



Protocolo Administrativo nº 5068/2025  
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações  
Convênio nº 005/2025.

## Termo de Convênio

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O  
MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA COM A INTERVENIÊNCIA  
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A IRMANDADE  
DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

O **MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA**, devidamente inscrito no **CNPJ sob nº 45.731.650/0001-45**, com sede na Rua Galício Del Nero, nº 51 – Centro, neste ato representado pelo **Prefeito Municipal, FERNANDO LUBRECHET**, brasileiro, casado, professor universitário, nascido aos 13/07/1978, portador da Cédula de Identidade R.G. nº. 26.374.283 - 0 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº. 190.434.078-44, residente e domiciliado na Dr. Arthur Vieira de Moraes, nº 477 – Bairro Jardim Veneza II, na cidade de Pirassununga-SP, doravante denominado simplesmente de **MUNICÍPIO**, com a **interveniência da Secretaria Municipal de Saúde através da secretária municipal SOLANGE APARECIDA MARTINS**, portadora da Cédula de Identidade RG nº 13.949.346-3 SSP/SP e inscrita no **CPF/MF sob o nº 031.781.808-26**, doravante denominado simplesmente de **CONVENENTE**, e de outro lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**, doravante denominada simplesmente de **CONVENIADA**, com sede na Avenida Newton Prado nº 1883, nesta cidade de Pirassununga/SP, inscrita no **CNPJ sob o nº 54.848.361/0001-11**, registrada nos termos da Lei nº 6.839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob nº 01.694, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos por sua provedora, **Sra. SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**, brasileira, casada, portador da Cédula de Identidade RG nº 9.687.654 SSP/SP e inscrita no **CPF/MF nº 963.863.128-72**, residente e domiciliado na Rua Sete de Setembro, nº 1181, Bairro Vila Steola na cidade de Pirassununga/SP, celebram o presente convênio que se regerá pela Lei Federal nº 13.019/2014, **Plano de Trabalho em fls. 04/32, demais legislações correlatas** e mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas, para despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, conforme cláusulas a seguir:

### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. **Constitui objeto deste convênio, a execução pela Entidade, do POA – Plano Operativo Anual + Tabela Sus Paulista.** Otimizar a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como explorar seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.



**CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

2.1. São obrigações do Município:

**2.1.1. Efetuar o repasse dos valores em conformidade com o Cronograma de Desembolso previsto no Plano de Trabalho (fls. 04/32):**

**IX- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

Os valores deverão ser repassados em até 05 (cinco dias) do crédito ao Fundo Municipal de Saúde.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - PLANO OPERATIVO ANUAL - POA						
Data do Pagamento	Previsão de Início e Término 01/09/2025 à 28/02/2026				TOTAL	CONTRAPARTIDA SANTA CASA
	Concedente - FONTE I	Concedente - FONTE V		TABELA SUS PAULISTA		
	Valor do Repasse	Empréstimo Consignado	Valor do Repasse			
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.370.740,32</b>	<b>R\$ 1.052.136,00</b>	<b>R\$ 1.504.248,18</b>	<b>R\$ 2.967.270,60</b>	<b>R\$ 6.894.395,10</b>	<b>R\$ 456.649,80</b>
	<b>R\$3.927.124,50</b>				<b>R\$ 7.351.044,90</b>	

O valor referente ao montante do empréstimo consignado não é repassado ao Fundo Municipal de Saúde, mas sim, recolhido diretamente ao banco credor, portanto o valor a ser repassado do Fundo Municipal de Saúde referente a este Plano de Trabalho é de: Fonte 1 (R\$ 228.456,72) e Fonte 5 (R\$ 250.708,03) totalizando R\$ 479.164,75/Mês e no período pactuado (Setembro/2025 a Fevereiro/2026) **R\$ 2.874.988,50**  
E referente a Tabela SUS Paulista o repasse mensal é de R\$ 494.545,10 e o montante no período pactuado é de **R\$ 2.967.270,60**  
A Santa Casa assumirá uma contrapartida mensal no valor de R\$ 76.108,30, totalizando no período pactuado **R\$ 456.649,80**

2.1.2. Dar conhecimento à Entidade das normas programáticas e administrativas dos programas assistenciais objeto do convênio celebrado entre o Município e o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde.

2.1.3. Supervisionar, acompanhar e avaliar, qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela Entidade em decorrência deste convênio;

2.1.4. Assinalar prazo para que a Entidade adote as providências necessárias para exato cumprimento das obrigações decorrentes deste convênio, sempre que verificada alguma irregularidade, sem prejuízo da retenção das parcelas dos recursos financeiros, até o saneamento das impropriedades ocorrentes;

2.1.5. Comunicar a Secretaria de Estado de Saúde as irregularidades verificadas e não sanadas pela Entidade quanto à qualidade dos serviços prestados e quanto à aplicação dos recursos financeiros relacionados a este convênio, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data de liberação.

2.1.6. Noticiar a Câmara Municipal da liberação de recursos financeiros relacionados a este convênio, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da data de liberação.

2.1.7. Repassar mensalmente à Entidade os valores definidos neste instrumento.

2.1.8. Remeter ao DATASUS, no prazo exigido, o total dos procedimentos/mês.

2.1.9. Obedecer todas as normas técnicas e administrativas e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.1.10. Apoiar tecnicamente a CONVENIADA na execução das atividades objeto deste convênio;

2.1.11. Supervisionar, acompanhar e avaliar, qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela CONVENIADA em decorrência deste convênio, observando, no entanto, o regimento interno da CONVENIADA;

2.1.12 Examinar e aprovar as prestações de contas (mensais e final) dos recursos financeiros transferidos à CONVENIADA, cujo exame deverá ser realizado e certificado pela Secretaria Municipal de Saúde.



**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE**

3.1. São obrigações da Entidade:

3.1.1. Executar o programa a que se refere à cláusula primeira, do objeto do convênio.

3.1.2. Zelar pela manutenção dos padrões de qualidade dos serviços prestados, de acordo com as diretrizes técnicas e operacionais definidas pelo Município.

3.1.3. Proporcionar amplas e iguais condições de acesso à população abrangida pelos serviços assistenciais, sem discriminação de qualquer natureza;

3.1.4. Manter recursos humanos, materiais e equipamentos sociais adequados e compatíveis com o atendimento dos serviços assistenciais que se obriga a prestar, com vistas ao alcance dos objetivos deste convênio;

3.1.5. Aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo Município na prestação dos serviços objeto deste convênio, conforme estabelecimento na cláusula primeira;

3.1.6. Manter a contabilidade, os procedimentos contábeis atualizados e em boa ordem, sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo controle interno e externo, de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos;

3.1.8. Assegurar ao Município, as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução e dos resultados dos serviços objeto deste convênio.

3.1.9. Autorizar a afixação de placas indicativas em suas dependências, em local de fácil visualização das informações e orientações sobre os serviços prestados e da participação dos governos federal, estadual e municipal nos programas cujos recursos tenham origem nas disposições deste convênio.

3.1.10. Fazer constar obrigatoriamente em destaque a participação do Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, em materiais de divulgação, tais como faixas, cartazes, prospectos, uniformes, bonés, chaveiros, bem como, em qualquer outro produto que possa ser utilizado para essa finalidade, observando-se o disposto no § 1º do artigo 37 da Constituição Federal, e nos § 1º do artigo 115 da Constituição Estadual, consoante a legislação específica que rege a matéria e conforme modelo oficial a ser fornecido pelo Município.

3.1.11. Utilizar os recursos deste instrumento exclusivamente na execução do seu objeto;

3.1.12. Cumprir integralmente o Plano de Trabalho aprovado pela CONVENENTE,

3.1.13. Gerenciar e movimentar os recursos recebidos da CONVENENTE junto aos bancos indicados, excetuando-se os valores destinados à folha de pagamento, que são processados exclusivamente pelo Banco Santander. Dessa forma, o montante correspondente será transferido da conta do convênio para a conta movimento da Santa Casa, a fim de viabilizar o pagamento da folha de recursos humanos.

<b>FONTE DE RECURSO</b>	<b>BANCO</b>	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA CORRENTE</b>	<b>PRAÇA</b>
<b>FONTE I - MUNICIPAL</b>	104	4281	574751763-1	PIRACICABA
<b>FONTE V - FEDERAL</b>			576235412-8	
<b>FONTE II - ESTADUAL (SUS PAULISTA)</b>			574751378-4	

3.1.15. Apresentar mensalmente, ao CONVENENTE, o relatório de atividades descrevendo a aplicação dos recursos recebidos conforme acordado;

3.1.16. Manter a disposição da CONVENENTE e dos órgãos de controle interno e externo, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contados da aprovação da prestação ou tomada de contas final por parte do órgão do Município, os documentos comprobatórios e registro contábeis das despesas realizadas com o número do Convênio;

3.1.17. Restituir à CONVENENTE o saldo eventualmente existente na data de encerramento, denúncia ou rescisão do Convênio;



3.1.18. Restituir à CONVENIENTE o valor transferido, atualizado monetariamente desde a data do recebimento, acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos, nos seguintes casos:

- a) Quando não for apresentada, no prazo exigido, a prestação de contas parcial ou final;
- b) Quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida neste Convênio;
- c) Efetuar, em nome da CONVENIENTE, o recolhimento dos saldos ou a devolução de valores porventura não utilizados, juntados à respectiva prestação de contas, uma cópia do comprovante de recolhimento, com indicação do número do termo de convênio;
- d) Permitir o livre acesso do Município ao Programa, a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização ou auditoria;
- e) Proporcionar todas as informações que a CONVENIENTE solicite sobre o Programa, sua situação financeira e documentos de licitação quando houver;

**CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR**

4.1. O valor estimado para a execução do presente convênio está detalhado no Plano de Trabalho, totalizando até R\$ 7.351.044,90 (sete milhões, trezentos e cinquenta e um mil, quarenta e quatro reais, noventa centavos). Desse montante, estão previstos os seguintes repasses: **Fonte I — R\$ 1.370.740,32** (um milhão, trezentos e setenta mil, setecentos e quarenta reais e trinta e dois centavos); **Fonte V — R\$ 1.504.248,18** (um milhão, quinhentos e quatro mil, duzentos e quarenta e oito reais e dezoito centavos; incluindo o valor referente ao empréstimo consignado); e **Fonte II — até R\$ 2.967.270,60** (dois milhões, novecentos e sessenta e sete mil, duzentos e setenta reais e sessenta centavos), conforme o cronograma de desembolso estabelecido no Plano de Trabalho. O valor total de desembolso pelo município é de R\$ 5.842.259,10 (cinco milhões, oitocentos e quarenta e dois mil, duzentos e cinquenta e nove reais e dez centavos). Durante a vigência deste instrumento, o valor referente ao empréstimo contratado pela entidade R\$ 175.356,00 (cento e setenta e cinco mil, trezentos e cinquenta e seis reais) — será descontado mensalmente dos repasses efetuados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, totalizando R\$ 1.052.136,00 (um milhão, cinquenta e dois mil, cento e trinta e seis reais). Além disso, a Instituição terá como contrapartida o valor mensal de R\$ 76.108,30 (setenta e seis mil, cento e oito reais e trinta centavos), totalizando R\$ 456.649,80 (quatrocentos e cinquenta e seis mil, seiscentos e quarenta e nove reais e oitenta centavos).

