00	1	R\$ 156,00	12	R\$ 1.872,00
Mapa	R\$ 70,80	1	R\$ 70,80	12	R\$ 849,60
Holter	R\$ 70,80	1	R\$ 70,80	12	R\$ 849,60
TOTAL		244	R\$ 3.273,60	2.928	R\$ 39.283,20

h) Procedimentos e Exames Ambulatoriais em Otorrinolaringologia

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Pequenas cirurgias – otorrino	R\$ 240,00	8	R\$ 1.920,00	96	R\$ 23.040,00
Laringoscopia e Videoscopia Nasosinusal	R\$ 84,00	2	R\$ 168,00	24	R\$ 2.016,00
Audiometria Tonal Limiar	R\$ 42,00	2	R\$ 84,00	24	R\$ 1.008,00
Audiometria Vocal c/ pesquisa de Limiar de Intelig	R\$ 18,00	3	R\$ 54,00	36	R\$ 648,00
Vectonistagmografia	R\$ 144,00	2	R\$ 288,00	24	R\$ 3.456,00
Impedanciometria	R\$ 42,00	2	R\$ 84,00	24	R\$ 1.008,00
TOTAL		19	R\$ 2.598,00	228	R\$ 31.176,00

i) Procedimentos e Exames Ambulatoriais em Urologia

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Procedimento Ambulatorial Invasivo - Urologia	R\$ 180,00	10	R\$ 1.800,00	120	R\$ 21.600,00
Urotomografia	R\$ 420,00	5	R\$ 2.100,00	60	R\$ 25.200,00
TOTAL		15	R\$ 3.900,00	180	R\$ 46.800,00

j) Procedimentos e Exames Ambulatoriais em Neurologia

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Eletroencefalograma	R\$ 72,00	40	R\$ 2.880,00	480	R\$ 34.560,00
Eletroneuromiografia - 1º membro	R\$ 276,00	20	R\$ 5.520,00	240	R\$ 66.240,00
Eletroneuromiografia - 2º membro ou mais	R\$ 180,00	15	R\$ 2.700,00	180	R\$ 32.400,00
TOTAL		75	R\$ 11.100,00	900	R\$ 133.200,00

k) Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais em Oftalmologia

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Cirurgias Oftalmológicas	769,67	1	R\$ 769,67	12	R\$ 9.236,04
Procedimento Anestésico	120,00	1	R\$ 120,00	12	R\$ 1.440,00
TOTAL		2	R\$ 889,67	24	R\$ 10.676,04

l) Cirurgias Eletivas Gerais

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QTD/MÊS	VALOR/MÊS	QTD/ANO	VALOR ANUAL
Cirurgias Eletivas – AIH 4,5 X Tabela SUS	R\$ 4.563,54	60	R\$ 273.812,40	720	R\$ 3.285.748,80
Profissional - AIH 4,5 X Tabela SUS					
Instrumentador – R\$ 36,00 por Cirurgia					
Órteses, Próteses e Materiais Especiais					
TOTAL	4563,54	60	R\$ 273.812,40	720	R\$ 3.285.748,80

m) Exames radiográficos

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
RX ABDOME SIMPLES	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00

Assinado por 6 pessoas: FERNANDA GOMES CASSITA, ELAINE MILO NARDO MARTELINE, ROSANGELA GESELTA ALVIM GONZAGA DE OLIVEIRA, DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA, ELISANDRA CRISTINA ZILOTTI e ELIANA MARIA SCARPIN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://santacruzdooriopardo.1.doc.com.br/verificacao/887B-5EEB-D00E-605A> e informe o código 887B-5EEB-D00E-605A



