



Protocolo Administrativo nº 241/2026
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações
Termo de Convênio nº 004/2026

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, CEP 13.631-120, 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. 83/108**, demais legislações correlatas e mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente convênio a execução, pela Entidade, do **POA – Plano Operativo Anual + Tabela SUS Paulista 2026**, visando à otimização da utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital, ao adequado gerenciamento de pessoas e à exploração de seu potencial assistencial, com o propósito de prover serviços de qualidade crescente, assegurando atendimento universal e observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – 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 do crédito ao Fundo Municipal de Saúde.

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 Data-Sus, 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 anualizados 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.

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

3.1.8. 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.

3.1.9. 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.

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

3.1.11. Cumprir integralmente o Plano de Trabalho aprovado pela CONVENENTE.

3.1.12. 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.

Fonte 1: Banco 104 – Agência 4281 – Conta Nº 000571104177-7

Fonte 2: Banco 104 – Agência 4281 – Conta Nº 000571090161-6

Fonte 5: Banco 104 – Agência 4281 – Conta Nº 000571090915-3

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

3.1.14. 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.

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

3.1.16. 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 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 nas fls. 83/108 do Plano de Trabalho, totalizando **R\$ 13.110.002,50 (treze milhões, cento e dez mil, dois reais e cinquenta centavos)**. Desse montante, estão previstos os seguintes repasses: **Fonte I — R\$ 3.768.911,20 (três milhões, setecentos e sessenta e oito mil, novecentos e onze reais e vinte centavos)**; **Fonte V — R\$ 4.395.640,30, (quatro milhões, trezentos e noventa e cinco mil, seiscentos e quarenta reais e trinta centavos)**, incluindo o valor referente ao empréstimo consignado; e **Fonte II — R\$ 4.945.451,00 (quatro milhões, novecentos e quarenta e cinco mil, quatrocentos e cinquenta e um reais)**, conforme o cronograma de desembolso estabelecido no Plano de Trabalho. A despesa será realizada conforme as seguintes dotações orçamentárias:

FONTE 1: FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.302.2018-2.203, FICHA 333, ELEMENTO DE DESPESA 3.3.50.39, FONTE 01, CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 310.0000

FONTE 2: FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.302.2018-2.203, FICHA 409, ELEMENTO DE DESPESA 3.3.50.39, FONTE 02, CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300.0249

FONTE 5: FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.302.2018-2.203, FICHA 410, ELEMENTO DE DESPESA 3.3.50.39, FONTE 05, CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300.0047

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. 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 (104), Agência 4281, Conta-Corrente 000571104177-7** quando fonte I, **Banco Caixa Econômica Federal (104), Agência 4281, Conta-Corrente 000571090161-6** quando fonte II e **Banco Caixa Econômica Federal (104), Agência 4281, Conta-Corrente 000571090915-3** quando fonte V, conforme disposto no Plano de Trabalho.

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.

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

5.1. 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 Instrução 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 concedor 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 contado retroativamente a partir de 01/03/2026 até 31/12/2026.

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 — 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 CONVENENTE.

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 2026

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA FERNANDO LUBRECHET Prefeito Municipal CPF: 190.434.078-44	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA CNPJ: 54.848.361/0001-11 SUELI SANTIAGO DOS SANTOS CPF: 963.863.128-72



SOLANGE APARECIDA MARTINS
SECRETARIA INTERVENIENTE
Secretária Municipal De Saúde
CPF 031.781.808-26

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 241/2026
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações
Termo de Convênio nº 004/2026.

ÓRGÃO PÚBLICO: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP
ENTIDADE: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

OBJETO: Constitui objeto do presente convênio a execução, pela Entidade, do **POA – Plano Operativo Anual + Tabela SUS Paulista 2026**, visando à otimização da utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital, ao adequado gerenciamento de pessoas e à exploração de seu potencial assistencial, com o propósito de prover serviços de qualidade crescente, assegurando atendimento universal e observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

VALOR: R\$ 13.110.002,50 (treze milhões, cento e dez mil, dois reais e cinquenta centavos).

