



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273176
19

PLANO OPERATIVO

Escopo: **Diretrizes para o Convênio SUS (Sistema Único de Saúde).**

Previsão Legal: **Portaria nº 3.410/MS, de 30 de dezembro de 2013.**

Período de vigência: **01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017**

I – APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde estabelece, em suas diretrizes, que a relação entre os entes federativos e os hospitais públicos e privados integrantes do SUS, com ou sem fins lucrativos, deverá ser formalizada através de instrumento formal de contratualização, onde serão estabelecidos os compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar.

Nos termos da portaria em epígrafe, o instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis, ou seja, o Termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito e o documento descritivo, neste ato denominado de Plano Operativo.

Assim, o Plano Operativo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, acrescido das especificidades locais. Portanto, através deste instrumento, o Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista e a Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros” firmam compromisso, definindo e pactuando as atividades, as metas quantitativas e qualitativas, que serão avaliadas por indicadores de gestão, atendendo as cláusulas descritas em Convênio firmado entre as partes.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

20
273116

II – QUALIFICAÇÃO DA CONVENIADA.

Razão Social da Instituição	Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”
CNPJ:	59.759.084/0001-94
CNES	2084228
Licença de funcionamento	354910290-861-000002-1-3
Prazo de validade	10/06/2017
Endereço	Rua Carolina Malheiros, 92 – Vila Conrado
Município	São João da Boa Vista – SP
Provedor em exercício	Alcides Flamínio
Diretor Clínico	João Vicente Marques de Oliveira
Diretor Técnico	Miguel José Coimbra Biazzo
Enfermeiro Responsável (RT)	Juliana Moussessian Goulart
Unidades vinculadas	não

III – CARACTERÍSTICAS DA CONVENIADA.

Tipo de estabelecimento	Geral
Natureza	Filantrópica
Número de leitos	Geral: 161 - SUS: 102
Serviço de Urgência e Emergência	(Sim) - Referenciado
Serviço de Maternidade	(Não) - habilitado em GAR
Habilitado em Alta Complexidade	(Sim) - Nefrologia, Neurocirurgia/Neurologia, Traumato-Ortopedia, Oncologia – UNACON, Nutrição Enteral e Parenteral
Número de leitos de UTI II	10 adultos
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	(Sim) – RUE e REDE CEGONHA

2



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

21
27/3/16

IV – CARACTERÍSTICAS DA INFRA-ESTRUTURA.

1 - AMBULATÓRIO	
Salas de pequenas cirurgias	01
Consultórios	02
Salas de Gesso	01
Salas de fisioterapia	07 (serviço terceirizado à UNIFEOB)
Sala de sutura	01
Sala de drenagem	01
Sala de medicação	01
Posto de enfermagem	01
Expurgo	01
Leitos de observação	04
Demanda espontânea	Somente para casos de Traumato-Ortopedia e casos de Gineco/Obstetrícia.
Demanda referenciada	Sim

2 – SADT	
Salas	02
Ultrassonografia	02
Raios X	05 fixos e 02 móveis
Mamografia	01
Tomografia	01
Densitometria Óssea	01
Ressonância Magnética	0



273/16

3 – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Máquinas	21
Máquinas reserva	04
Turnos	02
Modalidades	HD:sim DPA: não CAPD: não DPI: não

4 – SERVIÇO DE ONCOLOGIA

Quimioterapia	
Horário de funcionamento	08:00 as 17:00 horas
Número de poltronas	10 para adultos
Número de macas	02
Radioterapia	
Horário de funcionamento	07:00 as 19:00 horas
Número de equipamentos	01
número de turnos	02
Tipos de equipamentos	Acelerador linear de fótons.

5 – CENTRO CIRÚRGICO

Salas cirúrgicas	05
Horário de funcionamento	24 horas
Obs:- Há uma normatização com escalas de cirurgias eletivas por complexidade e em caso de urgência/emergência 24 horas.	



