



Protocolo Administrativo nº 5075/2025  
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações  
Convênio nº 006/2025.

## 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. 04/12, 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 realização de cirurgias eletivas nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho digestivo, Bucomaxilo, Cirurgia Vascular, Ginecologia (exceto hysterectomias e histeroscopias, contempladas em outro convênio), Neurocirurgia, Ortopedia e Urologia. Otimizando a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como exploração do 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. **Os valores deverão ser repassados em até 05 (cinco dias) úteis após a publicação da assinatura do Termo de Convênio em Diário Oficial do Município.**

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. Promover o treinamento dos recursos humanos necessários à execução do objeto conveniado, sempre que necessário;

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

2.1.5. 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;

2.1.6. 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.

2.1.7. 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.

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

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

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

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

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

2.1.13 - Examinar e aprovar as prestações de contas (mensal 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.

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

3.1.15. 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;

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

3.1.17. Restituir à CONVENENTE 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 CONVENENTE, 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 CONVENENTE 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 é de **R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais)**. Desse montante, estão previstos os seguintes repasses: **Fonte I — R\$ 200.000,00 (duzentos mil)** e **Fonte V — R\$ 100.000,00 (cem mil reais)**, conforme as seguintes dotações orçamentárias:

1. Funcional Programática: 10.302.1003-2.845 Fonte: 01, FICHA 327, categoria econômica:  
**3.350.39, no valor de R\$ 200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS)**

2. Funcional Programática: 10.302.1003-2.844 Fonte: 05, FICHA 406, categoria econômica:  
**3.350.39, no valor de R\$ 100.000,00 (CEM MIL REAIS)**

4.2. Será repassado **em parcela única** a Entidade, mediante depósito no **Banco Caixa Econômica Federal (104) conforme disposto em fls. 219:**



A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRASSUNUNGA vem por meio deste, apresentar a Indicação de Conta Bancária para o repasse do Plano de Trabalho das Cirurgias Eletivas, contido no Protocolo nº 5075/2025.

Dados Bancários:

Banco: **104 – Caixa Econômica Federal**

Agência: **4281**

Operação: **1292**

Conta Corrente: **576234584-6**

CNPJ: **54.848.361/0001-11**

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 parágrafo anterior deverá ser feita acompanhada da prestação de contas parcial tratada no inciso I desta cláusula.

**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 a 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;
- 5.19 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;
- 5.20 Comprovante da devolução dos recursos não aplicados se houver;
- 5.21 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 de 360 (trezentos e sessenta) dias**, a contar da assinatura do Termo.

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 - DA PUBLICAÇÃO**

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



**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO**

12.1. 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 5075/2025**  
**Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações**  
**Convênio nº 006/2025.**

**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 realização de cirurgias eletivas nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho digestivo, Bucomaxilo, Cirurgia Vascular, Ginecologia (exceto histerectomias e histeroscopias, contempladas em outro convênio), Neurocirurgia, Ortopedia e Urologia. Otimizando a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como exploração do seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Valor:** R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).

**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 TCESP;
- 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 TCESP – CadTCESP”, 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** 5075/2025

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

**TERMO DE CONVÊNIO Nº** 006/2025

**OBJETO:** Constitui objeto deste convênio a execução pela Entidade realização de cirurgias eletivas nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho digestivo, Bucomaxilo, Cirurgia Vasculuar, Ginecologia (exceto hysterectomias e histeroscopias, contempladas em outro convênio), Neurocirurgia, Ortopedia e Urologia. Otimizando a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como exploração do seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

**Valor:** R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).

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 5075/2025 – FLS. 04 à 12**

**Protocolo Administrativo nº 5075/2025  
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações  
Convênio nº 006/2025.**

**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 realização de cirurgias eletivas nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho digestivo, Bucomaxilo, Cirurgia Vascular, Ginecologia (exceto hysterectomias e histeroscopias, contempladas em outro convênio), Neurocirurgia, Ortopedia e Urologia. Otimizando a atual utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital e a gestão de pessoas, bem como exploração do seu potencial, provendo serviços de crescente qualidade, em atendimento universalizado e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.**