Data do Pagamento	Previsão de Início e Término 01/09/2025 à 28/02/2026				TOTAL	CONTRAPARTIDA SANTA CASA
	Concedente - FONTE I	Concedente - FONTE V		TABELA SUS PAULISTA		
	Valor do Repasse	Empréstimo Consignado	Valor do Repasse			
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.370.740,32</b>	<b>R\$ 1.052.136,00</b>	<b>R\$ 1.504.248,18</b>	<b>R\$ 2.967.270,60</b>	<b>R\$ 6.894.395,10</b>	<b>R\$ 456.649,80</b>
	<b>R\$3.927.124,50</b>				<b>R\$ 7.351.044,90</b>	



A despesa será realizada conforme as seguintes dotações orçamentárias:

- FONTE 1: 10.301.1001-2.522- 0312- 3.3.50.39-01 (Cód. aplicação: 310.0000)
- FONTE 2: 10.301.1001-2.821- 0392- 3.3.50.39-02 (Cód. aplicação: 300.0249)
- FONTE 5: 10.302.1003-2.522- 350- 3.3.50.39-05 (Cód. aplicação: 300.0047)

A Comissão de Monitoramento e Avaliação deverá acompanhar essa condição junto à entidade, garantindo o cumprimento dos termos estabelecidos.

**4.2. Serão repassados mensalmente a Entidade, mediante depósito no Banco Caixa Econômica Federal conforme indicado pelo Ofício 782/2025 em fls. 237:**

Prezada Senhora,

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, entidade filantrópica inscrita no CNPJ sob o nº 54.848.361/0001-11, com sede à Avenida Newton Prado, nº 1883, Centro – Pirassununga/SP, neste ato representado por sua Provedora Sueli Santiago dos Santos, conforme Decreto nº 8.769, de 04 de outubro de 2024, inscrita no CPF nº 963.863.128-72, vem, respeitosamente, por meio deste, indicar a conta bancária destinada ao recebimento dos repasses referentes à Tabela SUS Paulista, POA Fonte I e POA Fonte V.

As informações da conta bancária são as seguintes:

FONTE DO RECURSO	Banco	Agência	Conta Corrente	Praça
FONTE I - MUNICIPAL	104	4281	574751763-1	Piracicaba
FONTE V - FEDERAL			576235412-8	Piracicaba
FONTE II - ESTADUAL (SUS PAULISTA)			574751378-4	Piracicaba

4.3. O descumprimento pela entidade de qualquer obrigação pactuada neste convênio ensejará a suspensão do repasse dos recursos financeiros, até que seja regularizada a situação;

**4.4. A comprovação de que trata o item anterior deverá ser feita acompanhada da prestação de contas parcial tratada na Cláusula Quinta.**

PARÁGRAFO ÚNICO: O atraso no envio dos repasses, independentemente de motivação, desde que as prestações de contas estejam em dia e devidamente aprovadas, ficará sujeita a incidência de multa de 2% do valor mensal, mais juros de 1% ao mês, sem prejuízo da interrupção, nos moldes pactuados.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

5. A prestação de contas dos recursos consignados a este termo de convênio, nos termos da legislação vigente, será feita por meio de prestação de contas parcial e final, na seguinte conformidade:

5.2 A prestação de contas mensal deverá ser apresentada ao MUNICÍPIO até o décimo dia útil do mês subsequente a prestação do serviço, e os Relatórios comprobatórios de atendimentos, que são fechados para envio ao Ministério da Saúde após o dia 20, serão apresentados junto com a prestação de contas do mês seguinte, ficando sujeita à aprovação, para liberação dos meses subsequentes por meio de Relatório Circunstanciado das Atividades Desenvolvidas no período e Demonstrativo Contábil e Financeiro da Execução conforme Instrução nº 01/2020, atualizada pela Instrução 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado – ANEXO 12, que deverá ser instruído com os documentos abaixo,

5.3 Cópias dos respectivos documentos de despesas (Nota Fiscal somente Eletrônica) atestadas com a autenticidade em relação aos originais. Os documentos originais deverão ter a indicação, através de carimbos, o número da Lei autorizativa e do termo;

5.4 A Prestação de Contas Anual deverá ser apresentada até 90 dias após finalização da execução do convênio, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros por parte do Município, composto dos seguintes documentos de acordo com as Instruções nº 01/2020,



atualizada pela Resolução Instruções nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado – ANEXO 12 e conforme as orientações da Secretaria Municipal de Finanças:

5.5 Demonstrativo Integral das Receitas e Despesas computadas por Fonte de Recursos aplicadas ao objeto do termo de convênio, em cada quadrimestre – ANEXO 12;

5.6 Certidão com a manifestação expressa do Conselho Fiscal sobre a exatidão da aplicação do valor recebido no exercício;

5.7 Certidão contendo os nomes e CPFs dos Dirigentes e Conselheiros da CONVENIADA e respectivos períodos de atuação;

5.8 Relatório Anual da CONVENIADA sobre as atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas;

5.9 Regulamento para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos financeiros repassados à CONVENIADA;

5.10. Ao término da vigência do convênio, deverá ser realizada a conciliação bancária da conta-corrente específica, aberta em instituição financeira oficial indicada pelo MUNICÍPIO, destinada à movimentação dos recursos vinculados ao pacto, acompanhada do respectivo extrato bancário.

5.11 Demonstrações Contábeis e Financeiras acompanhados do balancete analítico acumulado, com indicação dos valores repassados pelo órgão concessor e a respectiva conciliação bancária acompanhada do extrato bancário, referente ao exercício em que o numerário foi recebido;

5.12 Publicação do Balanço Patrimonial da CONVENIADA, do exercício encerrado e anterior;

5.13 Certidão Expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação do profissional responsável pelo balanço e demonstrações contábeis;

5.14 Declaração que evidencie se ocorreu ou não contratação de parentes inclusive por afinidade, de dirigentes da CONVENIADA ou de membros do poder público MUNICÍPIO;

5.15 Declaração que evidencie se ocorreu ou não contratação de empresa(s) pertencente(s) a parentes, inclusive por afinidade, de dirigentes da CONVENIADA ou de membros do poder público MUNICÍPIO;

5.16 Cópia da Ata de eleição da última Presidência/Diretoria;

5.17 Divulgar em site oficial da entidade todas as informações sobre suas atividades e resultados, em consonância com a Lei Municipal nº 5.312, de 06 de julho de 2018.

5.18 Exigir da CONVENIENTE para os ajustes selecionados pelo Tribunal de Contas, no prazo de 10 dias, após o encerramento de cada quadrimestre do ano civil relatório sobre a execução do termo de convênio no período, apresentando comparativo específico das metas propostas com os resultados quantitativos e qualitativos alcançados; Relação dos contratos e respectivos aditamentos firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela CONVENIADA para os fins estabelecidos na avença contendo tipo e número do ajuste, identificação das partes, data, objeto, vigência, valor pago no exercício e condições de pagamento;

5.19 Comprovante da devolução dos recursos não aplicados se houver;

5.20 Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do termo os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas em aplicações serão devolvidos para Municipalidade no prazo improrrogável de 30 dias, do evento, sob pena de imediata instauração de tomadas de contas especial do responsável;

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA**

6.1. **O prazo de vigência deste convênio será contado retroativamente a partir de 01/09/2025 a 28/02/2026.**

Parágrafo Único: O presente Termo de Convênio poderá ser rompido a qualquer momento por qualquer das partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO CONTROLE E DA FISCALIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DO CONVÊNIO**

7.1 O controle e a fiscalização da execução do presente convênio ficarão sob encargo da **Secretaria Municipal de Saúde**, da Secretaria Municipal de Finanças e do Controle Interno.



**CLÁUSULA OITAVA - DA RESTITUIÇÃO**

8.1. A Entidade compromete-se a restituir, no prazo de 30 (trinta) dias, os valores repassados pelo Município, atualizados pelos índices de remuneração das cadernetas de poupança, a partir da data de seu recebimento, nas seguintes hipóteses:

1. Não execução do objeto deste convênio.
2. Não apresentação do relatório de execução físico-financeira;
3. Utilização dos recursos financeiros em finalidade diversa da estabelecida.

**CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA**

9.1. Este convênio poderá, a qualquer tempo e por iniciativa de qualquer dos partícipes, ser denunciado mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ressalvada a hipótese de rescisão por descumprimento de suas cláusulas ou por infração legal. Em qualquer caso, responderá cada partícipe pelas obrigações assumidas, até a data do rompimento do acordo.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES**

10.1. Este convênio poderá ser aditado, por acordo entre os partícipes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para prorrogação do prazo de vigência ou suplementação de seu valor.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO APOSTILAMENTO**

11.1. Poderão ser promovidas alterações de natureza estritamente material ou documental no presente termo, mediante apostilamento, desde que não impliquem modificação do objeto, das metas, do cronograma de execução, do valor pactuado, das formas de execução, ou de demais elementos essenciais do Plano de Trabalho.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TOMADA DE CONTAS ESPECIAIS**

12.1. A administração Pública poderá instaurar tomada de contas especiais a qualquer tempo, quando houver indícios de supostas irregularidades.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO**

13.1. Este termo será publicado por extrato, no Diário Oficial do Município, na data de sua assinatura, correndo as despesas por conta do CONVENENTE.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO**

14.1. Fica eleito o foro da Comarca de Pirassununga para dirimir quaisquer questões resultantes da execução deste convênio.

E por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo de Convênio, na presença das testemunhas abaixo assinadas.



Pirassununga, \_\_ de \_\_ de 2025.

<b>FERNANDO LUBRECHET</b> PREFEITO MUNICIPAL	<b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA</b> CNPJ 54.848.361/0001-11  <b>SUELI SANTIAGO DOS SANTOS</b> CPF 963.863.128-72

**SOLANGE APARECIDA MARTINS**  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA INTERVENIENTE  
CPF 031.781.808-26

**Testemunhas:**

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02



**CADASTRO DO RESPONSÁVEL ÓRGÃO OU ENTIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PIRASSUNUNGA**

Nome	FERNANDO LUBRECHET
Cargo	PREFEITO MUNICIPAL
CPF nº	190.434.078-44
Período de gestão	01/01/2025 À 31/12/2028

As informações pessoais do responsável esta cadastrada no módulo eletrônico do Cadastro TCESP, conforme previsto no Artigo 2º das Instruções nº01/2024, conforme “Declaração de Atualização Cadastral” ora anexada.

**FERNANDO LUBRECHET**  
Prefeito Municipal  
prefeito@pirassununga.sp.gov.br



TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO COM O TERCEIRO SETOR

Protocolo Administrativo nº 5068/2025  
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações  
Convênio nº 005/2025.

Órgão Público: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP  
Entidade: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

**OBJETO:** Constitui objeto deste convênio, a execução pela Entidade, do POA – Plano Operativo Anual + Tabela Sus Paulista. Otimizar a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como explorar seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Valor:** R\$ 7.351.044,90 (sete milhões, trezentos e cinquenta e um mil, quarenta e quatro reais, noventa centavos).