Exercício 2026.

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. Valter Ciampi Neto – OAB/SP 358.584.

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 2026.

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

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 E SUB-ROGAÇÃO DA GESTÃO DO CONVÊNIO:

Nome: **SOLANGE APARECIDA MARTINS**

Cargo: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CPF: 031.781.808-26

ASSINATURA: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS:

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

Nome: **VALTER CIAMPI NETO**

Cargo: Procurador-Geral

OAB/SP 358.584

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 241/2026

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

TERMO DE CONVÊNIO Nº 004/2026

OBJETO: Constitui objeto do presente convênio a execução, pela Entidade, do **POA – Plano Operativo Anual + Tabela SUS Paulista 2026**, visando à otimização da utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital, ao adequado gerenciamento de pessoas e à exploração de seu potencial assistencial, com o propósito de prover serviços de qualidade crescente, assegurando atendimento universal e observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Valor: R\$ 13.110.002,50 (treze milhões, cento e dez mil, dois reais e cinquenta 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.

Em se tratando de obras/serviços de engenharia:

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, 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:

- a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
- b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
- c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
- d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
- e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

Pirassununga, ____ de _____ de 2026.

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 **09/01/2026** às **08:29:53** 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:

6529CE4A5AFA847A07E23DFA2C501C629B1DEE5DE635AE8419CE4A3620

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

99ce76e5-2408-4531-9932-e76de5d37e5f

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 **02/03/2026** às **08:18:50** 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

fbff14a7-8204-429c-8876-ea7c70f8317f

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, **VALTER CIAMPI NETO**, CPF **283.237.208-27**, atesto que na data de **09/01/2026** às **10:36:42** 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 **VALTERCIAMPI@HOTMAIL.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:

3E54841BA934B528FD5D08C0DA1298F6AC5332F1C9E8D9DC3362E65CAB

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

08554c65-2a16-4fee-8f8c-126d73b2b91e

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 241/2026 – FLS. 83/108**

**Protocolo Administrativo nº 241/2026
Fundamentação Legal: 13.019/2014 e suas alterações
Termo de Convênio nº 004/2026**

**ÓRGÃO PÚBLICO: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP
ENTIDADE: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
PIRASSUNUNGA**

OBJETO: Constitui objeto do presente convênio a execução, pela Entidade, do **POA – Plano Operativo Anual + Tabela SUS Paulista 2026**, visando à otimização da utilização dos recursos materiais e financeiros do hospital, ao adequado gerenciamento de pessoas e à exploração de seu potencial assistencial, com o propósito de prover serviços de qualidade crescente, assegurando atendimento universal e observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Valor: R\$ 13.110.002,50 (treze milhões, cento e dez mil, dois reais e cinquenta centavos).

Exercício: 2026.

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. Valter Ciampi Neto – OAB/SP 358.584.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**PLANO OPERATIVO ANUAL_POA + TABELA SUS PAULISTA****VIGÊNCIA 01/03/2026 À 31/12/2026****Período de Vigência:** 10 (Dez) meses**Prazo:** 01 de Março de 2026 a 31 de Dezembro de 2026.**Protocolo Nº**/2026**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**

DADOS BANCÁRIOS				
FONTE I -	Banco	Agência	Conta Corrente	Praça de Pagamento
	104	4281		PIRACICABA
FONTE V -	Banco	Agência	Conta Corrente	Praça de Pagamento
	104	4281		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

EQUIPAMENTOS	QTDE.
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

Tipo de Serviços	Procedência
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
Total	60	37	97