RX ANTEBRACO D/E F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX ARCOS COSTAIS D/E	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX BACIA FRENTE	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX BRACO D/E F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX CALCANEIO DE PERFIL + AXIAL	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX CAVUM / ADENOIDE (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX CLAVICULA D/E	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA CERVICAL F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA DORSAL F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA DORSO-LOMBAR F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA LOMBAR F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA LOMBO-SACRA F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA TORACO-LOMBAR F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COLUNA TORACICA F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COCCIX	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COSTELAS	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX ESTERNO	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COTOVELO D/E F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX COXA D/E	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX CRANIO F+P	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX MAO D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX OSSOS DA FACE	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX FEMUR D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX JOELHO D/E (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX MAOS E PUNHO PARA IDADE OSSEA	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX MASTOIDE (BILATERAL)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX MAXILAR	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX OMBRO D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX ORBITA BILATERAL (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX PE D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX PERNA D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX PUNHO D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX QUADRIL D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX SEIOS DA FACE FN+MN	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX SELA TURCICA	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX TORAX PA	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX TORAX PA+PERFIL	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
RX TORNOZELO D/E F+P (CADA)	R\$ 23,00	20	R\$ 460,00	240	R\$ 5.520,00
DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 104,00	70	R\$ 7.280,00	840	R\$ 87.360,00
MAMOGRAFIA	R\$ 89,00	100	R\$ 8.900,00	1200	R\$ 106.800,00
EED	R\$ 158,00	7	R\$ 1.106,00	84	R\$ 13.272,00
ENEMA OPACO	R\$ 158,00	7	R\$ 1.106,00	84	R\$ 13.272,00
HISTEROSALPINGOGRAFIA	R\$ 158,00	7	R\$ 1.106,00	84	R\$ 13.272,00
TRANSITO INTESTINAL	R\$ 158,00	7	R\$ 1.106,00	84	R\$ 13.272,00
URETROCISTOGRAFIA	R\$ 158,00	7	R\$ 1.106,00	84	R\$ 13.272,00
UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 158,00	7	R\$ 1.106,00	84	R\$ 13.272,00
TOTAL	-	992	R\$ 40.756,00	11904	R\$ 489.072,00

n) Ultra-som

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
USG BOLSA ESCROTAL	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG ABDOME INFERIOR	R\$ 63,69	20	R\$ 1.273,80	240	R\$ 15.285,60
USG ABDOME SUPERIOR	R\$ 63,69	20	R\$ 1.273,80	240	R\$ 15.285,60
USG ABDOME TOTAL	R\$ 89,71	20	R\$ 1.794,20	240	R\$ 21.530,40
USG APARELHO URINARIO	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG ARTICULAÇÕES	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG DOPPLER ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 117,00	20	R\$ 2.340,00	240	R\$ 28.080,00
USG DOPPLER VENOSO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 117,00	20	R\$ 2.340,00	240	R\$ 28.080,00
USG MAMAS	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG OBSTETRICO MORFOLÓGICO T.N.	R\$ 127,50	20	R\$ 2.550,00	240	R\$ 30.600,00
USG OBSTETRICO	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG OBSTETRICO COM DOPPLER	R\$ 140,00	20	R\$ 2.800,00	240	R\$ 33.600,00
USG OCULAR	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG PARTES MOLES	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00



USG PELVICO GINECOLOGICO	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG TRANSFONTANELAR	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG TIREOIDE	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
USG PROSTATA TRANSRETAL	R\$ 70,23	20	R\$ 1.404,60	240	R\$ 16.855,20
USG TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 62,60	20	R\$ 1.252,00	240	R\$ 15.024,00
TOTAL	-	400	R\$ 30.800,40	4800	R\$ 369.604,80

o) Tomografia com contraste

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
TC ABDOME SUPERIOR	R\$ 250,00	10	R\$ 2.500,00	120	R\$ 30.000,00
TC ABDOME SUPERIOR/ PELVE / BACIA	R\$ 250,00	10	R\$ 2.500,00	120	R\$ 30.000,00
TC COLUNA CERVICAL	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC COLUNA LOMBAR	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC COLUNA TORACICA	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC CRANIO	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC FACE/SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC PESCOÇO	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC SELA TURCICA	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES (CADA)	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES (CADA)	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC TORAX	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 210,00	10	R\$ 2.100,00	120	R\$ 25.200,00
TOTAL	-	130	R\$ 28.100,00	1560	R\$ 337.200,00