23
27/3/16

6 – INTERNAÇÃO: Número de leitos distribuídos por especialidades, disponibilizados ao SUS

Tipos de leitos por especialidades	Nº de leitos CNES
Clínica Geral	49
AIDS	03
Cirurgia Geral	14
Ginecologia Cirúrgica	02
Ortopedia/Traumatologia cirúrgica	04
Obstetrícia Clínica	04
Obstetrícia Cirúrgica	08
Pediatria Clínica	02
Pediatria Cirúrgica	08
UTI adulto	08
Total	102

Fonte: CNES

7 – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Especialidades	Nº total de leitos, conforme CNES	Leitos disponíveis	Leitos de convênios e particulares
Adulto	10	8	2

8 – HABILITAÇÕES EM ALTA COMPLEXIDADE

Especialidade/Área	Portaria MS	Data de habilitação
Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia	SAS 563/2005	11 de outubro de 2005
Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia	SAS 646/2008	10 de novembro de 2008
Unidade de Assistência em Alta Complexidade em UNACON	SAS 62/2009	11 de março de 2009
Unidade de Assistência em Alta Complexidade	SAS 120/2009	14 de abril de 2009



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 Unidade de Avaliação e Controle
 Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
 e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273116 24

em Nutrição Enteral e Parenteral		
Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia	SAS 90/2009	27 de março de 2009

9 – REDE DE ALTA COMPLEXIDADE - REFERÊNCIAS		
Especialidades	Procedimentos pactuados por grupo	Municípios Referenciados
Traumato-Ortopedia	Diagnose	CGR Mantiqueira
Neurologia/Neurocirurgia	Procedimentos clínicos	
Nefrologia	Procedimentos cirúrgicos	
Oncologia	Diagnose	Quimioterapia: CGR Mantiqueira CGR Mogiana. Radioterapia: CGR Mantiqueira CGR Mogiana. CGR Rio Pardo, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde.
	Procedimentos clínicos	
	Procedimentos cirúrgicos	
	Radioterapia	
	Quimioterapia	
	Hormonioterapia	
	Procedimentos clínicos	
Procedimentos cirúrgicos		

V – METAS E INDICADORES PACTUADOS

1– METAS FÍSICAS

1.1– AMBULATÓRIO

Indicador da Meta 1	
Objetivo	Verificar se as metas físicas estão de acordo com o que consta no contrato, (FPO) e no Plano Operativo
Aferição	$\frac{\text{Procedimentos aprovados}}{\text{Procedimento conveniados}} \times 100$



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

35
273116

Meta	A relação entre os procedimentos aprovados e os procedimentos conveniados deve ficar acima de 95%
Valoração	95 a 105% da meta = 100 pontos; 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; < 70% = não pontua.

Observações:

Para a Média Complexidade:

Apresentar à Unidade de Avaliação e Controle do Departamento Municipal de Saúde a produção mensal de todos os procedimentos realizados, indicando a origem dos pacientes, o médico solicitante e a quantidade.

Os procedimentos ambulatoriais da Média Complexidade serão pagos no teto fixo definido na contratualização.

O valor pré-fixado será composto¹:

- I – Pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade;
- II – Por todos os incentivos de fonte Federal, Estadual, Municipal e Distrito Federal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualitativas e quantitativas.

Integram o componente pré-fixado dos instrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros²:

- I – Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)³;
- II – Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde;
- III – Incentivo de Integração ao SUS (Integrasmus);
- IV – Outros recursos pré-fixados de fonte Estadual ou Municipal;

¹ Art. 17, inc. I e II da portaria 3.410/2013

² Art. 17§ 1º da Portaria 3.410/2013

³ Até que seja definida implantação do IGH, será repassado o recurso do IAC.



V – Outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos.

O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente e serão distribuídos da seguinte maneira⁴:

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

Para efeito de repasse financeiro será observado o seguinte⁵:

O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.

Para a Alta Complexidade:

Apresentar à Unidade de Avaliação e Controle do Departamento Municipal de Saúde a produção mensal de todos os procedimentos realizados, indicando a origem dos pacientes, o médico solicitante e a quantidade.

Os procedimentos de Alta Complexidade serão executados de acordo com a Produção Física Orçamentária – FPO, após autorização e agendamento pelo Departamento Municipal de Saúde e serão pagos conforme a produção apresentada no faturamento, após a devida conferência.

A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante⁶.

PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA

Financiamento: Atenção Básica (PAB)

⁴ Art. 28 §1º e §3º da Portaria 3.410/2013

⁵ Art. 28 §3º da Portaria 3.410/2013

⁶ Art. 18 da Portaria 3.410/2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

27
273176

PROCEDIMENTO/DESCRIÇÃO	Qtd.	Valor Unit.	Valor Orçado
GRUPO - 02 PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	80		0,00
SUBGRUPO - 01 COLETA DE MATERIAL	59		0,00
0201020050 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	59	0,00	0,00
SUBGRUPO - 14 DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO	21		0,00
0214010015 GLICEMIA CAPILAR	21	0,00	0,00
GRUPO - 03 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	49		0,00
SUBGRUPO - 01 CONSULTAS/ ATENDIMENTOS/ ATENDIMENTOS	49		0,00
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	1	0,00	0,00
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	3	0,00	0,00
0301100101 INALACAO / NEBULIZACAO	7	0,00	0,00
0301100144 OXIGENOTERAPIA	5	0,00	0,00
0301100152 RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	33	0,00	0,00
GRUPO - 04 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	188		0,00
SUBGRUPO - 01 PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDOS SUBCUTÂNEOS E MUCOSA	188		0,00
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	188	0,00	0,00
SUBTOTAL	317		0,00

Financiamento: Média Complexidade

PROCEDIMENTO/DESCRIÇÃO	Qtd.	Valor Unit.	Valor Orçado
GRUPO - 02 PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	5.565		45.602,56
SUBGRUPO - 02 DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	3798		25.747,93
0202010074 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	1	10,00	10,00
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	14	1,85	25,90
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	1	3,68	3,68
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	44	2,25	99,00

9



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

28
273116

0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	24	2,01	48,24
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	53	1,85	98,05
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	2	3,51	7,02
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	1	1,85	1,85
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	18	3,51	63,18
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	18	3,51	63,18
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	24	1,85	44,40
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	162	1,85	299,70
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	73	3,68	268,64
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	72	4,12	296,64
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	7	3,68	25,76
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	18	15,59	280,62
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	15	3,51	52,65
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	1	15,65	15,65
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	31	2,01	62,31
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	41	1,85	75,85
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	31	3,51	108,81
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	74	1,85	136,90
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	4	7,86	31,44
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	3	3,68	11,04
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	3	2,01	6,03
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	124	1,85	229,40
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	17	1,85	31,45
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	80		



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwignes
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273116

		1,85	148,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	62	2,01	124,62
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	100	2,01	201,00
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	14	4,12	57,68
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	23	3,51	80,73
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	214	1,85	395,90
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	6	15,24	91,44
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	1	4,42	4,42
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	8	15,65	125,20
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	19	15,24	289,56
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	13	2,73	35,49
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	8	2,73	21,84
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	8	2,73	21,84
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	42	5,77	242,34
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	43	2,73	117,39
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	7	2,73	19,11
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	37	1,53	56,61
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	27	5,41	146,07
0202020371 HEMATOCRITO	37	1,53	56,61
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	180	4,11	739,80
0202020398 LEUCOGRAMA	1	2,73	2,73
0202020410 PESQUISA DE CELULAS LE	2	4,11	8,22
0202020509 PROVA DO LACO	8	2,73	21,84
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2	2,83	5,66



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273116

0202030083 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	4	9,25	37,00
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	6	15,06	90,36
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	258	16,42	4.236,36
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	1	9,25	9,25
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	10	2,83	28,30
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1	10,00	10,00
0202030466 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	4	9,70	38,80
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	1	17,16	17,16
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	14	17,16	240,24
0202030601 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	1	17,16	17,16
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	1	17,16	17,16
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	1	18,55	18,55
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	1	18,55	18,55
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	1	9,25	9,25
0202030792 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	3	30,00	90,00
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	1	18,55	18,55
0202030903 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	3	20,00	60,00
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	12	13,35	160,20
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1	18,55	18,55
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	1	4,10	4,10
0202031110 TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	1	2,83	2,83
0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	1	2,83	2,83
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	27	9,00	243,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	3		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

32
273116

		13,35	40,05
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS			
	2	1,65	3,30
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES			
	3	1,65	4,95
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA			
	180	3,70	666,00
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA			
	1	3,51	3,51
0202050084 DOSAGEM DE CITRATO			
	1	2,01	2,01
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA			
	3	8,12	24,36
0202060110 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA			
	1	11,53	11,53
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL			
	2	9,86	19,72
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)			
	1	11,25	11,25
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL			
	25	10,15	253,75
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)			
	9	7,85	70,65
0202060225 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)			
	1	10,21	10,21
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)			
	69	7,89	544,41
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)			
	23	8,97	206,31
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)			
	727	8,96	6.513,92
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA			
	1	10,17	10,17
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO			
	21	43,13	905,73
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA			
	4	10,22	40,88
0202060306 DOSAGEM DE PROLACTINA			
	29	10,15	294,35
0202060322 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)			
	1	15,35	15,35
0202060330 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)			
	1	13,11	13,11
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA			
	13	10,43	135,59
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE			
	8	13,11	104,88



