



**8º TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO 01/2020**

Oitavo 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 Secretária Municipal de Saúde **ANELISE LINK LEITÃO**, brasileira, viúva, enfermeira, portadora do RG nº 55.663.123-7, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 884.425.780-72, residente e domiciliada na Rua Conselheiro Saraiva, nº 526, Centro, 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

*FERNANDA GOMES CASSITA*  
Advogada-Secretar. M. Saúde  
OAB-SP 133.721



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 seu interventor nomeado pelo Decreto 278/2021, **SR. FERNANDO AZEVEDO RAMPAZO**, brasileiro, casado, portador do RG nº 40.757.705-1/SSP-SP, emitido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no CPF/MF sob o nº 308.402.998-93, residente e domiciliado à Rua Albino Trevisan, nº 473, Vila Santa Aureliana 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 de exames de imagens em raio-x, ultrassom, tomografia com contraste, biópsias e inclusão de procedimentos em pacientes com necessidades especiais.

#### **Cláusula Segunda – Das alterações**

Ficam alterados os itens V e VIII do plano descritivo em anexo ao convênio 01/2020, conforme tabelas anexas, passando o valor anual do convênio para R\$ 21.820.047,96 (vinte e um milhões, oitocentos e vinte mil, quarenta e sete reais e noventa e seis centavos) e o teto mensal o valor de R\$ 1.818.337,33 (um milhão, oitocentos e dezoito mil, trezentos e trinta e sete 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 da Regulação do Sistema.

Assim, com as presentes alterações, o Convênio nº 01/2020 passa a

*FERNANDA GOMES CASSITA*  
Advogada-Secretar. M. Saúde  
OAB-SP 133.721



CONVÊNIO No. 01/2020

...

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, 03 de Janeiro de 2023.

**DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA**  
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo

**ANELISE LINK LEITÃO**  
Secretária Municipal de Saúde

**FERNANDO AZEVEDO RAMPAZO**  
Interventor  
Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:

Nome

Nome

FERNANDA GOMES CASSITA  
Advogada-Secretar. M. Saúde  
OAB-SP 133.721



ANEXO I - DO CONVENIO Nº 01/2020

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

V - METAS FÍSICAS - RECURSOS MUNICIPAIS

u) Exames radiológicos

| 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          |
| 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         |
| <b>TOTAL</b>                            |             | <b>992</b> | <b>R\$ 40.756,00</b> | <b>11904</b> | <b>R\$ 489.072,00</b> |

v) 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         |
| US DOPPLER ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES | R\$ 117,00 | 20         | R\$ 2.340,00         | 240         | R\$ 28.080,00         |
| US 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         |
| <b>TOTAL</b>                              | -          | <b>400</b> | <b>R\$ 30.800,40</b> | <b>4800</b> | <b>R\$ 369.604,80</b> |

x) Tomografia com contraste

| PROCEDIMENTOS   | VALOR UNIT. | QUANT/MÊS  | VALOR/MÊS            | QUANT/ANO   | VALOR ANUAL           |
|---|-------------|------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| TC ABDOME INFERIOR  | 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 PESCOCO  | R\$ 210,00  | 10         | R\$ 2.100,00         | 120         | R\$ 25.200,00         |
| TC SELA TURCICA   | R\$ 210,00  | 6          | R\$ 1.260,00         | 72          | R\$ 15.120,00         |
| 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, ANTBRACO, MÃO, COXA, PERNA, PE) | R\$ 210,00  | 10         | R\$ 2.100,00         | 120         | R\$ 25.200,00         |
| <b>TOTAL</b>  | -           | <b>126</b> | <b>R\$ 27.260,00</b> | <b>1512</b> | <b>R\$ 327.120,00</b> |

y) Tomografia com contraste - pacientes internados pelo SUS

| PROCEDIMENTOS                   | VALOR UNIT. | QUANT/MÊS  | VALOR/MÊS            | QUANT/ANO   | VALOR ANUAL           |
|---------------------------------|-------------|------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| UROTOMOGRAFIA                   | 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         |
| <b>TOTAL</b>                    | -           | <b>100</b> | <b>R\$ 72.500,00</b> | <b>1200</b> | <b>R\$ 870.000,00</b> |

w) 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         |
| BIÓPSIA 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         |
| BIÓPSIA / DRENAGEM / GUIADA POR TOMOGRAFIA | R\$ 2.000,00 | 5         | R\$ 10.000,00        | 60         | R\$ 120.000,00        |
| <b>TOTAL</b>                               | -            | <b>20</b> | <b>R\$ 18.000,00</b> | <b>240</b> | <b>R\$ 216.000,00</b> |



| PROCEDIMENTOS          | VALOR UNIT.  | QUANT/MÊS | VALOR/MÊS           | QUANT/ANO | VALOR ANUAL           |
|------------------------|--------------|-----------|---------------------|-----------|-----------------------|
| 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         |
| <b>TOTAL</b>           |              | <b>9</b>  | <b>R\$ 8.444,97</b> |           | <b>R\$ 101.339,64</b> |