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

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 12.009,470m², 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 Março a Dezembro/2026 FONTE V
Endoscopia Digestiva	3	R\$ 250,00	R\$ 750,00	R\$ 7.500,00
Laboratório	5499	R\$ 4,73	R\$ 26.010,27	R\$ 260.102,70
Radiologia	1840	R\$ 8,18	R\$ 15.051,20	R\$ 150.512,00
Ultrassonografia	120	R\$ 29,75	R\$ 3.570,00	R\$ 35.700,00
Tomografia Computadorizada	430	R\$ 147,63	R\$ 63.480,90	R\$ 634.809,00
Eletrocardiograma	250	R\$ 7,75	R\$ 1.937,50	R\$ 19.375,00
Tocardiografia	69	R\$ 7,75	R\$ 534,75	R\$ 5.347,50
Adm. de Medicamentos	2602	R\$ 3,50	R\$ 9.107,00	R\$ 91.070,00
Retirada de Corpo Estranho	50	R\$ 63,00	R\$ 3.150,00	R\$ 31.500,00
Serviço de Alta Complexidade: Ressonância Magnética	28	R\$ 368,75	R\$ 10.325,00	R\$ 103.250,00
Valor Total			R\$ 133.916,62	R\$ 1.339.166,20

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

RETORNO DE CIRURGIAS URGÊNCIA/EMERGÊNCIA/ELETIVA			
Consultas - Valor R\$ 50,00 - Por Produção			
Especialidade	Número de Consultas/Mês	Valor Médio Mensal FONTE I	Valor Total Período de Março à Dezembro/2026
Ortopedia	100	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00
Total	100	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00

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 - 2026									
INTERNAÇÃO	CARACTERÍSTICA	FONTE I		FONTE V		VALOR TOTAL/MÊS		VALOR TOTAL PERÍODO DE MARÇO à DEZEMBRO/2026	
		Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor
CIRÚRGICA	URGÊNCIA	30	R\$ 54.034,20	22	R\$ 39.625,08	52	R\$ 93.659,28	520	R\$ 936.592,80
	ELETIVA	2	R\$ 3.602,28	2	R\$ 3.602,28	4	R\$ 7.204,56	40	R\$ 72.045,60
CLÍNICO	ADULTO	65	R\$ 117.074,10	40	R\$ 72.045,60	105	R\$ 189.119,70	1050	R\$ 1.891.197,00
	PEDIÁTRICO	10	R\$ 18.011,40	6	R\$ 10.806,84	16	R\$ 28.818,24	160	R\$ 288.182,40
OBSTÉTRICA	PARTO NORMAL	14	R\$ 25.215,96	9	R\$ 16.210,26	23	R\$ 41.426,22	230	R\$ 414.262,20
	CESAREANA	14	R\$ 25.215,96	6	R\$ 10.806,84	20	R\$ 36.022,80	200	R\$ 360.228,00
TOTAL		135	R\$ 243.153,90	85	R\$ 153.096,90	220	R\$ 396.250,80	2200	R\$ 3.962.508,00

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

Quadro III-1

2026 - Período de Março a Dezembro				
Quantidade Mensal de AIH (SIH)	Vr. Mensal FONTE I	Vr. Mensal FONTE V	Total Mensal FONTE I + FONTE V	Valor Total Período Março a Dezembro/2026
Nº de AIH, podendo ser até	135	85	220	2200
Valor Médio da AIH	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14	R\$ 1.801,14
Valor Total (Nº de AIH x Valor Médio de AIH)	R\$ 243.153,90	R\$ 153.096,90	R\$ 396.250,80	R\$ 3.962.508,00

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 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
Total	1	2

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 01/03 à 31/12/26 FONTE I
Intensivistas 24 horas (60%)	30,6	R\$1.980,00	R\$ 60.588,00	R\$ 605.880,00
Coordenação (60%)	1	-	R\$ 2.400,00	R\$ 24.000,00
Total		-	R\$ 62.988,00	R\$ 629.880,00