**Valor: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).**

**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 DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

### **PLANO DE TRABALHO CIRURGIAS ELETIVAS – DIVERSAS ESPECIALIDADES R\$ 300.000,00**

**PROTOCOLO Nº ...../2025**

**- ANO 2025 -**



santa casa de misericórdia de pirassununga

**PLANO DE TRABALHO**  
**CIRURGIAS ELETIVAS – DIVERSAS ESPECIALIDADES**  
**R\$ 300.000,00**

**Vigência: Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias após o início.**

**I – Identificação do Proponente**

<b>CNPJ</b> 54.848.361/0001-11	<b>Denominação conforme contido no Cartão do CNPJ</b> IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISER. DE PIRASSUNUNGA	<b>Exercício</b> 2025	
<b>Endereço</b> AVENIDA NEWTON PRADO, 1.883 – CENTRO – CEP. 13.631-040			
<b>Município</b> PIRASSUNUNGA	<b>Caixa Postal</b> -	<b>CEP</b> 13.631-040	<b>UF</b> SP
<b>DDD</b> 19	<b>Fone</b> 3565-8100	<b>FAX</b> 3561-7096	<b>E-mail</b> <a href="mailto:adm@santacasapirassununga.com.br">adm@santacasapirassununga.com.br</a>
<b>Nº do Registro no Cnes</b> 2785382		<b>Cnas – Registro/Data</b> 5.565/38 / 15/09/1938	

**Conta Corrente**

<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Praça de Pagamento</b>

**II – Identificação do Responsável Legal do Proponente**

<b>Nome Completo</b> Sueli Santiago dos Santos			<b>CPF</b> 963.863.128-72	
<b>Cargo ou Função</b> Provedora	<b>Data da Nomeação</b> 10/06/2024	<b>Nº do RG</b> 9.687.654-2	<b>Órgão Expedidor</b> SSP/SP	<b>Data</b> 08/04/2022
<b>Endereço Residencial Completo</b> Rua Sete de Setembro, nº 1181 – Vila Steola				
<b>Município</b> Pirassununga			<b>CEP</b> 13634-047	<b>UF</b> SP
<b>Fone</b> 19 – 3565-8100 – Ramal 8101		<b>E-mail</b> <a href="mailto:diretoria@santacasapirassununga.com.br">diretoria@santacasapirassununga.com.br</a>		

<b>Nome Completo</b> Marcelo Martinelli Miguel			<b>CPF</b> 330.276.298-40	
<b>Cargo ou Função</b> Diretor Técnico	<b>Nº do RG</b> 34.999.377-4	<b>Órgão Expedidor</b> SSP/SP	<b>Data</b> 18/07/1996	
<b>Fone</b> 19 – 3565.8100 – Ramal 8101		<b>E-mail</b> <a href="mailto:marcelomartinelli@msn.com">marcelomartinelli@msn.com</a>		

### III – Identificação do Objeto

Título do Projeto	Período de Execução	
	Início	Término
Realização de Cirurgias Eletivas – Diversas Especialidades – para o Município de Pirassununga	Data de Assinatura do Termo de Fomento	360 dias após assinatura do Termo
<b>Objeto</b> Realização de cirurgias eletivas nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Buco Maxilo, Cirurgia Vascular, Ginecologia (Exceto Histerectomias e Histeroscopias, contempladas em outro convênio), Neurocirurgia, Ortopedia, Urologia.		
<b>Objetivo</b> Realizar as cirurgias eletivas, de acordo com as diretrizes e demanda da Secretaria Municipal de Saúde.		
<b>Justificativa da Proposição</b> O presente Plano de Trabalho refere - se à parceria a ser firmada entre o Município de Pirassununga, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e a Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, tendo por finalidade a cooperação mútua entre as partes visando diminuir o tempo de espera por cirurgias eletivas de pacientes do Sistema Único de Saúde-SUS. Sendo o único hospital da cidade, a Santa Casa tem capacidade instalada que permite a realização dos serviços, objeto deste Plano de Trabalho, com economicidade e eficiência na resolutividade dos casos, ampliando assim a realização desses procedimentos, que vêm sendo impactados desde a pandemia, e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Esta iniciativa alinha-se a outras ações e políticas de saúde, como o Programa Mais Acesso a Especialistas, que buscam ampliar o acesso e a qualidade da atenção especializada.		
<b>População Beneficiada: 73.545 habitantes</b> Compreendendo usuários do Sistema Único de Saúde – SUS que aguardam por cirurgias eletivas.		