**Exercício:** 2025.

**Advogados Município:** Dr. Valter Tadeu Camargo de Castro – OAB/SP 83.082; Dr. Caio Vinícius Peres e Silva – OAB/SP 214.257; Dra. Érica Regina Pianca – OAB/SP 206.780 e Dr. Cleber Botazini de Souza – OAB/SP 319.544; Dr. Fábio Henrique Zan – OAB/SP 214.302; Dr. Rodrigo de Azevedo Leonel – OAB/SP 496.127; Dr. Tiago Alberto Freitas Varisi – OAB/SP 422.843

**Estamos CIENTES de que:**

- a) O ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) As informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCE/SP – CadTCE/SP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2024, Conforme Declaração(ões) de Atualização Cadastral anexa (s).

**Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Pirassununga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.



**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE, ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE, RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE,**

Nome: **FERNANDO LUBRECHET**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 190.434.078-44

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE CONVENIADA E RESPONSÁVEIS QUE ASSINAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**

Cargo: Provedora

CPF: 963.863.128-72

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELA SECRETARIA INTERVENIENTE**

**SOLANGE APARECIDA MARTINS**

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CPF 031.781.808-26

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**DEMAIS RESPONSÁVEIS:**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: **Acompanhamento Processual**

Nome: **TIAGO ALBERTO FREITAS VARISI**

Cargo: Procurador-Geral

CPF: 279.150.988-70

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_



DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

**ÓRGÃO PÚBLICO:** PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

**CNPJ Nº:** 45.731.650/0001-45

**ENTIDADE:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

**CNPJ Nº:** 54.848.361/0001-11

**PROTOCOLO ADM. Nº** 5068/2025

**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

**TERMO DE CONVÊNIO Nº** 005/2025

**OBJETO:** Constitui objeto deste convênio, a execução pela Entidade, do POA – Plano Operativo Anual + Tabela Sus Paulista. Otimizar a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como explorar seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Valor:** R\$ 7.351.044,90 (sete milhões, trezentos e cinquenta e um mil, quarenta e quatro reais, noventa centavos).

Declaro, na qualidade de responsável pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Pirassununga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

**FERNANDO LUBRECHET**

Prefeito Municipal



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Declaração de Atualização Cadastral**

Eu, **FERNANDO LUBRECHET**, CPF **190.434.078-44**, atesto que na data de **23/06/2025** às **07:46:12** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **fernandolubrechet@gmail.com**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**F9C55D0C611936D6BC48B6906C3745BE08648B54DD74A5EBBFF4D24467**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**5a9a6502-d9f9-409c-a965-c9ceb79428f7**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos>  
e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Declaração de Atualização Cadastral**

Eu, **TIAGO ALBERTO FREITAS VARISI**, CPF **279.150.988-70**, atesto que na data de **23/06/2025** às **08:16:24** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **tiago.varisi@adv.oabsp.org.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**E7AF6AF7D4E6ECDD3A9B11531F04D2893701A4F4D9AFEF05FCED937249**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**d6e8e361-b076-47a7-89c4-c9d8b0d9b980**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos> e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Declaração de Atualização Cadastral**

Eu, **SOLANGE APARECIDA MARTINS**, CPF **031.781.808-26**, atesto que na data de **15/04/2025** às **10:52:34** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **saude.solange@pirassununga.sp.gov.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**723B4AD7227AE98CF4A5AC5382A55B32FF179E1F34C130A19F0C3446C0**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**0869c111-1517-40d8-9694-1f2675360bb4**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos> e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





**ANEXO ÚNICO – PLANO DE TRABALHO  
PROTOCOLO 5068/2025 – FLS. 04 à 32**

**Protocolo Administrativo nº 5068/2025**  
**Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações**  
**Convênio nº 005/2025.**

**Órgão Público: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP**  
**Entidade: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

**OBJETO: Constitui objeto deste convênio, a execução pela Entidade, do POA – Plano Operativo Anual + Tabela Sus Paulista.** Otimizar a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como explorar seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Valor: R\$ 7.351.044,90 (sete milhões, trezentos e cinquenta e um mil, quarenta e quatro reais, noventa centavos).**

**Exercício: 2025.**

**Advogados Município:** Dr. Valter Tadeu Camargo de Castro – OAB/SP 83.082; Dr. Caio Vinícius Peres e Silva – OAB/SP 214.257; Dra. Érica Regina Pianca – OAB/SP 206.780 e Dr. Cleber Botazini de Souza – OAB/SP 319.544; Dr. Fábio Henrique Zan – OAB/SP 214.302; Dr. Rodrigo de Azevedo Leonel – OAB/SP 496.127; Dr. Tiago Alberto Freitas Varisi – OAB/SP 422.843



santa casa de misericórdia de pirassununga

---

## **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRASSUNUNGA**

### **PLANO DE TRABALHO**

#### **PLANO OPERATIVO ANUAL – POA + TABELA SUS PAULISTA**

**PERÍODO DE 01/09/2025 à 28/02/2026**

**VALOR TOTAL R\$ 7.351.044,90**

**PROTOCOLO Nº ...../2025**

**- 2025 -**

---

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP  
Fone (019) 3565-8100

FAX (019) 3561-7096

Página 1 de 29

CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA****PLANO OPERATIVO ANUAL\_POA + TABELA SUS PAULISTA****VIGÊNCIA 01/09/2025 À 28/02/2026****Período de Vigência:** 06 (Seis) meses**Prazo:** 01 de Setembro de 2025 a 28 de Fevereiro de 2026.**Protocolo Nº** ...../2025**I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Razão Social da Instituição:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga**CNES:** 2785382**CNPJ:** 54.848.361/0001-11**Endereço:** Avenida Newton Prado, 1883 - Centro – Pirassununga – CEP 13.631-120**Provedora:** Sueli Santiago dos Santos – CPF 963.863.128-72**Diretora Administrativa:** Mary Guiomar Almeida Rocha – CPF 933.899.495-34**Diretor Clínico:** Dr. José Leandro Viotto – CRM/SP 163414**Diretor Técnico:** Dr. Marcelo Martinelli Miguel – CRM/SP 135049**Enfermeiro Responsável:** Lucas Diego Ramos – COREN 610933**Contas Bancárias Específicas do Convênio**

FONTES DO RECURSO	Banco	Agência	Conta Corrente	Praça
FORTE I - MUNICIPAL	104	4281	574751763-1	Piracicaba
FORTE V - FEDERAL	104	4281		Piracicaba
FORTE II - ESTADUAL (SUS PAULISTA)	104	4281	574751378-4	Piracicaba

**II – CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA**

Salas	Qtde.	Nº de Leitos
Salas de Cirurgia	05	-
Sala de Recuperação Pós-anestésica	01	03
PPP	01	03
Sala de RN Patológico	01	01

**SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT**

<b>EQUIPAMENTOS</b>	<b>QTDE.</b>
Raio X	2
Raio X - Móvel	1
Mamógrafo	1
Ultrassonografia com Doppler colorido	2
Tomógrafo Computadorizado	1
Ressonância Magnética	1
Eletrocardiógrafo	15
Cardiotocógrafo	2

**A - SERVIÇO DE APOIO**

<b>Tipo de Serviços</b>	<b>Procedência</b>
Ambulância	Municipal
Central de Esterilização de Materiais	Próprio
Farmácia	Própria
Lavanderia	Próprio
Necrotério	Próprio
Nutrição e Dietética (S.N.D)	Próprio
Agência Transfusional e Hemoderivados	Próprio
S. A. M. E. ou S. P. P.	Próprio
Serviço de Manutenção	Próprio e Terceirizado
Serviço Social	Próprio

**B - LEITOS DE INTERNAÇÃO E COMPLEMENTARES**

Especialidade	Número de Leitos		
	SUS	NÃO SUS	TOTAL
Cirúrgicos	13	08	21
Clínica Médica	21	12	33
Neonatologia	00	04	04
Obstetrícia Cirúrgica	04	02	06
Obstetrícia Clínica	06	04	10
Pediatria Cirúrgica	02	01	03
Pediatria Clínica	05	02	07
Unidade Intermediária	08	05	13
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>37</b>	<b>97</b>

Especialidade	Número de Leitos		
	SUS	NÃO SUS	TOTAL
UTI Adulto	05	04	09
Isolamento UTI	01	00	01
<b>Total</b>	<b>06</b>	<b>04</b>	<b>10</b>

**TOTAL DE LEITOS DISPONIBILIZADOS SUS: 61,68%****III- CARACTERÍSTICAS DO OBJETO**

A Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, localizada à Avenida Newton Prado Nº 1883, Centro, em Pirassununga, ocupa área de 12.009,470m<sup>2</sup>, conta com 107 leitos internação, sendo destes, 10 de UTI, atendendo demanda de urgência/emergência e eletiva.

**Objetivo**

Otimizar a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como explorar seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Objetivos Específicos**

1. Realizar, na Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, o atendimento à urgência/emergência referenciado da Rede Municipal de Saúde, buscando continuamente aprimorar e otimizar os serviços, com manutenção plena das atuais habilitações/credenciamentos e do atendimento pleno dos procedimentos a eles vinculados.

2. Prover assistência hospitalar, buscando sempre a otimização e o aprimoramento, e buscando habilitar/credenciar os serviços já realizados e não devidamente habilitados/credenciados.
3. Criar programas especiais e atuar em novas especialidades, dentro da missão da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, em conformidade com o que venha a ser definido pela Secretaria Municipal de Saúde e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.
4. Realizar a gestão administrativa e financeira pautando-se pelo planejamento detalhado de atividades e constante avaliação de resultados com agilidade e profissionalismo, visando a contínua melhora do atendimento dos usuários, a otimização de recursos e o aprimoramento dos serviços.
5. Realizar os exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico seguindo as Metas pactuadas.

#### IV– METAS QUANTITATIVAS

##### ATENDIMENTOS SUS CONVENIADOS

###### a) Atendimento Ambulatorial:

A assistência ambulatorial se desenvolverá nas Instalações da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, ou onde a Secretaria de Saúde em consenso com a CONVENIADA determinar.

A definição dos pacientes a serem atendidos para esta assistência é de responsabilidade exclusiva da CONVENIADA. Sendo também de responsabilidade da CONVENIADA a disponibilização dos recursos materiais e assistenciais, bem como a definição dos dias, locais e horários em que os pacientes serão atendidos.

Os pacientes que necessitam ter continuidade de tratamento em serviços básicos de saúde deverão ser contra referenciados para a REDE SUS por meio de instâncias reguladoras competentes.