Quadro V

RETAGUARDA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA (INTERNAÇÃO)						
Descrição do Serviço		Participação do Município	Valor Unitário por Dia	Valor Médio Mensal* FONTE I	Valor Médio Mensal* FONTE V	VALOR TOTAL 01/03 à 31/12/26 FONTE I
Serviços Médicos Profissionais - Nefrologista	01 médico plantonista retaguarda 24hs.	100%	R\$ 275,00	R\$ 8.415,00	R\$ 0,00	R\$ 84.150,00
Serviços Médicos Profissionais - Cirurgião Vascular	01 médico plantonista retaguarda 24hs.	100%	R\$ 275,00	R\$ 8.415,00	R\$ 0,00	R\$ 84.150,00
Serviços Médicos Profissionais - Neurologista Clínico	01 médico plantonista retaguarda 24hs.	100%	R\$ 275,00	R\$ 8.415,00	R\$ 0,00	R\$ 84.150,00
Serviços Médicos Profissionais - Psiquiatra (Período de Abril à Dezembro/2026)	01 médico plantonista retaguarda 24hs.	100%	-	R\$ 0,00	R\$ 15.000,00	R\$ 135.000,00
SUBTOTAL				R\$ 25.245,00	R\$ 15.000,00	R\$ 387.450,00
*OBS.: Os valores foram calculados com base em 306 dias do período/10 meses = Média de 30,6 retaguardas/mês . Exceto Psiquiatria cuja vigência inicia em Abril/26 com valor fixo mensal de R\$ 15.000,00 (09 meses)						
A CONTRATAÇÃO SERÁ POR PESSOA JURÍDICA, PARA RETAGUARDA DA ESPECIALIDADE MÉDICA NO ATENDIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS NAS ESPECIALIDADES						

Quadro VI

Procedimentos e Exames Complementares de Internação				
Item	Qtde/ Mês	Vr. Unitário	Valor /Mês FONTE 1	Valor Total no Período de Março à Dezembro/26 FONTE I
HEMODIÁLISE	23	R\$ 477,48	R\$10.982,04	R\$ 109.820,40
TOMOGRAFIA	50	R\$ 147,63	R\$ 7.381,50	R\$ 73.815,00
RESSONÂNCIA	10	R\$ 368,75	R\$ 3.687,50	R\$ 36.875,00
ANATOMO PATOLÓGICO	20	R\$ 75,00	R\$ 1.500,00	R\$ 15.000,00
FISIOTERAPIA	1200	R\$14,12765	R\$16.953,18	R\$ 169.531,80
TOTAL	1303		R\$40.504,22	R\$ 405.042,20

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:

- Equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de ofício.
Indicador: Relatório Gerencial Mensal.
- 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.
- Apresentação anual das licenças /alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 **CONVENIENTE** e dos incentivos provenientes dos demais entes (Federal/Estadual), na forma estabelecida em legislação específica.

CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO

Período de Competência	Mês de Avaliação
Março, Abril e Maio/2026	Julho.2026
Junho, Julho e Agosto/2026	Outubro.2026
Setembro, Outubro e Novembro/2026	Janeiro.2027
Dezembro/2026	Fevereiro.2027

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%
TOTAL PONTOS	PONTUAÇÃO ALCANÇADA
2.600	2.600

PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontos	Pontuação Alcançada
Realização de AIH's	220	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
TOTAL		600	600

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

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

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.

Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	PONTOS
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
TOTAL		800

VII – PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - PERÍODO DE MARÇO A DEZEMBRO/2026

TOTAL PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA POA + TABELA SUS PAULISTA	VALOR MENSAL	VALOR PERÍODO PACTUADO
	R\$ 1.312.500,25	R\$ 13.110.002,50

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - FONTE V - RECURSO FEDERAL			
PERÍODO DE MARÇO/2026 À DEZEMBRO/2026			
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		MENSAL	PERÍODO PACTUADO
PRÉ FIXADO	SIH - INTERNAÇÕES MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 153.096,90	R\$ 1.530.969,00
	PSIQUIATRIA	R\$ 15.000,00	R\$ 135.000,00
	SIA - AMBULATORIAL	R\$ 133.916,62	R\$ 1.339.166,20
	TOTAL - PRÉ-FIXADO	R\$ 302.013,52	R\$ 3.005.135,20
INCENTIVOS	INCENTIVO DE INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - INTEGRASUS	R\$ 4.945,64	R\$ 49.456,40
	INCENTIVO DE ADESÃO A CONTRATUALIZAÇÃO - IAC	R\$ 107.719,75	R\$ 1.077.197,50
	INCENTIVO DE UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS 03 LEITOS - Portaria GM nº 1721 de 03/11/2023	R\$ 26.385,12	R\$ 263.851,20
	TOTAL - INCENTIVOS	R\$ 139.050,51	R\$ 1.390.505,10
TOTAL RECURSO FEDERAL		R\$ 441.064,03	R\$ 4.395.640,30