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273176

0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	1	15,35	15,35
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	107	8,76	937,32
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	291	11,60	3.375,60
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	15	8,71	130,65
0202070050 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	1	15,65	15,65
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	3	27,50	82,50
0202070123 DOSAGEM DE BARBITURATOS	2	13,13	26,26
0202070158 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	1	17,53	17,53
0202070220 DOSAGEM DE FENITOINA	1	35,22	35,22
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	2	2,25	4,50
0202070271 DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	2	4,11	8,22
0202080013 ANTIBIOGRAMA	19	4,98	94,62
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2	2,80	5,60
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	27	5,62	151,74
0202080145 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2	2,80	5,60
0202080153 HEMOCULTURA	6	11,49	68,94
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	5	1,37	6,85
0202120031 FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	5	10,65	53,25
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	5	1,37	6,85
SUBGRUPO - 03 DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLOGIA	52		2.523,84
0203010019 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	2	6,97	13,94
0203010086 EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO	3	7,30	21,90
0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO	26	24,00	624,00



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

33
273/16

0203020049 IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	20	92,00	1.840,00
0203020081 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	1	24,00	24,00
SUBGRUPO - 04 DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	1487		13.644,87
0204010055 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	3	8,38	25,14
0204010063 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	15	6,88	103,20
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	38	7,52	285,76
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	5	8,38	41,90
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	66	7,32	483,12
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	4	8,33	33,32
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	62	10,29	637,98
0204020069 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	110	10,96	1.205,60
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	6	14,90	89,40
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	22	9,16	201,52
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	2	9,73	19,46
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	2	7,80	15,60
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	12	8,37	100,44
0204030080 RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	1	19,24	19,24
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	150	9,50	1.425,00
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	180	6,88	1.238,40
0204030030 MAMOGRAFIA UNILATERAL	75	22,50	1.687,50
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	21	6,42	134,82
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	17	7,77	132,09
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	7	7,40	51,80
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	29	5,90	171,10

15



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273176
94

0204040086 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	6	5,62	33,72
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	59	6,30	371,70
0204040108 RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	3	6,00	18,00
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	70	7,98	558,60
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	64	6,91	442,24
0204050014 CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	6	47,76	286,56
0204050065 HISTEROSSALPINGOGRAFIA	1	45,34	45,34
0204050111 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	6	10,73	64,38
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	14	15,30	214,20
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	36	7,17	258,12
0204050170 URETROCISTOGRAFIA	3	52,11	156,33
0204050189 UROGRAFIA VENOSA	5	57,40	287,00
0204060036 ESCANOMETRIA	1	7,77	7,77
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	38	7,77	295,26
0204060079 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	1	7,77	7,77
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	50	6,50	325,00
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	39	7,77	303,03
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCANEO	22	6,50	143,00
0204060117 RADIOGRAFIA DE COXA	24	8,94	214,56
0204060125 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	100	6,78	678,00
0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	9	7,16	64,44
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	71	6,78	481,38
0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	32	8,94	286,08



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwiges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

35
27/3/16

SUBGRUPO - 05 DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	64	1.848,13
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	2 39,94	79,88
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	1 39,60	39,60
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	4 24,20	96,80
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	15 37,95	569,25
0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	3 24,20	72,60
0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	1 24,20	24,20
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	7 24,20	169,40
0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	4 24,20	96,80
0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	3 24,20	72,60
0205020143 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	10 24,20	242,00
0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	3 39,60	118,80
0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	11 24,20	266,20
SUBGRUPO - 09 DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA	12	844,28
0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	6 112,66	675,96
0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	2 48,16	96,32
0209020016 CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	4 18,00	72,00
SUBGRUPO - 11 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES	113	328,95
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	22 5,15	113,30
0211040029 COLPOSCOPIA	2 3,38	6,76
0211040061 TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	85 1,69	143,65
0211050032 ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	2 25,00	50,00
0211090018 AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	2 7,62	15,24