### IV – Metas Quantitativas / Qualitativas

Metas Quantitativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar tantas <b>cirurgias</b> quantas forem solicitadas e autorizadas pela SMS - Secretaria Municipal de Saúde, nas especialidades discriminadas no Objeto deste Plano de Trabalho até o limite de <b>R\$ 300.000,00</b> (Quinhentos mil reais), dentro do prazo de vigência do Termo de Fomento, que é de 365 dias após assinatura do Termo.</li> <li>Realizar o total de <b>consultas Pré Cirúrgicas</b>, que forem necessárias para a realização das cirurgias a serem realizadas dentro do limite financeiro do Recurso deste Plano de Trabalho;</li> <li>Realizar o total de <b>consultas de avaliação Pré Anestésicas</b>, que forem necessárias para a realização das cirurgias a serem realizadas dentro do limite financeiro do Recurso deste Plano de Trabalho;</li> <li>Realizar o total de <b>consultas Pós Cirúrgicas</b>, que forem necessárias às cirurgias que forem realizadas dentro do limite financeiro do Recurso deste Plano de Trabalho;</li> <li>Realizar o total de <b>exames Pré-Cirúrgicos</b>, necessários à realização das cirurgias que forem realizadas dentro do limite financeiro do Recurso deste Plano de Trabalho;</li> </ul>

#### Metas Qualitativas

- Educação Continuada e Permanente;  
**Fonte de Informação:** Ata das reuniões dos Temas desenvolvidos.
- Disponibilizar equipe técnica especializada para a realização de cada cirurgia eletiva;  
**Fonte de Informação:** Relatório de Repasse Médico, constante em Prestação de Contas.
- Garantir a assistência em casos de infecções de pacientes submetidos às cirurgias, buscando índices nulos de infecção hospitalar. (C.C.I.H)  
**Fonte de Informação:** Relatório da CCIH do mês do procedimento.

#### V – Plano de Aplicação dos Recursos Financeiros: CUSTEIO

Concedente	R\$ 300.000,00
Proponente	R\$ 0,00
<b>Total Geral:</b>	<b>R\$ 300.000,00</b>

<b>Destinação</b>	<b>%</b>
Realização de cirurgias nas especialidades: Cirurgia Geral, Cir. do Aparelho Digestivo, Buco-Maxilo, Cirurgia Vascular, Ginecologia (Exceto Histerectomias e Histeroscopias, contempladas em outro convênio), Neurocirurgia, Ortopedia e Urologia.	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

#### Dos Procedimentos e Valores

A contratante estabelecerá o quantitativo de procedimentos de acordo com sua necessidade, respeitando o valor concedido, conforme item V.

Fica acordado que as cirurgias serão realizadas conforme autorização e acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde.

O valor de cada procedimento cirúrgico eletivo será pago conforme tabela em Anexo, que está baseada nos custos hospitalares, incluindo as consultas pré-cirúrgicas, pré-anestésicas, pós cirúrgicas e os exames pré operatórios.

**OS VALORES DA TABELA NÃO INCLUEM OPME (ORTESE PROTESE E MATERIAIS ESPECIAIS). DESSA FORMA, QUANDO UTILIZADOS SERÃO INCLUIDOS AO VALOR DO PROCEDIMENTO, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA NOTA FISCAL MAIS 15% (QUINZE POR CENTO) DE CUSTO DE OPERACIONALIZAÇÃO.**

**OS VALORES DA TABELA INCLUEM AS CIRURGIAS, AS CONSULTAS PRÉ-CIRÚRGICAS, PRÉ-ANESTÉSICAS, PÓS-CIRÚRGICAS E OS EXAMES PRÉ-CIRÚRGICOS CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA.**

**OBS.1:** Em caso de necessidade de reabordagem cirúrgica, será feita a cobrança do valor de 100% do valor inicial da cirurgia.

**OBS.2:** Caso exista interesse na realização de outros procedimentos cirúrgicos além dos listados no **Anexo**, dentro das especialidades definidas, após avaliação médica, a Santa Casa encaminhará o valor, ficando a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga a aprovação ou não da realização da mesma.

**VI - Cronograma de Execução (Etapa ou Fase)**

<b>Ordem</b>	<b>Etapa</b>	<b>Duração</b>	<b>Descrição</b>
1.	Recebimento do recurso	Em até 30 dias da assinatura do Termo de Fomento	Recebimento do recurso para a realização dos procedimentos acordados.
2.	Agendamento	Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias após	Agendamento das Cirurgias de acordo com as Guias previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
3.	Realização das Avaliações pré-cirúrgicas	Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias após	Providenciar a realização das avaliações pré-cirúrgicas previamente agendadas.
4.	Realização dos Exames pré-cirúrgicos	Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias após	Providenciar a realização dos exames pré-cirúrgicos previamente agendados.
5.	Realização dos procedimentos cirúrgicos	Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias após	Providenciar a realização dos procedimentos cirúrgicos previamente agendados.
6.	Realização das Avaliações pós-cirúrgicas	Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias após	Providenciar a realização das avaliações pós-cirúrgicas previamente agendadas.
7.	Apresentação de Relatórios de procedimentos realizados	Da data de assinatura do Termo de Fomento até 360 dias	Relatório de procedimentos realizados será apresentado à auditoria da Secretaria de Saúde mensalmente até o dia 10 do mês subsequente à realização dos procedimentos.
8.	Prestação de Contas	30 Dias após o período de vigência	Prestar Contas das Cirurgias Realizadas.