###### a.1) Exames / Procedimentos Ambulatoriais (Fonte V)

QUADRO I

Atendimento Ambulatorial	Qtde.Média Mensal	Valor Unitário	Valor Médio Mensal FONTE V	Valor Total Período Setembro/2025 a Fevereiro/2026 FONTE V
Endoscopia Digestiva	3	R\$ 250,00	R\$ 750,00	R\$ 4.500,00
Laboratório	5499	R\$ 4,73	R\$ 26.010,27	R\$ 156.061,62
Radiologia	1840	R\$ 8,18	R\$ 15.051,20	R\$ 90.307,20
Ultrassonografia	120	R\$ 29,75	R\$ 3.570,00	R\$ 21.420,00
Tomografia Computadorizada	430	R\$ 147,63	R\$ 63.480,90	R\$ 380.885,40
Eletrocardiograma	250	R\$ 7,75	R\$ 1.937,50	R\$ 11.625,00
Tocardiografia	69	R\$ 7,75	R\$ 534,75	R\$ 3.208,50
Adm. de Medicamentos	2602	R\$ 3,50	R\$ 9.107,00	R\$ 54.642,00
Retirada de Corpo Estranho	50	R\$ 63,00	R\$ 3.150,00	R\$ 18.900,00
<b>Serviço de Alta Complexidade: Ressonância Magnética</b>	28	R\$ 368,75	R\$ 10.325,00	R\$ 61.950,00
<b>Valor Total</b>			<b>R\$ 133.916,62</b>	<b>R\$ 803.499,72</b>

**a.2) Ambulatório Pós-cirúrgico ORTOPEDIA: (Fonte I)**

Ambulatório pós-cirúrgico na especialidade de Ortopedia.

- Os pacientes de Ortopedia serão atendidos em ambulatório pós-cirúrgico, sejam cirurgias eletivas ou de urgência, até a alta definitiva, sob responsabilidade da CONVENIADA.

**Quadro II**

<b>RETORNO DE CIRURGIAS URGÊNCIA/EMERGÊNCIA/ELETIVA</b>			
<b>Consultas - Valor R\$ 50,00 - Por Produção</b>			
<b>Especialidade</b>	<b>Número de Consultas/Mês</b>	<b>Valor Médio Mensal FONTE I</b>	<b>Valor Total Período de Setembro/2025 à Fevereiro/2026</b>
Ortopedia	100	R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>R\$ 5.000,00</b>	<b>R\$ 30.000,00</b>

**b) Assistência Hospitalar:**

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

No processo de hospitalização, estão incluídos:

- I. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- II. Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivaram a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido as condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- III. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde.
- IV. Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação.
- V. Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral.
- VI. Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar.
- VII. Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- VIII. O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem / tratamentos.
- IX. Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema

Único de Saúde).

- X. Diárias na UTI- Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.
- XI. Sangue e hemoderivados.
- XII. Fornecimento de roupas hospitalares.
- XIII. Procedimentos como hemodiálise, fisioterapia, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, conforme descrição constante no CNES da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga.

**b.1) Metas Físicas de atendimentos contratados pelo SUS – Hospitalar:**

Abaixo segue tabela com os quantitativos físicos de atendimentos hospitalares (AIH) a serem realizados por meio deste instrumento sendo esta quantidade até o teto pactuado (financiados pelo MAC).

**Quadro III**

INTERNAÇÕES										
INTERNAÇÃO	CARACTERÍSTICA	FONTE I		FONTE V		CONTRAPARTIDA STA. CASA	VALOR TOTAL/MÊS		Valor Total Período Setembro/2025 a Fevereiro/2026	
		Qtde.	Valor	Qrde.	Valor	VALOR	Qtde	Valor	Qtde	Valor
CIRÚRGICA	URGÊNCIA	20	R\$ 20.000,00	22	R\$ 39.625,08	R\$ 16.022,80	42	R\$ 75.647,88	252	R\$ 453.887,28
	ELETIVA	1	R\$ 1.000,00	2	R\$ 3.602,28	R\$ 801,14	3	R\$ 5.403,42	18	R\$ 32.420,52
CLÍNICO	ADULTO	50	R\$ 50.000,00	40	R\$ 72.045,60	R\$ 40.057,00	90	R\$ 162.102,60	540	R\$ 972.615,60
	PEDIÁTRICO	6	R\$ 6.000,00	6	R\$ 10.806,84	R\$ 4.806,84	12	R\$ 21.613,68	72	R\$ 129.682,08
OBSTÉTRICA	PARTO NORMAL	11	R\$ 11.000,00	9	R\$ 16.210,26	R\$ 8.812,54	20	R\$ 36.022,80	120	R\$ 216.136,80
	CESAREANA	7	R\$ 7.000,00	6	R\$ 10.806,84	R\$ 5.607,98	13	R\$ 23.414,82	78	R\$ 140.488,92
<b>TOTAL</b>		<b>95</b>	<b>R\$ 95.000,00</b>	<b>85</b>	<b>R\$ 153.096,90</b>	<b>R\$ 76.108,30</b>	<b>180</b>	<b>R\$ 324.205,20</b>	<b>1080</b>	<b>R\$ 1.945.231,20</b>

Nesse total de AIHs inclui-se a UTI, a qual deve realizar um quantitativo de produção, conforme tabela abaixo:

Tipo de Leito	Leitos	Diárias UTI Mensal
UTI Adulto	6	180

**Quadro III-1**

2025 - Período de Setembro/2025 a Fevereiro/2026					
Quantidade Mensal de AIH (SIH)	Vr. Mensal FONTE I	Vr. Mensal FONTE V	CONTRAPARTIDA STA. CASA	Total Mensal FONTE I + FONTE V + CONTRAPARTIDA STA. CASA	Valor Total Período Setembro/2025 a Fevereiro/2026
Nº de AIH, podendo ser até	95	85	Complementar às 95 de Fonte I	180	1080
Valor Médio da AIH	R\$ 1.000,00	R\$ 1.801,14	R\$ 801,14	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
<b>Valor Total (Nº de AIH x Valor Médio de AIH)</b>	<b>R\$ 95.000,00</b>	<b>R\$ 153.096,90</b>	<b>R\$ 76.108,30</b>	<b>R\$ 324.205,20</b>	<b>R\$ 1.945.231,20</b>

### **b.2) Procedimentos Hospitalares Eletivos:**

Os procedimentos hospitalares de natureza eletiva serão disponibilizados aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais eletivos da Rede Municipal de Saúde.

A identificação da origem da indicação da internação eletiva deverá ser efetivada por ocasião da emissão de Laudo Médico para emissão de AIH. Todos os Laudos Médicos para emissão de AIH deverão ser emitidos através de sistema da Secretaria Municipal de Saúde, onde, obrigatoriamente, deverá constar a identificação do atendimento SUS onde foi gerada a indicação da internação.

As internações eletivas somente deverão ser efetivadas pela Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga após prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

As quantidades mínimas das cirurgias eletivas destacadas na FPO (**Anexo II**) deverão ser monitoradas e direcionadas pelo setor responsável da Secretaria Municipal de Saúde, e caso não sejam encaminhados o número de pacientes/cirurgias definidos, a Santa Casa poderá substituir por outra especialidade para cumprir o número mínimo pactuado.

O quantitativo de cirurgias eletivas mensais a serem realizadas está na tabela abaixo e corresponde a **03** cirurgias/mês.

#### **Cirurgias Eletivas incluídas no número de AIHs do POA**

Especialidade	Cirurgias Eletivas/Mês	
	FONTE I	FONTE V
Cirurgia Geral	1	-
Ginecologia	-	1
Ortopedia	-	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**OBS:** Todos os Materiais Especiais (OPME) e Medicação de Alto Custo não inclusa no valor da AIH.

### **b.3) Avaliações/ Retaguarda de Especialidades/ Complementos – Internação**

#### **Quadro IV**

Procedimento	Quantidade Média/Mês	Valor Unitário (SUS=60%)	Valor Médio Mensal*	VALOR TOTAL Setembro/2025 à Fevereiro/2026 FONTE I
Intensivistas 24 horas (60%)	30,50	R\$1.980,00	R\$ 60.390,00	R\$ 362.340,00
Coordenação (60%)	1	-	R\$ 2.400,00	R\$ 14.400,00
<b>Total</b>		-	R\$ 62.790,00	R\$ 376.740,00

\*OBS.: Os valores foram calculados com base em 181 dias do período de Set/25 à Fev/26 + 2 dias (Natal e Ano Novo) /6 meses = Média de 30,50 retaguardas/mês

**Quadro V**

RETAGUARDA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA (INTERNAÇÃO)					
Descrição do Serviço		Participação do Município	Valor Unitário por Dia	Valor Médio Mensal* FONTE I	VALOR TOTAL Setembro/2025 à Fevereiro/2026 FONTE I
Serviços Médicos Profissionais - <b>Nefrologista</b>	01 médico plantonista <b>retaguarda 24hs.</b>	100%	R\$ 275,00	R\$ 8.387,50	R\$ 50.325,00
Serviços Médicos Profissionais - <b>Cirurgião Vascular</b>	01 médico plantonista <b>retaguarda 24hs.</b>	100%	R\$ 275,00	R\$ 8.387,50	R\$ 50.325,00
Serviços Médicos Profissionais - <b>Neurologista Clínico</b>	01 médico plantonista <b>retaguarda 24hs.</b>	100%	R\$ 275,00	R\$ 8.387,50	R\$ 50.325,00
<b>SUBTOTAL</b>				<b>R\$ 25.162,50</b>	<b>R\$ 150.975,00</b>
*OBS.: Os valores foram calculados com base em 181 dias do período de Set/25 à Fev/26 + 2 dias (Natal e Ano Novo) /6 meses = Média de 30,50 retaguardas/mês					
A CONTRATAÇÃO SERÁ POR PESSOA JURÍDICA, PARA RETAGUARDA DA ESPECIALIDADE MÉDICA NO ATENDIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS NAS ESPECIALIDADES					

**Quadro VI**

Procedimentos e Exames Complementares - Período Setembro/2025 a Fevereiro/2026				
Procedimento	Quantidade/ Mês	Vr. Unitário	Valor /Mês FONTE 1	Valor Total Período Setembro/2025 a Fevereiro/2026
HEMODIÁLISE	23	R\$ 477,48	R\$ 10.982,04	R\$ 65.892,24
TOMOGRAFIA	50	R\$ 147,63	R\$ 7.381,50	R\$ 44.289,00
RESSONÂNCIA	10	R\$ 368,75	R\$ 3.687,50	R\$ 22.125,00
ANÁTOMO PATOLÓGICO	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00	R\$ 9.000,00
FISIOTERAPIA	1200	R\$ 14,12765	R\$ 16.953,18	R\$ 101.719,08
<b>TOTAL</b>	<b>1303</b>		<b>R\$ 40.504,22</b>	<b>R\$ 243.025,32</b>

**c) Serviços aos pacientes SUS com dependência de Referência Externa:**

A Santa de Casa de Misericórdia de Pirassununga responsabilizar-se-á pela realização do atendimento integral do paciente internado e se necessário buscará referências na rede SUS intermunicipal/estadual, para assegurar ao paciente toda assistência necessária, bem como todos os medicamentos, exames e condutas prescritas pelos assistentes dos pacientes internados, atuando de modo a lhes garantir um atendimento integral e conclusivo.

Este atendimento integral poderá acontecer no próprio hospital quando sua complexidade o permitir e também em outros serviços SUS quando por ele forem referenciados.