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - FONTE I - RECURSO MUNICIPAL			
PERÍODO DE MARÇO À DEZEMBRO/2026			
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		MENSAL	PERÍODO PACTUADO
PRÉ FIXADO	SIH - INTERNAÇÕES MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 243.153,90	R\$ 2.431.539,00
	SIH - AVALIAÇÕES INTENSIVISTA, RETAGUARDA DE ESPECIALIDADES (COMPLEMENTO DE INTERNAÇÕES)	R\$ 88.233,00	R\$ 882.330,00
	SIH- PROCEDIMENTOS E EXAMES COMPLEMENTARES DE INTERNAÇÕES	R\$ 40.504,22	R\$ 405.042,20
	SIA - AMBULATORIAL (Pós cirúrgico Ortopedia)	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00
	TOTAL	R\$ 376.891,12	R\$ 3.768.911,20

TOTAL PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - POA (Fonte Federal+ Fonte Municipal)	VALOR MENSAL	VR. PERÍODO PACTUADO
	R\$ 817.955,15	R\$ 8.164.551,50

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA - FONTE II - RECURSO ESTADUAL		
TABELA SUS PAULISTA		
PERÍODO DE RECEBIMENTO - MARÇO À DEZEMBRO/2026 (Conforme Repasse do Fundo Estadual de Saúde)		
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	MENSAL	PERÍODO PACTUADO
Folha de Pagamento não coberta no POA/ Pagamento de 50% do Contrato de Diretor Técnico, 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/ Aquisição de Material de Manutenção, Aquisição de Material de Informática e Locação de Impressoras.	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00
TOTAL	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00
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 conforme limite previsto.		

TOTAL PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA POA + TABELA SUS PAULISTA	VALOR MENSAL	VALOR PERÍODO PACTUADO
	R\$ 1.312.500,25	R\$ 13.110.002,50