**VII – Período de Vigência****INÍCIO:** Na data de assinatura do Termo de Fomento**TÉRMINO:** 360 dias após assinatura do Termo de Fomento

**VIII – Cronograma de Desembolso**

O repasse deverá ser realizado em até 05 dias da data de assinatura do Termo de Fomento.

Nº da Parcela	Proponente	%	Concedente	%	Total do Desembolso
Única	R\$ 0,00	0%	R\$ 300.000,00	100,00%	R\$ 300.000,00

**IX – Da Prestação de Contas**

A Prestação de Contas mensal será realizada até o dia 10 do Mês subsequente ao faturamento dos procedimentos realizados, conforme emissão de Nota Fiscal, e a Prestação de Contas Final em até 30 dias do término da vigência do Termo de Fomento.

**X - Declaração**

Na qualidade de Provedora, 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, 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-SP, 04 de Setembro de 2025.


SUELI SANTIAGO DOS SANTOS  
Assinado de forma digital por  
SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
Dados: 2025.09.05 11:29:05 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA  
Sueli Santiago dos Santos  
Provedora



santa casa de misericórdia de pirassununga

- ANEXO -

 CIRURGIAS ELETIVAS-TERMO DE FOMENTO Nº ...../2025 - R\$ 300.000,00		
CÓD. PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	TOTAL
0408060042	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 1.352,12
0408060050	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 855,16
0408050039	ARTRODESE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES MEMBRO INFERIOR	R\$ 1.484,48
0408010045	ARTROPLASTIA DE OMBRO	R\$ 2.453,40
0408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 7.060,44
0408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 11.940,73
0408050063	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO	R\$ 8.342,47
0409010065	CISTOLITOTOMIA	R\$ 2.198,88
-	CISTOLITOTRIPSIA	R\$ 6.000,00
0409010090	CISTOSTOMIA	R\$ 2.417,16
0407030034	COLECISTECTOMIA POR VÍDEO	R\$ 3.969,80
0409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR + POSTERIOR	R\$ 1.889,72
0409070084	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 1.490,16
0409060038	CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 1.774,64
0403010012	CRANIOPLASTIA	R\$ 5.288,48
0403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	R\$ 3.231,00
0409060046	CURETAGEM SEMIÓTICA	R\$ 669,68
0403010098	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EST. SUB GALEAL	R\$ 4.342,56
0403010101	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO/ÁTRIO/PLEURA/RAQUE	R\$ 6.002,88
0408030399	DISCECTOMIA CERVICAL/LOMBAR/LOMBO SACRA - 1 NÍVEL	R\$ 3.058,84
0408030402	DISCECTOMIA CERVICAL/LOMBAR/LOMBO SACRA - 2 NÍVEIS	R\$ 4.021,92
0401020088	EXERESE CISTO PILONIDAL	R\$ 574,88
0409070157	EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 898,72
0401020100	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E TECIDO CEL. SUB.	R\$ 632,44
0408050080	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 1.350,96
0407020276	FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 1.455,60
0407010211	GASTROSTOMIA	R\$ 2.751,04
0407010220	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2.082,24
0407020284	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.263,76
0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 3.206,93
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 2.159,68
0407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R\$ 2.440,24
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL UNILATERAL	R\$ 2.551,88
0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.739,96
0409010170	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DUPLO J	R\$ 874,72
0409060186	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.953,92
0407040188	LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS	R\$ 3.316,24
0409020052	LIGADURA/SECÇÃO DE VASOS ABERRANTES	R\$ 1.621,12
0409010189	LITOTRIPSIA	R\$ 2.216,00
0408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	R\$ 488,04
0409020079	MEATOTOMIA SIMPLES	R\$ 1.226,32
0409060194	MIOMECTOMIA	R\$ 2.115,76
0409060208	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.749,84
0403020077	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	R\$ 1.528,72