## V - METAS QUALITATIVAS

### a) Apresentar e encaminhar ao Gestor Local os seguintes relatórios MENSALIS:

**Observação:** Poderão ser formulados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste ajuste, de acordo com a necessidade da gestão municipal.

#### a.1)- Relatórios de Gestão:

1. **Revisão de óbito:**

**Indicador:** Relatório da Comissão de Revisão de óbitos com análise dos óbitos por faixa etária e medidas adotadas.

2. **Relatório de CCIH(Controle de Infecção Hospitalar):**

**Indicador:** Relatório da CCIH com análise das ocorrências do período e das medidas adotadas (centro cirúrgico, UTI, berçário patológico, etc.).

3. **Taxa de ocupação hospitalar:**

**Indicador:** Relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período, porém considerando-se para o calculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.

4. **Taxa de ocupação operacional:**

**Indicador:** Relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período.

5. **Tempo médio de permanência:**

**Indicador:** Relação entre o total de pacientes dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

6. **Tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos:**

**Indicador:** Relação entre o total de pacientes/dia internados.

7. **Taxa de mortalidade hospitalar:**

**Indicador:** relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.

8. **Taxa de ocupação de leitos de UTI.**

9. **Taxa de mortalidade institucional:**

**Indicador:** Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar.

10. **Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC).**

11. **Média de pacientes/dia:**

**Indicador:** Relação entre o número de pacientes dia e o número de dias, em determinado período. Representa o número médio de pacientes em um hospital.

12. **Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP.**

**Indicador:** Fornecimento de orientações aos pacientes e familiares quanto a continuidade do tratamento, mediante protocolo.

13. **Manter os dados do CNES atualizados, em especial dos serviços, equipamentos e recursos humanos.** A entidade se compromete a encaminhar **quadrimestralmente** ao Gestor local o relatório do período com relato resumido das alterações, inclusões e exclusões ocorridas no período.

**Indicador:** Relatório do CNES.

14. **Apresentar no mínimo 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS na própria competência, ou seja, no mês subsequente.**

**Indicador:** Relatório do SIHD.

15. **Apresentar, no mínimo, 95% dos tratamentos ocorridos no mês juntamente com o faturamento do SIA, da competência do ato.**

**Indicador:** Relatório do SIA.

**a.2)- Indicadores de Qualidade:**

1. **Taxa de infecção hospitalar.**

**Indicador:** Nº de Infecção ocorridas no período / Nº de altas no mesmo Período X 100.

2. **Taxa de mortalidade por anestesia.**

**Indicador:** Nº de óbitos por anestesia em determinado período / Total anestésias no mesmo período X 100.

3. **Taxa de mortalidade operatória.**

**Indicador:** Nº de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico no período / Total de atos cirúrgicos no mesmo período X 100.

4. **Taxa de mortalidade pós-operatória.**

**Indicador:** Nº de óbitos pós-operatórios em determinado no período / Total de atos cirúrgicos no mesmo período X 100.

5. **Taxa de mortalidade materna hospitalar;**

**Indicador:** nº de óbitos de obstetrícia durante determinado período / Nº de pacientes de obstetrícia saídos no mesmo período X 100.

6. **Taxa de mortalidade neonatal hospitalar.**

**Indicador:** Nº de óbitos em menores de 28 dias ocorridos em determinado período, no hospital / Nº de nascidos vivos no mesmo período X 100.

**7. Taxa de mortalidade fetal.**

**Indicador:** Nº de óbitos fetais ocorridos em determinado período, no hospital / Nº de nascidos vivos no mesmo período X 100.

**8. Taxa de internação em >65 anos por Infecção Respiratória.**

**Indicador:** Nº de pacientes >65 anos internados por Infecção Respiratória em determinado período / Nº de pacientes internados por Infecção Respiratória no mesmo período X 100.

**9. Taxa de mortalidade em >65.**

**Indicador:** Nº de óbitos em pacientes >65 anos internados em determinado período / Nº de pacientes internados no mesmo período X 100.

**10. Taxa de reinternação.**

**Indicador:** Nº de reinternação após 03 dias da alta hospitalar/ Nº de altas (cura ou melhorado + transferidos + óbito) no mesmo período X 100.

**a.3)- Participação nas Políticas Prioritárias do SUS:**

**a.3.1) - HUMANIZA SUS:**

1. Implantar sistema de avaliação de satisfação do usuário internado e ambulatorial conforme preconizado no Programa Nacional de Humanização.

**Indicador:** Relatório com o resultado da pesquisa.

2. Garantir aos usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças e adolescentes e deficientes Físicos o direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3. Garantir o direito de crianças e adolescentes de brincar, oferecendo brinquedoteca.

**a.3.2) - Atenção à Saúde Materno-infantil:**

1. Desenvolver política de incentivo ao aleitamento materno.

**Indicador:** Apresentar relatório com número de partos e parturientes orientadas.

2. Efetuar avaliação de anóxia neonatal

**Indicador:** Apresentar prontuários com fichas de registro de apgar.

3. Efetuar controle da taxa de parto cirúrgico SUS.

**Indicador:** Apresentar relatório com número total de partos, partos normais e partos cirúrgicos no mesmo período.

4. Participar efetivamente do Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal da Vigilância Epidemiológica Municipal.

**Indicador:** Apresentar relatório com razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal.

5. Efetuar vacinação Hepatite B e BCG.

**Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs vacinados no mesmo período.

6. Encaminhar para a Rede Municipal ou APAE:

- TESTE DO PEZINHO SUS – APAE: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para APAE.
- TESTE DA ORELHINHA SUS – CEM: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para o CEM.
- TESTE DO OLHINHO SUS – CEM: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para o CEM.

7. Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer – faixas <750g, 750g a 1.499g, 1.500g a 2.499g.

**Indicador:** Nº de recém-nascidos com peso ao nascer nas faixas de <750g, 750 a 1.499g, 1.500 a 2.499g em um determinado período e local de residência / Nº total de recém nascidos no mesmo período e local X 100.

8. Proporção de recém-nascidos prematuros.

**Indicador:** Nº de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer < 37 semanas em um dado período e local de residência / Nº total de recém-nascidos no mesmo período e local X 100.

9. Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes.

**Indicador:** Nº de recém-nascidos filhos de mães com idade <16 em dado período e local de residência / Nº total de recém-nascidos no mesmo período e local X 100.

10. Proporção de cesáreas em primíparas.

**Indicador:** Apresentar relatório com número total de cesáreas X cesáreas em primíparas.

### **a.3.3) - HIV-DST-AIDS:**

1. Realizar teste rápido para HIV e parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal.

**Indicador:** Apresentar relatório com número total de partos e teste de HIV no leito.

2. Realizar exames VDRL e TPHA confirmatório, conforme Portaria 2.104/2002.

**Indicador:** Realizar notificação compulsória de sífilis congênita, de gestantes HIV+ e de crianças expostas;

3. Disponibilizar administração do AZT xarope na maternidade para RN filhos de mães soropositivas para HIV, diagnosticadas no pré-natal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto.

---

**Indicador:** Apresentar registro específico em prontuário.

**b) Apresentar e encaminhar ao Gestor, os seguintes relatórios quadrimestrais:**

- 1. Revisão de Prontuário:** Relatório contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros.
- 2. Ética Médica:** Ata de reunião específica, no período.
- 3. Comissão de Óbito:** Ata da reunião específica, no período.

**c) GESTÃO HOSPITALAR**

**Apresentar os aspectos centrais da gestão e dos mecanismos de gerenciamento e acompanhamento das metas físicas e de qualidade acordadas entre instituição e gestor e que deverá conter:**

1. Equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de ofício.  
**Indicador:** Relatório Gerencial Mensal.
2. Encaminhamento de todas as informações ou relatórios solicitados e pactuados neste plano operativo, nos prazos fixados, devendo ainda participar das reuniões de avaliação na SMS/SES.
3. Apresentação anual das licenças /alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação.
4. Elaboração de planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional visando às metas setoriais específicas para cada área de atuação, promovendo ou permitindo a participação de técnicos ou dirigentes em cursos de capacitações e treinamentos que possam contribuir com a melhoria do funcionamento da instituição.
5. Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam à horizontalização da gestão, à qualificação gerencial e ao enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de informação e avaliação de satisfação do usuário.
6. Gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras para acompanhamento da CONVENIENTE, garantindo equilíbrio econômico do convenio firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contraprestação.
7. Garantia da aplicação integral na Unidade hospitalar dos recursos financeiros de custeio e de investimento provenientes do SUS.

**VI- ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A avaliação de desempenho da Instituição será realizada **TRIMESTRALMENTE**, conforme cronograma abaixo, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas físicas e qualitativas, bem como a inserção da Unidade no sistema de Regulação e de controle, sem prejuízo da avaliação mensal pela Comissão de Fiscalização da Execução (DECRETO Nº ....., DE ..... - DISPOSIÇÃO SOBRE COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO/FISCALIZAÇÃO).

O não cumprimento de metas deverá ser comunicado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção; suspensão de recursos próprios do **CONVENENTE** e dos incentivos provenientes dos demais entes (Federal/Estadual), na forma estabelecida em legislação específica.

#### CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO

Período de Competência	Data da Avaliação
Setembro, Outubro e Novembro/2025	<b>06.Janeiro.2026</b>
Dezembro/2025, Janeiro e Fevereiro/2026	<b>06.Abril.2026</b>

Os critérios e a respectiva pontuação para esta avaliação compõem este plano operativo e serão utilizados como base para os repasses financeiros do período subsequente ao da avaliação.

Na tabela abaixo se encontram as faixas de pontuação e o percentual da parcela variável do recurso financeiro deste plano operativo a ser percebida conforme pontuação atingida nas avaliações.