RESUMO DEMONSTRATIVO DOS SERVIÇOS - POA- PERÍODO DE MARÇO A DEZEMBRO DE 2026

MODALIDADE DA ASSISTÊNCIA	QUANTIDADE TOTAL		VALORES PACTUADOS								VALOR TOTAL MARÇO A DEZEMBRO/2026				
	PERÍODO	MÊS	FUNTE I - RECURSO MUNICIPAL			FUNTE V - RECURSO FEDERAL			FUNTE II - RECURSO ESTADUAL		TOTAL MENSAL	VR. NO PERÍODO (10 Meses)			
			Qtde. Mensal	Mensal	Vr. no Período (10 meses)	Qtde. Mensal	Vr. Mensal	Vr. no Período (10 meses)	Vr. Mensal	Vr. no Período (10 meses)					
SIH/SUS	Serviço de Internação Hospitalar de Média Complexidade - Quadro III e Quadro III-1	2.200	220	135	R\$ 243.153,90	R\$ 2.431.539,00	85	R\$ 153.096,90	R\$ 1.530.969,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 396.250,80	R\$ 3.962.508,00		
	Avaliações Intensivistas + Retaguarda de Especialidades (Complementos Internações) Quadro IV e Quadro V	1.526	153	122	R\$ 88.233,00	R\$ 882.330,00	31	R\$ 15.000,00	R\$ 135.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 103.233,00	R\$ 1.017.330,00		
	Procedimentos e Exames Complementares-Internações Quadro VI	13.030	1.303	1303	R\$ 40.504,22	R\$ 405.042,20	0	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 40.504,22	R\$ 405.042,20		
	Sub Total - HOSPITALAR	16.756	1.676	1560	R\$ 371.891,12	R\$ 3.718.911,20	116	R\$ 168.096,90	R\$ 1.665.969,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 539.988,02	R\$ 5.384.880,20		
SIA/SUS	Endoscopia Digestiva Quadro I	30	3	0	R\$ -	R\$ -	3	R\$ 750,00	R\$ 7.500,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 750,00	R\$ 7.500,00		
	Laboratório "	54.990	5.499	0	R\$ -	R\$ -	5.499	R\$ 26.010,27	R\$ 260.102,70	R\$ -	R\$ -	R\$ 26.010,27	R\$ 260.102,70		
	Radiologia "	18.400	1.840	0	R\$ -	R\$ -	1.840	R\$ 15.051,20	R\$ 150.512,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 15.051,20	R\$ 150.512,00		
	Ultrassonografia "	1.200	120	0	R\$ -	R\$ -	120	R\$ 3.570,00	R\$ 35.700,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.570,00	R\$ 35.700,00		
	Tomografia Computadorizada "	4.300	430	0	R\$ -	R\$ -	430	R\$ 63.480,90	R\$ 634.809,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 63.480,90	R\$ 634.809,00		
	Eletrocardiograma "	2.500	250	0	R\$ -	R\$ -	250	R\$ 1.937,50	R\$ 19.375,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.937,50	R\$ 19.375,00		
	Tococardiografia "	690	69	0	R\$ -	R\$ -	69	R\$ 534,75	R\$ 5.347,50	R\$ -	R\$ -	R\$ 534,75	R\$ 5.347,50		
	Adm. de Medicamentos "	26.020	2.602	0	R\$ -	R\$ -	2.602	R\$ 9.107,00	R\$ 91.070,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.107,00	R\$ 91.070,00		
	Retirada de Corpo Estranho "	500	50	0	R\$ -	R\$ -	50	R\$ 3.150,00	R\$ 31.500,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.150,00	R\$ 31.500,00		
	Serviço de Alta Complexidade: Ressonância Magnética "	280	28	0	R\$ -	R\$ -	28	R\$ 10.325,00	R\$ 103.250,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.325,00	R\$ 103.250,00		
Retornos de Cirurgias/Consultas Ortopedia Quadro II	1.000	100	100	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00	0	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00			
Sub Total - AMBULATORIAL	109.910	10.991	100	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00	10.891	R\$ 133.916,62	R\$ 1.339.166,20	R\$ -	R\$ -	R\$ 138.916,62	R\$ 1.389.166,20			
TOTAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS					R\$ 376.891,12	R\$ 3.768.911,20		R\$ 302.013,52	R\$ 3.005.135,20	R\$ -	R\$ -	R\$ 678.904,64	R\$ 6.774.046,40		
INCENTIVOS	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS				R\$ -	R\$ -		R\$ 4.945,64	R\$ 49.456,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.945,64	R\$ 49.456,40		
	Incentivo de Adesão a Contratualização - IAC- referente ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos			0	R\$ -	R\$ -	0	R\$ 107.719,75	R\$ 1.077.197,50	R\$ -	R\$ -	R\$ 107.719,75	R\$ 1.077.197,50		
	Incentivo de UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS 03 Leitos - Portaria GM nº 1721 de 03/11/2023				R\$ -	R\$ -		R\$ 26.385,12	R\$ 263.851,20	R\$ -	R\$ -	R\$ 26.385,12	R\$ 263.851,20		
	Sub Total - INCENTIVOS			0	R\$ -	R\$ -	0	R\$ 139.050,51	R\$ 1.390.505,10	R\$ -	R\$ -	R\$ 139.050,51	R\$ 1.390.505,10		
TAB. SUS PAULISTA	Complementação estabelecida da Tabela SUS Paulista conforme produção registrada no SIA e SIH/SUS, até o limite de R\$ 494.545,10			0	R\$ -	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00		
	Sub Total - TABELA SUS PAULISTA			0	R\$ -	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00		
TOTAL DE INCENTIVOS E COMPLEMENTO SUS PAULISTA					R\$ -	R\$ -		R\$ 139.050,51	R\$ 1.390.505,10	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00	R\$ 633.595,61	R\$ 6.335.956,10		
TOTAL GERAL				126.666	12.667	1.660	R\$ 376.891,12	R\$ 3.768.911,20	11007	R\$ 441.064,03	R\$ 4.395.640,30	R\$ 494.545,10	R\$ 4.945.451,00	R\$ 1.312.500,25	R\$ 13.110.002,50