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 7 de 9



santa casa de misericórdia de pirassununga

0409060216	OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R\$ 2.039,44
0409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL.	R\$ 1.440,28
0404020500	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA	R\$ 2.356,52
0404020526	OSTEOSSÍNTESE FRATURA COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO MAXILAR	R\$ 1.963,52
0404020518	OSTEOSSÍNTESE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	R\$ 2.509,32
0408060182	OSTEOTOMIA DOS OSSOS DA MÃO E/OU PÉ	R\$ 1.309,00
0409050083	POSTECTOMIA	R\$ 876,48
0409030023	PROSTATECTOMIA	R\$ 4.006,84
0408020121	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DEDOS DA MÃO	R\$ 822,12
0408050144	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 1.728,56
0408050144	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR JOELHO	R\$ 2.315,56
0404020585	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 1.458,20
0404020771	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$ 1.365,20
0409010367	RESSECÇÃO DO COLO VESICAL/TU VESICAL A CÉU ABERTO	R\$ 2.036,64
0409010383	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL (RTU BEXIGA)	R\$ 2.066,44
0409030040	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 3.406,32
0408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TU ÓSSEO/PARTES MOLES	R\$ 1.472,12
0409010065	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 2.198,88
0408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRAOSSEO	R\$ 606,68
0408060360	RETIRADA DE FIXADOR	R\$ 606,68
0408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 900,64
0409060232	SALPINGECTOMIA UNI/BILATERAL	R\$ 1.862,36
0408060131	SINOVECTOMIA	R\$ 568,24
0408060441	TENOLISE	R\$ 917,60
0408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO	R\$ 2.720,80
0408020407	TRAT. CIRUR. FRATURA EXTREMIDADE /METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 1.015,20
0408020369	TRAT. CIRUR. FRATURA/LESÃO FISARIA DO CONDILO/TRÓCLEA/CORNÓIDE ULNA/CABEÇA RADIO	R\$ 1.474,56
0408050861	TRAT. CIRUR. PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA OSSEA DIAFISE TIBIAL	R\$ 3.077,64
0408020571	TRAT. CIRUR. PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA OSSEA DO UMEMO	R\$ 1.509,24
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 1.015,20
0414010329	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	R\$ 1.444,44
0409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	R\$ 1.490,16
0404020666	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 1.963,52
0409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 1.027,88
0408020571	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DO ÚMERO	R\$ 1.509,24
0409040231	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.030,24
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA BI/TRIMALEOLAR TORNOZELO	R\$ 1.728,56
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	R\$ 3.385,44
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR	R\$ 3.891,88
0408020393	TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	R\$ 1.459,80
0403010268	TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE CRÂNIO COM AFUNDAMENTO	R\$ 4.766,00
0408050543	TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$ 1.863,84
0408050586	TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA INTERCONDILENA DO FÊMUR	R\$ 1.588,60
0409010499	TRATAMENTO CIRURGICO INCONTINÊNCIA URINÁRIA (ABDOMINAL)	R\$ 1.544,80
0409010270	TRATAMENTO CIRURGICO INCONTINÊNCIA URINÁRIA (VAGINAL)	R\$ 1.491,56
0408050870	TRATAMENTO CIRURGICO PSEUDOARTROSE TÍBIA	R\$ 2.394,44
0414020413	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES ESPECIAIS	R\$ 1.313,36
0409010561	URETEROLITOTOMIA	R\$ 4.388,28
-	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL A LASER BILATERAL	R\$ 14.318,00
-	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL A LASER UNILATERAL	R\$ 11.650,00
-	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA UNILATERAL	R\$ 7.650,00

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 8 de 9



santa casa de misericórdia de pirassununga

0409020133	URETROPLASTIA AUTÓGENA	R\$ 1.878,20
0409020150	URETRORRAFIA	R\$ 1.491,84
0409020176	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 4.388,28
0406020566	VARIZES BILATERAL	R\$ 3.189,92
0406020574	VARIZES UNILATERAL	R\$ 2.768,76
0409040240	VASECTOMIA	R\$ 1.755,48

**OBS.: OS VALORES DA TABELA NÃO INCLUEM OPME (ORTESE PROTESE E MATERIAIS ESPECIAIS). DESSA FORMA, QUANDO UTILIZADOS SERÃO INCLUIDOS AO VALOR DO PROCEDIMENTO, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA NOTA FISCAL MAIS 15% (QUINZE POR CENTO) DE CUSTO DE OPERACIONALIZAÇÃO.**

**OS VALORES DA TABELA INCLUEM AS CIRURGIAS, AS CONSULTAS PRÉ-CIRÚRGICAS, PRÉ-ANESTÉSICAS, PÓS-CIRÚRGICAS E OS EXAMES PRÉ-CIRÚRGICOS, CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA.**

Pirassununga-SP, 04 de Setembro de 2025.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
Assinado de forma digital por  
SUELI SANTIAGO DOS  
SANTOS:96386312872  
Dados: 2025.09.05 11:29:50 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

Sueli Santiago dos Santos

Provedora