#### QUADRO DE PONTUAÇÃO

Faixas de pontuação	Percentual do valor
2.301 a 2.600	100%
1.601 a 2.300	85%
≤ 1600	75%
<b>TOTAL PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO ALCANÇADA</b>
<b>2.600</b>	<b>2.600</b>

#### PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontos	Pontuação Alcançada
Realização de AIH's	180	500	500
Apresentação de todos os indicadores solicitados neste Plano Operativo, no prazo estabelecido.	100%	50	50
Apresentação das despesas dos recursos municipais conforme pactuado	100%	50	50
<b>TOTAL</b>		<b>600</b>	<b>600</b>

### PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Parâmetro	Parâmetro	Parâmetro	Parâmetro	Pontuação Alcançada
AIH de cirurgia eletiva	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 74% = <b>75 pontos</b>	de 75% a 84% = <b>90 pontos</b>	85% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
Taxa de Ocupação Clínica Cirúrgica	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 74% = <b>75 pontos</b>	de 75% a 84% = <b>90 pontos</b>	85% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
Taxa de Ocupação Clínica Médica	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 74% = <b>75 pontos</b>	de 75% a 84% = <b>90 pontos</b>	85% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
Taxa de Ocupação Obstetrícia	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 74% = <b>75 pontos</b>	de 75% a 84% = <b>90 pontos</b>	85% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
Taxa de Ocupação Clínica Pediátrica	-	abaixo de 19% = <b>0 pontos</b>	de 20% a 29% = <b>75 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>90 pontos</b>	50% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
Taxa de Ocupação UTI Adulto	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 74% = <b>75 pontos</b>	de 75% a 84% = <b>90 pontos</b>	85% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
Taxa Infecção Hospitalar Máxima	-	-	acima de 5% = <b>0 pontos</b>	de 3% a 4,99% = <b>50 pontos</b>	2,99% ou menos = <b>100 pontos</b>	100
Taxa Cesárea Máxima Primeira Gestação	-	-	60% ou acima = <b>0 pontos</b>	abaixo de 59% = <b>50 pontos</b>	abaixo de 40% = <b>100 pontos</b>	100
Atualização Diária do Módulo de Regulação de Leitos, no Portal CROSS	-	-	-	-	Apresentação = <b>100 pontos</b>	100
Apresentação de Protocolo Médicos Clínicos e Protocolos de Procedimentos de Enfermagem	-	-	-	-	Apresentação = <b>100 pontos</b>	100
Notificação de agravos de notificação compulsória às autoridades sanitárias seguindo legislação vigente	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 79% = <b>75 pontos</b>	de 80% a 89% = <b>90 pontos</b>	90% ou acima = <b>100 pontos</b>	100

Realização de vacinas em todos RN (BCG e Hepatite), conforme calendário vacinal instituído pelo Ministério da Saúde.	abaixo de 30% = <b>0 pontos</b>	de 30% a 49% = <b>45 pontos</b>	de 50% a 79% = <b>75 pontos</b>	de 80% a 89% = <b>90 pontos</b>	90% ou acima = <b>100 pontos</b>	100
<b>TOTAL</b>					<b>1.200</b>	<b>1.200</b>

**Observação I:**

Os Indicadores que não tiverem monitoramento mensal serão automaticamente pontuados, a cada mês, em conformidade com a pontuação atingida na sua última avaliação.

**Observação II:**

Os indicadores cujo prazo para atendimento ainda não tenha sido alcançado serão pontuados automaticamente na íntegra.

<b>Indicadores a serem monitorados</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>PONTOS</b>
Comissão de revisão de óbitos	Atas/Relatório	100
Comissão de revisão de prontuários	Atas/Relatório	100
CCIH	Atas/Relatório	100
Comissão de Ética Médica	Atas/Relatório	100
Sistema de Avaliação satisfação do usuário	Relatório	100
Atualização do CNES	Relatório	100
95% de altas apresentada na própria competência	Relatório SIHD	100
Educação Permanente (Ata da reunião, apresentação do tema)	Abaixo 85%	100
<b>TOTAL</b>		<b>800</b>

**VII – PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - PERÍODO DE SETEMBRO/2025 A FEVEREIRO/2026**

<b>TOTAL PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - POA (Fonte Federal+ Fonte Municipal + Contrapartida Santa Casa)</b>	<b>VALOR MENSAL</b>	<b>VR. PERÍODO PACTUADO</b>
	R\$ 730.629,05	R\$ 4.383.774,30

<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - FONTE V - RECURSO FEDERAL PERÍODO DE SETEMBRO/2025 À FEVEREIRO/2026</b>			
<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>		<b>MENSAL</b>	<b>PERÍODO PACTUADO</b>
<b>PRÉ FIXADO</b>	SIH - INTERNAÇÕES MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 153.096,90	R\$ 918.581,40
	SIA - AMBULATORIAL	R\$ 133.916,62	R\$ 803.499,72
	<b>TOTAL - PRÉ-FIXADO</b>	<b>R\$ 287.013,52</b>	<b>R\$ 1.722.081,12</b>
<b>INCENTIVOS</b>	INCENTIVO DE INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - INTEGRASUS	R\$ 4.945,64	R\$ 29.673,84
	INCENTIVO DE ADESÃO A CONTRATUALIZAÇÃO - IAC	R\$ 107.719,75	R\$ 646.318,50
	INCENTIVO DE UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS 03 LEITOS - Portaria GM nº 1721 de 03/11/2023	R\$ 26.385,12	R\$ 158.310,72
	<b>TOTAL - INCENTIVOS</b>	<b>R\$ 139.050,51</b>	<b>R\$ 834.303,06</b>
<b>TOTAL RECURSO FEDERAL</b>		<b>R\$ 426.064,03</b>	<b>R\$ 2.556.384,18</b>

<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - FONTE I - RECURSO MUNICIPAL PERÍODO DE SETEMBRO/2025 À FEVEREIRO/2026</b>			
<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>		<b>MENSAL</b>	<b>PERÍODO PACTUADO</b>
<b>PRÉ FIXADO</b>	SIH - INTERNAÇÕES MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 95.000,00	R\$ 570.000,00
	SIH - AVALIAÇÕES INTENSIVISTA, RETAGUARDA DE ESPECIALIDADES (COMPLEMENTO DE INTERNAÇÕES)	R\$ 87.952,50	R\$ 527.715,00
	SIH- PROCEDIMENTOS E EXAMES COMPLEMENTARES DE INTERNAÇÕES	R\$ 40.504,22	R\$ 243.025,32
	SIA - AMBULATORIAL (Pós cirúrgico Ortopedia)	R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00
	<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 228.456,72</b>	<b>R\$ 1.370.740,32</b>

<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA CONTRAPARTIDA DA SANTA CASA PERÍODO DE SETEMBRO/2025 À FEVEREIRO/2026</b>			
<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>		<b>MENSAL</b>	<b>PERÍODO PACTUADO</b>
<b>PRÉ FIXADO</b>	SIH - INTERNAÇÕES MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 76.108,30	R\$ 456.649,80

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - FONTE II - RECURSO ESTADUAL		
TABELA SUS PAULISTA		
PERÍODO DE SETEMBRO/2025 À FEVEREIRO/2026		
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	MENSAL	PERÍODO PACTUADO
Pagamento de Contrapartida às 95 AIHs remuneradas por Fonte I - Municipal no valor de R\$ 1.000,00, complementadas pela SANTA CASA em R\$ 801,14 cada	R\$ 76.108,30	R\$ 456.649,80
Folha de Pagamento não coberta no POA/ Pagamento de Energia Elétrica não coberta pelo PS/ Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares/ Aquisição de Gêneros Alimentícios e Dietas Enterais e Parenterais/ Aquisição de Descartáveis para Bandeja de Refeição/ Aquisição de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares/ Treinamentos e Capacitações/ Aquisição de Aparelho de Ar Condicionado/ Aquisição de Equipamentos Hospitalares e Materiais Cirúrgicos/ Equipamentos para Unidade de Cuidado Agudo do AVC/ Aquisição de Poltronas para acompanhantes de pacientes SUS/ Aquisição de Compresso/ Assinatura Digital para Equipe Assistencial.	R\$ 418.436,80	R\$ 2.510.620,80
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 494.545,10</b>	<b>R\$ 2.967.270,60</b>
<b>OBS.: Considerando que o valor da Tabela SUS Paulista é repassado conforme produção mensal (Resolução SS nº 198 de 29.12.2023 - Tabela SUS Paulista) apurada no SISTEMA SIH-Sistema de Informações Hospitalares e SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais-SUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, poderá haver alteração nos repasses mensais, que foi calculado com base no repasse dos 02 últimos meses.</b>		

TOTAL PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA POA + TABELA SUS PAULISTA	VALOR MENSAL	VALOR PERÍODO PACTUADO
	R\$ 1.225.174,15	R\$ 7.651.044,90

RESUMO DEMONSTRATIVO DOS SERVIÇOS - POA - PERÍODO DE SETEMBRO DE 2025 A FEVEREIRO DE 2026												
MODALIDADE DA ASSISTÊNCIA	PERÍODO PACTUADO	QUANTIDADE TOTAL	VALORES PACTUADOS						VALOR TOTAL			
			FONTE I - RECURSO MUNICIPAL			FONTE V - RECURSO FEDERAL			CONTRAPARTIDA SANTA CASA			
			Qtde. Mensal	Mensal	Período Pactuado (06 meses)	Qtde. Mensal	Vr. Mensal	Período Pactuado (06 meses)	Vr. Mensal	Período Pactuado (06 meses)	TOTAL ANUAL	
SIH/SUS	1.260	180	95	R\$ 95.000,00	R\$ 570.000,00	85	R\$ 153.096,90	R\$ 765.484,50	R\$ 76.108,30	R\$ 456.649,80	R\$ 324.205,20	R\$ 1.945.231,20
SIH/SUS	854	122	122	R\$ 87.952,50	R\$ 527.715,00	0	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 87.952,50	R\$ 527.715,00
SIH/SUS	9.121	1.303	1.303	R\$ 40.504,22	R\$ 243.025,32	0	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 40.504,22	R\$ 243.025,32
<b>Sub Total - HOSPITALAR</b>	<b>11.235</b>	<b>1.605</b>	<b>1520</b>	<b>R\$ 223.456,72</b>	<b>R\$ 1.340.740,32</b>	<b>85</b>	<b>R\$ 153.096,90</b>	<b>R\$ 765.484,50</b>	<b>R\$ 76.108,30</b>	<b>R\$ 456.649,80</b>	<b>R\$ 452.661,92</b>	<b>R\$ 2.715.971,52</b>
SIH/SUS	21	3	0	R\$ -	R\$ -	3	R\$ 750,00	R\$ 3.750,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 750,00	R\$ 4.500,00
SIH/SUS	38.493	5.499	0	R\$ -	R\$ -	5.499	R\$ 26.010,27	R\$ 130.051,35	R\$ -	R\$ -	R\$ 26.010,27	R\$ 156.061,62
SIH/SUS	12.880	1.840	0	R\$ -	R\$ -	1.840	R\$ 15.051,20	R\$ 75.256,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 15.051,20	R\$ 90.307,20
SIH/SUS	840	120	0	R\$ -	R\$ -	120	R\$ 3.570,00	R\$ 17.850,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.570,00	R\$ 21.420,00
SIH/SUS	3.010	430	0	R\$ -	R\$ -	430	R\$ 63.480,90	R\$ 317.404,50	R\$ -	R\$ -	R\$ 63.480,90	R\$ 380.885,40
SIH/SUS	1.750	250	0	R\$ -	R\$ -	250	R\$ 1.987,50	R\$ 9.687,50	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.987,50	R\$ 11.625,00
SIH/SUS	483	69	0	R\$ -	R\$ -	69	R\$ 534,75	R\$ 2.673,75	R\$ -	R\$ -	R\$ 534,75	R\$ 3.208,50
SIH/SUS	18.214	2.602	0	R\$ -	R\$ -	2.602	R\$ 9.107,00	R\$ 45.535,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.107,00	R\$ 54.642,00
SIH/SUS	350	50	0	R\$ -	R\$ -	50	R\$ 3.150,00	R\$ 15.750,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.150,00	R\$ 18.900,00
SIH/SUS	196	28	0	R\$ -	R\$ -	28	R\$ 10.325,00	R\$ 51.625,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.325,00	R\$ 61.950,00
SIH/SUS	700	100	100	R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00	0	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00
<b>Sub Total - AMBULATORIAL</b>	<b>76.937</b>	<b>10.991</b>	<b>100</b>	<b>R\$ 5.000,00</b>	<b>R\$ 30.000,00</b>	<b>10.891</b>	<b>R\$ 133.916,62</b>	<b>R\$ 669.589,10</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 138.916,62</b>	<b>R\$ 833.499,72</b>
INCENTIVOS				R\$ -	R\$ -		R\$ 4.945,64	R\$ 24.728,20	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.945,64	R\$ 29.673,84
INCENTIVOS			0	R\$ -	R\$ -	0	R\$ 107.719,75	R\$ 538.598,75	R\$ -	R\$ -	R\$ 107.719,75	R\$ 646.318,50
INCENTIVOS				R\$ -	R\$ -		R\$ 26.385,12	R\$ 131.925,60	R\$ -	R\$ -	R\$ 26.385,12	R\$ 158.310,72
<b>Sub Total - INCENTIVOS</b>	<b>88.172</b>	<b>12.596</b>	<b>1.620</b>	<b>R\$ 228.456,72</b>	<b>R\$ 1.370.740,32</b>	<b>10.976</b>	<b>R\$ 139.050,51</b>	<b>R\$ 695.252,55</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 139.050,51</b>	<b>R\$ 834.303,06</b>
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>194.107</b>	<b>24.516</b>	<b>3.240</b>	<b>R\$ 451.913,44</b>	<b>R\$ 2.711.480,64</b>	<b>21.867</b>	<b>R\$ 292.447,41</b>	<b>R\$ 1.460.741,65</b>	<b>R\$ 76.108,30</b>	<b>R\$ 456.649,80</b>	<b>R\$ 730.629,05</b>	<b>R\$ 4.383.774,30</b>