### 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        |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>    | <b>VALOR MENSAL</b> | <b>VALOR ANUAL</b>  |
| ALTA COMPLEXIDADE               | 14.098,27           | 169.179,24          |
| <b>TOTAL PROCEDIMENTOS SIA</b>  | <b>56.167,33</b>    | <b>674.007,96</b>   |
| IAC                             | 105.850,01          | 1.270.200,12        |
| <b>TOTAL AMBULATORIAL</b>       | <b>162.017,34</b>   | <b>1.944.208,08</b> |

| HOSPITALAR   |                   |                     |
|--|-------------------|---------------------|
| COMPONENTE PRÉ-FIXADO                              | VALOR MENSAL      | VALOR ANUAL         |
| INTERNAÇÕES - LEITOS CLÍNICOS - MÉDIA COMPLEXIDADE | 213.012,25        | 2.556.147,00        |
| INTERNAÇÕES - LEITOS UTI - MÉDIA COMPLEXIDADE      | 185.421,78        | 2.225.061,36        |
| INTEGRASUS   | 5.455,32          | 65.463,84           |
| <b>TOTAL HOSPITALAR - PRÉ-FIXADO</b>               | <b>403.889,35</b> | <b>4.846.672,20</b> |
| DESCRIÇÃO  | VALOR MENSAL      | VALOR ANUAL         |
| AMBULATORIAL                                       | 162.017,34        | 1.944.208,08        |
| HOSPITALAR   | 403.889,35        | 4.846.672,20        |
| <b>TOTAL SIA / SIHD</b>                            | <b>565.906,69</b> | <b>6.790.880,28</b> |
| <b>TOTAL FEDERAL</b>                               | <b>565.906,69</b> | <b>6.790.880,28</b> |

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

| REPASSE MUNICIPAL  |              |              |
|--|--------------|--------------|
| DESCRIÇÃO  | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL  |
| Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - Pró-Santa Casa Municipal             | 12.577,46    | 150.929,52   |
| Unidade de Terapia Intensiva Adulto  | 22.300,00    | 267.600,00   |
| Pronto Atendimento Referenciado de especialidades - Suporte a UPA            | 561.122,54   | 6.733.470,48 |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ambulatório Ortopedia             | 10.944,00    | 131.328,00   |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Ortopedia/Trauma Referenciado     | 13.680,00    | 164.160,00   |
| Pequenas Cirurgias Ambulatoriais   | 6.663,60     | 79.963,20    |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade             | 15.264,00    | 183.168,00   |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Cardiologia | 10.473,60    | 125.683,20   |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Obstetria           | 3.960,00     | 47.520,00    |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade             | 4.398,00     | 52.776,00    |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Urologia    | 6.060,00     | 72.720,00    |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Anestesia            | 2.160,00     | 25.920,00    |
| Atendimento e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Vascular             | 5.400,00     | 64.800,00    |
| Atendimentos, Procedimentos e Exames Ambulatoriais Especialidade Neurologia  | 18.948,00    | 227.376,00   |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Pneumologia         | 1.800,00     | 21.600,00    |
| Cirurgias e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Oftalmologia           | 889,67       | 10.676,04    |
| Atendimentos Ambulatoriais Pré e Pós Cirurgias                               | 4.176,00     | 50.112,00    |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Reumatologia        | 1.800,00     | 21.600,00    |
| Atendimentos e Procedimentos Ambulatoriais Especialidade Nefrologia          | 7.200,00     | 86.400,00    |
| Cirurgias Eletivas Gerais  | 273.812,40   | 3.285.748,80 |

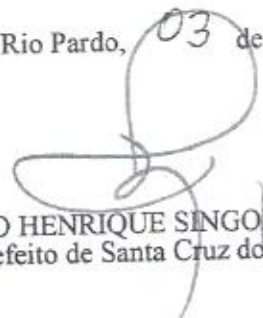


Prefeitura de Santa Cruz do Rio Pardo  
Secretaria Municipal de Saúde

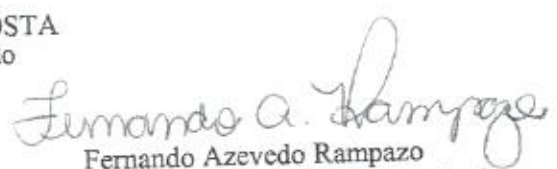


|  |                     |                      |
|--|---------------------|----------------------|
| Exames Radionúclícos   | 40.756,00           | 489.072,00           |
| Ultrassom  | 30.800,40           | 369.604,80           |
| Mamografia com contraste   | 28.100,00           | 337.200,00           |
| Mamografia com contraste - pacientes internados pelo SUS               | 72.500,00           | 870.000,00           |
| Biópsia - Punção (sem anatomopatológico)                               | 18.000,00           | 216.000,00           |
| Exames Laboratoriais   | 45.000,00           | 540.000,00           |
| Procedimentos p/pacientes com necessidades especiais-serv hospitalares | 8.444,97            | 101.339,64           |
| <b>TOTAL REPASSE MUNICIPAL</b>   | <b>1.227.230,64</b> | <b>14.726.767,68</b> |
| <b>TOTAL GERAL</b>   | <b>1.818.337,33</b> | <b>21.820.047,96</b> |

Santa Cruz do Rio Pardo, 03 de Janeiro de 2023

  
DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA  
Prefeito de Santa Cruz do Rio Pardo


  
Anelise Link Leitão  
Secretária Municipal de Saúde

  
Fernando Azevedo Rampazo  
Interventor Santa Casa de Misericórdia de  
Santa Cruz do Rio Pardo

Testemunhas:

Nome:

RG:

  
Eliana Maria Scarpin  
CRC 1SP 244 630/0-4  
RG 24.927.725-6  
CPF 170.625.298-69

Nome:

RG:

  
Elisandra C. Zucchi  
Diretor de Auditoria  
RG 24.360.528-6

**FERNANDA GOMES CASSIYA**  
Advogado-Secretar. M. Saúde  
OAB-SP 133.721