17



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

36
273116

SUBGRUPO - 12 DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	39		664,56
0212010026 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	14	17,04	238,56
0212010034 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	25	17,04	426,00
GRUPO - 03 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	5770		38.672,04
SUBGRUPO - 01 CONSULTAS/ ATENDIMENTOS/ ATENDIMENTOS	1034		9.243,62
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	700	10,00	7.000,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	54	12,47	673,38
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	100	11,00	1.100,00
0301060100 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	29	13,00	377,00
0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	3	-	-
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	148	0,63	93,24
SUBGRUPO - 02 FISIOTERAPIA	4658		27.244,78
0302010025 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	9	4,67	42,03
0302020020 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	1	4,67	4,67
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	2	6,35	12,70
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	2	4,67	9,34
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	37	4,67	172,79
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	3100	6,35	19.685,00
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1340	4,67	6.257,80
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES	167	6,35	1.060,45
SUBGRUPO - 03 TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)	53		1.984,79
0303090120 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)	2	36,59	73,18
0303090154 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVAS GESSADA	4	40,68	162,72
0303090162 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACÁRPICO	9	17,85	160,65

18



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwiges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

37
273176

0303090200 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	21	41,93	880,53
0303090227 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	17	41,63	707,71
SUBGRUPO - 06 HEMOTERAPIA	25		198,85
0306020041 SANGRIA TERAPEUTICA	1	4,69	4,69
0306020068 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	24	8,09	194,16
GRUPO - 04 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	39		1.224,51
SUBGRUPO - 01 PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDOS SUBCUTÂNEOS E MUCOSA	10		218,82
0401010015 CURATIVO GRAU II C/OU S/ DEBRIDAMENTO	1	32,40	32,40
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	7	23,16	162,12
0401010074 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	1	12,46	12,46
0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	1	11,84	11,84
SUBGRUPO - 08 CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	26		948,18
0408020199 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	4	37,88	151,52
0408020202 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	7	37,88	265,16
0408020229 REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	1	37,50	37,50
0408020245 REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	8	38,74	309,92
0408050195 REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	1	35,20	35,20
0408050217 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	1	35,20	35,20
0408060352 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	4	28,42	113,68
SUBGRUPO - 09 CIRURGIAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	1		12,97
0409070122 DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1	12,97	12,97
SUBGRUPO - 17 ANESTESIOLOGIA	2		44,54
0417010052 ANESTESIA REGIONAL	2	22,27	44,54
SUBTOTAL	11374		85.499,11



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

38
273116

Financiamento: Alta Complexidade

PROCEDIMENTO/DESCRIÇÃO	Qtd.	Valor Unit.	Valor Orçado
GRUPO - 02 PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	214		25.045,63
SUBGRUPO - 01 COLETA DE MATERIAL	5		485,00
0201010542 BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRRAFIA / RESSONANCIA MAGNETI	5	97,00	485,00
SUBGRUPO - 04 DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	19		1.046,90
0204060028 DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	19	55,10	1.046,90
SUBGRUPO - 06 DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	146		17.874,61
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	2	86,76	173,52
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	3	101,10	303,30
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	1	86,76	86,76
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	4	86,75	347,00
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	1	86,75	86,75
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	43	97,44	4.189,92
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	30	136,41	4.092,30
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	24	138,63	3.327,12
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	38	138,63	5.267,94
SUBGRUPO - 07 DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	11		2.956,25
0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	1	268,75	268,75
0207010048 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	4	268,75	1.075,00
0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	1	268,75	268,75
0207020035 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	1	268,75	268,75

20



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273176
39

0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	2	268,75	537,50
0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	2	268,75	537,50
SUBGRUPO - 08 DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	13		2.482,87
0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	0	408,52	0,00
0208050035 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	13	190,99	2.482,87
SUBGRUPO - 10 DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	2		391,32
0210010134 ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	1	190,31	190,31
0210010150 ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	1	201,01	201,01
SUBGRUPO - 12 DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	20		200,00
0212010042 FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL	20	10,00	200,00
GRUPO - 03 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	3578	0	147.388,20
SUBGRUPO - 04 TRATAMENTO EM ONCOLOGIA	3563		144.808,20
0304010073 BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO)	3	1.000,00	3.000,00
0304010081 VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA	64	30,00	1.920,00
0304010189 PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)	13	120,00	1.560,00
0304010197 PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO)	1	120,00	120,00
0304010260 ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO)	5	25,00	125,00
0304010286 RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)	2973	30,00	89.190,00
0304010308 COLIMAÇÃO PERSONALIZADA	139	52,00	7.228,00
0304010316 PLANEJAMENTO PARA RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO).	12	480,00	5.760,00
0304020010 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 1ª LINHA	1	2.224,00	2.224,00
0304020028 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA	1	2.224,00	2.224,00
0304020036 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO	1	427,50	427,50
0304020044 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO	1	571,50	571,50