NOTA EXPLICATIVA: 1. O Serviço Ambulatorial (Exames e Procedimentos) no total de R\$ 133.916,62 (Fonte Federal), são para execução aos pacientes SUS do Pronto Socorro.

### **RECURSO FONTE V - PROVENIENTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

O Valor Fixo para a execução do período de 06 (Seis) meses importa em **R\$ 2.556.384,18** (Dois milhões, quinhentos e cinquenta e seis mil, trezentos e oitenta e quatro reais e dezoito centavos) em 06 (Seis) parcelas mensais de **R\$ 426.064,03** (quatrocentos e vinte e seis mil e sessenta e quatro reais e três centavos), custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE e repassados à **CONVENIADA** por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. Neste total está incluído o valor de R\$ 139.050,51 referente aos Incentivos de que tratam as Portarias nº 3.166 de 20 de dezembro de 2013 (IAC), 1593 de agosto de 2013 (INTERGRAS SUS) e Portaria GM nº 1721 de 03/11/2023 (UTI Adulto tipo II – Qualificação 3 leitos)

Sendo distribuído da seguinte forma:

- O valor mensal de **R\$ 287.013,52** (Duzentos e oitenta e sete mil e treze reais e cinquenta e dois centavos) que será destinado para pagamento de RECURSOS HUMANOS – folha de colaboradores das Áreas Assistenciais (UTI, CME, Clínica Médica, Maternidade, Pediatria, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Laboratório e Agência Transfusional), mais férias, rescisões e outras obrigações trabalhistas + Material de Limpeza e Lavanderia, e,

- O valor de **R\$ 139.050,51** (Cento e trinta e nove mil, e cinquenta reais e cinquenta e um centavos) que é referente aos Incentivos será destinado para o pagamento parte da parcela do empréstimo consignado - Nº Documento: 017185067 Banco Bradesco, no valor das parcelas de R\$ 175.356,00 (Cento e setenta e cinco mil, trezentos e cinquenta e seis reais).

### **RECURSO FONTE I - PROVENIENTES DO TESOIRO MUNICIPAL :**

O Valor estimado para a execução do convênio no período de 06 (Seis) meses importa em **R\$ 1.370.740,32** (Um milhão, trezentos e sessenta mil, setecentos e quarenta reais e trinta e dois centavos), em 06 (seis) parcelas mensais de **R\$ 228.456,72** (Duzentos e vinte e oito mil, quatrocentos e cinquenta e seis reais e setenta e dois centavos), conforme acima especificados, que serão custeados pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE e repassados à **CONVENIADA**.

Os recursos provenientes da **Fonte I** (Recursos Municipais) destinam-se a custear a seguinte despesa:

#### **RECURSOS HUMANOS**

- Parte do pagamento da folha de colaboradores das Áreas Assistenciais, férias, rescisões e outras obrigações trabalhistas (UTI, CME, Clínica Médica, Maternidade, Pediatria, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Laboratório e Agência Transfusional), e,

- Parte do Pagamento de funcionários dos Setores de Apoio. (Lavanderia, SND, Manutenção, Farmácia e Faturamento).

**Período de Vigência:**

**Início:** 01/09/2025

**Término:** 28/02/2026

**IX- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

Os valores deverão ser repassados em até 05 (cinco dias) do crédito ao Fundo Municipal de Saúde.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - PLANO OPERATIVO ANUAL - POA							
Data do Pagamento	Previsão de Início e Término 01/09/2025 à 28/02/2026				TOTAL	CONTRAPARTIDA SANTA CASA	
	Concedente - FONTE I		Concedente - FONTE V				TABELA SUS PAULISTA
	Valor do Repasse	Empréstimo Consignado	Valor do Repasse				
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30	
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30	
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30	
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30	
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30	
Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 228.456,72	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.149.065,85	R\$ 76.108,30	
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.370.740,32</b>	<b>R\$ 1.052.136,00</b>	<b>R\$ 1.504.248,18</b>	<b>R\$ 2.967.270,60</b>	<b>R\$ 6.894.395,10</b>	<b>R\$ 456.649,80</b>	
	<b>R\$3.927.124,50</b>				<b>R\$ 7.351.044,90</b>		
O valor referente ao montante do empréstimo consignado não é repassado ao Fundo Municipal de Saúde, mas sim, recolhido diretamente ao banco credor, portanto o valor a ser repassado do Fundo Municipal de Saúde referente a este Plano de Trabalho é de: Fonte 1 (R\$ 228.456,72) e Fonte 5 (R\$ 250.708,03) totalizando R\$ 479.164,75/Mês e no período pactuado (Setembro/2025 a Fevereiro/2026) <b>R\$ 2.874.988,50</b>							
E referente a Tabela SUS Paulista o repasse mensal é de R\$ 494.545,10 e o montante no período pactuado é de <b>R\$ 2.967.270,60</b>							
A Santa Casa assumirá uma contrapartida mensal no valor de R\$ 76.108,30, totalizando no período pactuado <b>R\$ 456.649,80</b>							

**X - PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A prestação de Contas dos recursos estabelecidos neste Plano de Trabalho será feita por meio de prestação de contas parcial e final, sendo que a mensal deverá ser apresentada até o décimo dia útil do mês subsequente à prestação de serviço e a final até noventa dias após a finalização da execução do convênio.

## **XI - DECLARAÇÃO**

Na qualidade de Provedora, eleita conforme Ata de Eleição e Posse datada de 10/06/2024 com Protocolo de Registro e Microfilme nº 6176 de 08/10/2024, DECLARO a existência de débitos junto ao Tesouro ou órgão da Administração Pública, informando que todos encontram-se em fase de parcelamento ou negociação, e ainda, que referidos débitos não impedem a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Pirassununga, 01 de Setembro de 2025.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
Dados: 2025.09.04 18:05:27 -03'00'

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

Sueli Santiago dos Santos  
Provedora



santa casa de misericórdia de pirassununga

ANEXO II

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO

AMBULATORIAL		FONTE V		
CÓDIGO	LABORATORIO CLINICO	VALOR UNIT	QTDE	TOTAL
020201007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020201012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020201018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,73	40	R\$ 189,20
020201020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020201021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020201026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 4,73	3	R\$ 14,19
020201027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 4,73	50	R\$ 236,50
020201028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 4,73	50	R\$ 236,50
020201029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 4,73	58	R\$ 274,34
020201031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,73	170	R\$ 804,10
020201032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 4,73	100	R\$ 473,00
020201033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,73	100	R\$ 473,00
020201036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020201038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 4,73	50	R\$ 236,50
020201039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020201042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 4,73	45	R\$ 212,85
020201043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020201046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 4,73	25	R\$ 118,25
020201047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 4,73	200	R\$ 946,00
020201050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBI NA GLICOSILADA	R\$ 4,73	110	R\$ 520,30
020201053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020201056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 4,73	15	R\$ 70,95
020201057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 4,73	15	R\$ 70,95
020201060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 4,73	284	R\$ 1.343,32
020201061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020201062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 4,73	20	R\$ 94,60
020201063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 4,73	263	R\$ 1.243,99
020201064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (T	R\$ 4,73	100	R\$ 473,00
020201065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 4,73	100	R\$ 473,00
020201067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,73	100	R\$ 473,00
020201069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 4,73	800	R\$ 3.784,00
020201070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020201072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,73	3	R\$ 14,19
020201073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2(EXCETO B	R\$ 4,73	110	R\$ 520,30
020201076-7	DOSAGEM DE 25 HIDRIXIVITAMINA D	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020202002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 4,73	150	R\$ 709,50
020202007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 4,73	120	R\$ 567,60
020202009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020202013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINAPARCIAL A	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020202014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020202015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020202035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020202036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRI	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020202038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,73	900	R\$ 4.257,00
020202044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 4,73	1	R\$ 4,73
020202048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020202049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020202050-9	PROVA DO LACO	R\$ 4,73	50	R\$ 236,50
020202054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 4,73	3	R\$ 14,19

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP  
Fone (019) 3565-8100

FAX (019) 3561-7096

CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

Página 24 de 29



santa casa de misericórdia de pirassununga

020203007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020203009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 4,73	15	R\$ 70,95
020203020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 4,73	15	R\$ 70,95
020203030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 4,73	40	R\$ 189,20
020203047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASL)	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020203058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020203059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI NUCLEO	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020203064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020203067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020203074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 4,73	19	R\$ 89,87
020203098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 4,73	20	R\$ 94,60
020203099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 4,73	1	R\$ 4,73
020203104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESC)	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020203111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 4,73	20	R\$ 94,60
020203112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020203117-9	VDRL P/ DETECCÃO SIFIS EM GESTANTE	R\$ 4,73	8	R\$ 37,84
020203120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 4,73	130	R\$ 614,90
020204009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020204012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020204014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 4,73	26	R\$ 122,98
020205001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIM	R\$ 4,73	380	R\$ 1.797,40
020205002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020205009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020205011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 4,73	3	R\$ 14,19
020206023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 4,73	15	R\$ 70,95
020206024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 4,73	20	R\$ 94,60
020206025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020206026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 4,73	9	R\$ 42,57
020206029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020206030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 4,73	9	R\$ 42,57
020206034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020206037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 4,73	20	R\$ 94,60
020206038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 4,73	30	R\$ 141,90
020206039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 4,73	10	R\$ 47,30
020206040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 4,73	9	R\$ 42,57
020208001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,73	22	R\$ 104,06
020208004-8	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBERCULOSE	R\$ 4,73	2	R\$ 9,46
020208008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 4,73	18	R\$ 85,14
020212002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 4,73	28	R\$ 132,44
020212003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 4,73	60	R\$ 283,80