p) Tomografia com contraste - pacientes internados pelo SUS

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
UROTOMOGRÁFIA	R\$ 812,50	10	R\$ 8.125,00	120	R\$ 97.500,00
TC SELA TURCICA	R\$ 500,00	10	R\$ 5.000,00	120	R\$ 60.000,00
TC PESCOÇO	R\$ 562,50	10	R\$ 5.625,00	120	R\$ 67.500,00
TC ABDOMEM TOTAL (VIA ORAL/ EV)	R\$ 812,50	10	R\$ 8.125,00	120	R\$ 97.500,00
ANGIOTOMO DE TORAX	R\$ 875,00	10	R\$ 8.750,00	120	R\$ 105.000,00
ANGIOTOMO DE ABDOMEM	R\$ 875,00	10	R\$ 8.750,00	120	R\$ 105.000,00
ANGIOTOMO DE CRÂNIO	R\$ 875,00	10	R\$ 8.750,00	120	R\$ 105.000,00
ANGIOTOMO DE PESCOÇO	R\$ 875,00	10	R\$ 8.750,00	120	R\$ 105.000,00
TC ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 625,00	10	R\$ 6.250,00	120	R\$ 75.000,00
TC CRANIO	R\$ 437,50	10	R\$ 4.375,00	120	R\$ 52.500,00
TOTAL	-	100	R\$ 72.500,00	1200	R\$ 870.000,00

q) Biópsia - Punção (sem anatomopatológico)

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
CORE BIÓPSIA DE MAMA(CADA NÓDULO)	R\$ 687,50	5	R\$ 3.437,50	60	R\$ 41.250,00
BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 600,00	5	R\$ 3.000,00	60	R\$ 36.000,00
PAAF TIREÓIDE (CADA NÓDULO)	R\$ 312,50	5	R\$ 1.562,50	60	R\$ 18.750,00
BIOPSIA / DRENAGEM / GUIADA POR TOMOGRAFIA	R\$ 2.000,00	5	R\$ 10.000,00	60	R\$ 120.000,00
TOTAL	-	20	R\$ 18.000,00	240	R\$ 216.000,00

r) Exames Laboratoriais (tabela SUS)

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
Exames laboratoriais	5,34	R\$ 8.430,00	R\$ 45.000,00	64	R\$ 540.194,40
TOTAL	5,34		R\$ 45.000,00	64	R\$ 540.194,40

s) Procedimentos para pacientes com necessidades especiais - Serviços hospitalares

PROCEDIMENTOS	VALOR UNIT	QUANT/MÊS	VALOR/MÊS	QUANT/ANO	VALOR ANUAL
COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 1.477,53	4	R\$ 5.910,12	48	R\$ 70.921,44
COLONOSCOPIA	R\$ 506,97	5	R\$ 2.534,85	60	R\$ 30.418,20
TOTAL		9	R\$ 8.444,97	108	R\$ 101.339,64

TOTAIS RECURSOS PRÓPRIOS			R\$ 1.243.648,64		R\$ 14.923.978,08
---------------------------------	--	--	-------------------------	--	--------------------------

...

Assinado por 6 pessoas: FERNANDA GOMES CASSITA, ELAINE MILO NARDO MARTELINE, ROSANGELA GESELTA ALVIM GONZAGA DE OLIVEIRA, DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA, ELISANDRA CRISTINA ZILOTTI e ELIANA MARIA SCARPIN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://santacruzdoiorpardo.1.doc.com.br/verificacao/887B-5EEB-D00E-605A> e informe o código 887B-5EEB-D00E-605A



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 S I A	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	384.851,94	4.618.223,28
INTEGRASUS	5.455,32	65.463,84
TOTAL HOSPITALAR – PRÉ-FIXADO	603.319,51	7.239.834,12
DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
AMBULATORIAL	162.017,34	1.944.208,08
HOSPITALAR	603.319,51	7.239.834,12
TOTAL S I A / SIHD	765.336,85	9.184.042,20
TOTAL FEDERAL	765.336,85	9.184.042,20

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	150.929,52
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, obstetricia, otorrino, urologia, anestesia, vascular, neurologia, pneumologia, pré e	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	2.034.185,49	24.410.225,88
--------------------	---------------------	----------------------



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:
CPF:

Nome:
CPF:



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 887B-5EEB-D00E-605A

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

- ✓ FERNANDA GOMES CASSITA (CPF 110.XXX.XXX-08) em 27/06/2024 14:13:20 (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 27/06/2024 15:26:50 (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 27/06/2024 15:45:50 (GMT-03:00)
Papel: Contratada
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA (CPF 360.XXX.XXX-71) em 27/06/2024 17:32:06 (GMT-03:00)
Papel: Representante legal
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ELISANDRA CRISTINA ZILOTTI (CPF 163.XXX.XXX-50) em 01/07/2024 06:34:25 (GMT-03:00)
Papel: Testemunha
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ELIANA MARIA SCARPIN (CPF 170.XXX.XXX-69) em 01/07/2024 07:31:26 (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/887B-5EEB-D00E-605A>