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 10 (Dez) meses importa em **R\$ 4.395.640,30** (Quatro milhões, trezentos e noventa e cinco mil, seiscentos e quarenta reais e trinta centavos) em 10 (Dez) parcelas mensais de **R\$ 441.064,03** (quatrocentos e quarenta e um 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 de 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 TESOUREO MUNICIPAL :

O Valor estimado para a execução do convênio no período de 10 (Dez) meses importa em **R\$ 3.768.911,20** (Três milhões, setecentos e sessenta e oito mil, novecentos e onze reais e vinte centavos), em 10 (dez) parcelas mensais de **R\$ 376.891,12** (Trezentos e setenta e seis mil, oitocentos e noventa e um reais e doze 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: 01/03/2026

Término: 31/12/2026

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 01/03/2026 à 31/12/2026				TOTAL
	Concedente - FONTE I	Concedente - FONTE V		TABELA SUS PAULISTA	
	Valor do Repasse	Empréstimo Consignado	Valor do Repasse		
Março -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 250.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.297.500,25
Abril -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Mai o-Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Junho -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Julho -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Agosto -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Setembro -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Outubro -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Novembro -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
Dezembro -Até 5 dias do repasse do FNS	R\$ 376.891,12	R\$ 175.356,00	R\$ 265.708,03	R\$ 494.545,10	R\$ 1.312.500,25
TOTAL	R\$ 3.768.911,20	R\$ 1.753.560,00	R\$ 2.642.080,30	R\$ 4.945.451,00	R\$13.110.002,50
	R\$8.164.551,50				

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\$ 376.891,12) e Fonte 5 (R\$ 265.708,03) totalizando R\$ 642.599,15/Mês no período pactuado (**Abril a Dezembro/2026**) **R\$ 5.783.392,35** e no mês de Março/2026 o valor é de R\$ 627.599,15 devido o serviço de Psiquiatria iniciar somente no mês de Abril.

E referente a Tabela SUS Paulista o repasse mensal é de R\$ 494.545,10 e o montante no período pactuado é de **R\$ 4.945.451,00**

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, 11 de Fevereiro de 2026.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
Dados: 2026.02.12 14:31:44 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

Sueli Santiago dos Santos
Provedora



santa casa de misericórdia de pirassununga

ANEXO I

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 HEMOGLOBINA 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 HEMOSSIDENTACAO	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

Página 24 de 27



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 ANTINUCLEO	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 IMUNOFLORESC)	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	BACIOSCOPIA 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

Página 25 de 27



santa casa de misericórdia de pirassununga

020212009-0	TESTE INDIRETO ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 4,73	3	R\$ 14,19
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
	SUB-TOTAL.....		5499	R\$ 26.010,27
	DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA	VALOR UNIT	QTDE	TOTAL
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 TURSIKA (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-COCCIGEA	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

Página 26 de 27



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
	SUB-TOTAL.....		1840	R\$ 15.051,20
	DIAGNOSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA	VALOR UNIT	QTDE	TOTAL
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
	SUB-TOTAL.....		120	R\$ 3.570,00
	DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA e RESSONANCIA	VALOR UNIT	QTDE	TOTAL
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
	SUB-TOTAL.....		430	R\$ 63.480,90
	RESSONANCIA MAGNÉTICAS	R\$ 368,75	28	R\$ 10.325,00
	PEQUENOS ATENDIMENTOS	VALOR UNIT	QTDE	TOTAL
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	TOCOCARDIOTOGRAFIA 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
	SUB-TOTAL.....		2971	R\$ 14.729,25
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 250,00	3	R\$ 750,00
		TOTAL		R\$ 133.916,62

Pirassununga, 11 de Fevereiro de 2026

SUELI SANTIAGO DOS
SANTOS:96386312872

Assinado de forma digital por SUELI
SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
Dados: 2026.02.12 14:32:18 -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

Página 27 de 27