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP  
Fone (019) 3565-8100

FAX (019) 3561-7096

CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

Página 25 de 29



santa casa de misericórdia de pirassununga

020200308-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE VITAMINA C REATIVA	R\$ 4,73	39	R\$ 184,47
020302004-9	IMUNOHISTOQUIMIUCA DE NEOPLASIA MALIGNA	R\$ 4,73	5	R\$ 23,65
020302008-1	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	R\$ 4,73	42	R\$ 198,66
021401005-8	TESTE RAPIDO P/ DETECÇÃO DE INFECÇÃO HIV	R\$ 4,73	7	R\$ 33,11
	<b>SUB-TOTAL .....</b>		<b>5499</b>	<b>R\$ 26.010,27</b>
	<b>DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA</b>	<b>VALOR UNIT</b>	<b>QTDE</b>	<b>TOTAL</b>
020401004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLI	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020401005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BI	R\$ 8,18	5	R\$ 40,90
020401006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,18	8	R\$ 65,44
020401007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA /	R\$ 8,18	2	R\$ 16,36
020401008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 8,18	40	R\$ 327,20
020401011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 8,18	5	R\$ 40,90
020401012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIR	R\$ 8,18	20	R\$ 163,60
020401014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN +LATERAL +	R\$ 8,18	50	R\$ 409,00
020401015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRET	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020402003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + T	R\$ 8,18	2	R\$ 16,36
020402004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + T	R\$ 8,18	80	R\$ 654,40
020402006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 8,18	90	R\$ 736,20
020402007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 8,18	5	R\$ 40,90
020402009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 8,18	30	R\$ 245,40
020402010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 8,18	7	R\$ 57,26
020402011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 8,18	10	R\$ 81,80
020402012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEIA	R\$ 8,18	6	R\$ 49,08
020403007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,18	20	R\$ 163,60
020403008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 8,18	2	R\$ 16,36
020403009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020403013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO +EXPIRACAO	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020403014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020403015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 8,18	120	R\$ 981,60
020403017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 8,18	370	R\$ 3.026,60
020404001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 8,18	30	R\$ 245,40
020404002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 8,18	3	R\$ 24,54
020404003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 8,18	39	R\$ 319,02
020404004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020404005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 8,18	25	R\$ 204,50
020404006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 8,18	10	R\$ 81,80
020404007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 8,18	39	R\$ 319,02
020404009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 8,18	90	R\$ 736,20
020404010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE I	R\$ 8,18	10	R\$ 81,80
020404011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 8,18	40	R\$ 327,20
020404012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 8,18	60	R\$ 490,80
020405001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 8,18	7	R\$ 57,26
020405011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZAD	R\$ 8,18	32	R\$ 261,76
020405012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE3 INCIDEN	R\$ 8,18	11	R\$ 89,98
020405013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 8,18	60	R\$ 490,80
020405014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 8,18	3	R\$ 24,54
020405017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020405018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 8,18	2	R\$ 16,36
020406002-8	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VE	R\$ 8,18	6	R\$ 49,08
020406003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 8,18	5	R\$ 40,90
020406006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 8,18	31	R\$ 253,58
020406007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020406008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 8,18	78	R\$ 638,04

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP  
Fone (019) 3565-8100

FAX (019) 3561-7096

CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

Página 26 de 29



santa casa de misericórdia de pirassununga

020406009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 8,18	74	R\$ 605,32
020406010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 8,18	19	R\$ 155,42
020406011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,18	14	R\$ 114,52
020406012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 8,18	110	R\$ 899,80
020406013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020406014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 8,18	1	R\$ 8,18
020406015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 8,18	98	R\$ 801,64
020406016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,18	60	R\$ 490,80
020406017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 8,18	2	R\$ 16,36
	<b>SUB-TOTAL.....</b>		<b>1840</b>	<b>R\$ 15.051,20</b>
	<b>DIAGNOSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA</b>	<b>VALOR UNIT</b>	<b>QTDE</b>	<b>TOTAL</b>
020501004-0	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER 3 VASOS	R\$ 29,75	21	R\$ 624,75
020502003-8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 29,75	18	R\$ 535,50
020502004-6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 29,75	22	R\$ 654,50
020502005-4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 29,75	20	R\$ 595,00
020502014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 29,75	20	R\$ 595,00
020502018-6	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 29,75	19	R\$ 565,25
	<b>SUB-TOTAL.....</b>		<b>120</b>	<b>R\$ 3.570,00</b>
	<b>DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA e RESSONANCIA</b>	<b>VALOR UNIT</b>	<b>QTDE</b>	<b>TOTAL</b>
020601001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/	R\$ 147,63	20	R\$ 2.952,60
020601002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 147,63	30	R\$ 4.428,90
020601003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/	R\$ 147,63	20	R\$ 2.952,60
020601004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FA	R\$ 147,63	15	R\$ 2.214,45
020601005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	R\$ 147,63	15	R\$ 2.214,45
020601006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 147,63	20	R\$ 2.952,60
020601007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 147,63	80	R\$ 11.810,40
020602001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE ME	R\$ 147,63	15	R\$ 2.214,45
020602002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOSAPENDICUL	R\$ 147,63	1	R\$ 147,63
020602003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 147,63	34	R\$ 5.019,42
020603001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN	R\$ 147,63	80	R\$ 11.810,40
020603002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE ME	R\$ 147,63	80	R\$ 11.810,40
020603003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 147,63	20	R\$ 2.952,60
	<b>SUB-TOTAL.....</b>		<b>430</b>	<b>R\$ 63.480,90</b>
	<b>RESSONANCIA MAGNÉTICAS</b>	<b>R\$ 368,75</b>	<b>28</b>	<b>R\$ 10.325,00</b>
	<b>PEQUENOS ATENDIMENTOS</b>	<b>VALOR UNIT</b>	<b>QTDE</b>	<b>TOTAL</b>
030110001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	R\$ 3,50	2602	R\$ 9.107,00
021102003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 7,75	250	R\$ 1.937,50
021102003-6	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	R\$ 7,75	69	R\$ 534,75
040101011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OUVIDO, FARINGE, LARINGE E NARIZ	R\$ 63,00	50	R\$ 3.150,00
	<b>SUB-TOTAL.....</b>		<b>2971</b>	<b>R\$ 14.729,25</b>
	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA</b>	<b>R\$ 250,00</b>	<b>3</b>	<b>R\$ 750,00</b>
			<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 133.916,62</b>

Pirassununga, 01 de Setembro de 2025

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
Dados: 2025.09.04 18:05:54 -03'00'

Sueli Santiago dos Santos  
Provedora

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Fone (019) 3565-8100 FAX (019) 3561-7096 Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

Página 27 de 29

**ANEXO III**

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO**

**CONTRATUALIZAÇÃO - 01/09/2025 a 28/02/2026 - FONTE I e FONTE V**

Código	Descrição	FONTE I			FONTE V		
		Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
0415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	-	-	-	40	R\$ 1.801,14	R\$ 72.045,60
0407020039	APENDICECTOMIA	-	-	-	10	R\$ 1.801,14	R\$ 18.011,40
0407030034	COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA (Cir.Geral)	3	R\$ 1.801,14	R\$ 5.403,42	10	R\$ 1.801,14	R\$ 18.011,40
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	10	R\$ 1.801,14	R\$ 18.011,40
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	-	-	-	10	R\$ 1.801,14	R\$ 18.011,40
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) (Cir.Geral)	3	R\$ 1.801,14	R\$ 5.403,42	3	R\$ 1.801,14	R\$ 5.403,42
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS O	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	5	R\$ 1.801,14	R\$ 9.005,70
0408050616	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28
0408050632	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28
0408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	-	-	-	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28
0408010150	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	3	R\$ 1.801,14	R\$ 5.403,42
0408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (Ortopedia)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	7	R\$ 1.801,14	R\$ 12.607,98
0408010134	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO ESCAPULO-UMERAL	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) (Gineco)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28
0409050083	POSTECTOMIA (Cir. Geral)	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	R\$ -	R\$ -
0408020377	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METACARPANOS	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	-	-	-	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408020466	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO (Ortopedia)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	4	R\$ 1.801,14	R\$ 7.204,56
0409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	0	R\$ 1.801,14	R\$ -
0407010190	GASTRORAFIA	-	-	-	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408060360	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (Ortopedia)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0404020500	OSTEOSSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA	-	-	-	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL (Cir. Geral)	3	R\$ 1.801,14	R\$ 5.403,42	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408050578	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0406020574	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0407020063	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020385	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UME	-	-	-	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEM	-	-	-	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA	-	-	-	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0409010170	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLA J	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0409060046	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAcao DO COLO DO UTERO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0407020101	COLOSTOMIA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020202	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020229	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020342	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020415	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408060310	RESSECCAO SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407030026	COLECISTECTOMIA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (Cir.Geral)	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020334	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020369	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DO CONDILIO / TROCLEA/A	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020458	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXACAO DE GALEAZZI / MONTEGGIA/ ESSE	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020520	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408020547	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408030402	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NI	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050195	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA /	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408050586	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CONDILOS DO FEMU	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0408050624	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DIS	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0409060216	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0409070157	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE (Gineco)	-	-	-	4	R\$ 1.801,14	R\$ 7.204,56
0410010014	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28	-	-	-
0414010329	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0303040238	TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C/ LESAO DA MEDULA ESPINHAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0404020429	TRATAMENTO CIRURGICO DO SOALHO DA ORBITA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-

0404020771	RESSECCAO DE LESAO DA BOCA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0406020124	EMBOLECTOMIA ARTERIAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0406020221	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0406020493	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVIC	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407010211	GASTROSTOMIA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407020047	APENDICECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407020098	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407020136	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407020403	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407030166	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0407040188	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408020393	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408020423	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBR	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408020431	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408030399	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NIVE	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408040190	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO COXOFEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050160	RECONSTRUCAOLIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050217	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050225	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBI	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050462	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050535	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEIO	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0408050543	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	0	R\$ 1.801,14	R\$ -	-	-	-
0408050594	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA AO NIVEL DO JOELHO	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE (Gineco)	-	R\$ -	R\$ -	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
0409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0409060011	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) (Gineco)	-	-	-	3	R\$ 1.801,14	R\$ 5.403,42
0409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	1	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	-	-	-
0409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL (Gineco)	-	-	-	2	R\$ 1.801,14	R\$ 3.602,28
<b>Valor Total -&gt;</b>		<b>126</b>		<b>R\$226.943,64</b>	<b>132</b>		<b>R\$237.750,48</b>
		<b>FONTE I</b>			<b>FONTE V</b>		
<b>ELETIVAS - Cirurgia Geral</b>		1			1		<b>Ortopedia - ELETIVAS</b>
		-			1		<b>Ginecologia - ELETIVAS</b>
<b>URGÊNCIAS</b>		20			22		<b>URGÊNCIAS</b>
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>			<b>24</b>		<b>TOTAL</b>

Pirassununga, 01 de Setembro de 2025

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
 Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
 Dados: 2025.09.04 18:06:25 -03'00'

Sueli Santiago dos Santos  
 Provedora