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Unidade de Avaliação e Controle

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

40
27/3/16

0304020052 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO	1	1.986,00	1.986,00
0304020060 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA	2	147,10	294,20
0304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	1	301,50	301,50
0304020087 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	1	1.062,65	1.062,65
0304020095 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 1ª LINHA	1	2.224,00	2.224,00
0304020133 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA	1	1.700,00	1.700,00
0304020141 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	1	2.378,90	2.378,90
0304020176 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO	1	571,50	571,50
0304020184 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO	1	571,50	571,50
0304020265 QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA	1	1.062,65	1.062,65
0304020311 QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO	1	17,00	17,00
0304020338 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	1	301,50	301,50
0304020346 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA	1	79,75	79,75
0304040010 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA)	1	571,50	571,50
0304040029 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)	1	1.400,00	1.400,00
0304040045 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO	1	1.300,00	1.300,00
0304040070 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA	1	1.300,00	1.300,00
0304040118 QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO	1	1.300,00	1.300,00
0304040142 QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA	1	1.450,00	1.450,00
0304040185 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA)	1	1.400,00	1.400,00
0304050016 QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL	1	1.300,00	1.300,00
0304050024 QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON	1	2.224,00	2.224,00
0304050032 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)	1	427,50	427,50
0304050040 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	1		79,75

40



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

41
273116

		79,75	
0304050067 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	1	800,00	800,00
0304050075 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	1	800,00	800,00
0304050113 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	1	79,75	79,75
0304050121 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	1	79,75	79,75
0304050130 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	1	571,50	571,50
0304050253 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA)	1	571,50	571,50
0304050296 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)	1	34,10	34,10
0304050300 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	1	34,10	34,10
0304050318 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	1	34,10	34,10
0304060160 QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO	1	1.700,00	1.700,00
0304080071 INIBIDOR DA OSTEÓLISE	1	449,50	449,50
SUBGRUPO - 09 TERAPIAS ESPECIALIZADAS	15		2.580,00
0309030129 LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL)	15	172,00	2.580,00
SUBTOTAL	3792		172.433,83

Financiamento: FAEC			
PROCEDIMENTO/DESCRIÇÃO	Qtd.	Valor Unit.	Valor Orçado
GRUPO - 02 PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	42		1.893,75
SUBGRUPO - 04 DIAGNÓSTICO PO RADIOLOGIA			
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	42	45,00	1.893,75
GRUPO - 03 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	499	623	94.346,01
SUBGRUPO - 05 TRATAMENTO EM NEFROLOGIA			
0305010093 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	4	179,03	716,12
0305010107 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	437	179,03	78.236,11
0305010115 HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)		265,41	15.393,78



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

42
273116

	58		
GRUPO - 04 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	4		1.115,81
SUBGRUPO - 18 CIRURGIA EM NEFROLOGIA			
0418010013 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)	-	1.453,85	0,00
0418010030 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	-	600,00	0,00
0418010048 IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	1	200,00	200,00
0418010064 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	1	115,81	115,81
0418020019 INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA	-	600,00	0,00
0418020027 LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	-	600,00	0,00
0418020035 RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	2	400,00	800,00
GRUPO - 07 ORTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS	4		584,10
SUBGRUPO - 02 ORTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS AO ATO CIRÚRGICO			
0702100013 CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	1	482,34	482,34
0702100021 CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	1	64,76	64,76
0702100099 DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	1	21,59	21,59
0702100102 GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	1	15,41	15,41
SUBTOTAL	549		97.939,67

SUBTOTAL PAB	-
SUBTOTAL MÉDIA	85.499,11
SUBTOTAL ALTA	172.433,83
SUBTOTAL FAEC ⁷	97.939,67
TOTAL	355.872,61

⁷ Recurso financeiro sujeito a variações referentes à Produção mensal.



43
273/116

Indicador da Meta 2	
Objetivo	Incentivar a apresentação das APACs dos tratamentos ocorridos no mês, juntamente com o faturamento do SIA da competência do ato.
Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de APAC do mês do atendimento} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de APAC apresentadas no mês}}$
Meta	Apresentar no mínimo, 95% das APACs dos tratamentos ocorridos no mês.
Valoração	95 a 105% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% da meta = 30 pontos; 70 a 79,9% da meta = 15 pontos; < 70% = não pontua.

Indicador da Meta 3	
Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia.
Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pac. atendidos no mês} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ médio de consultas/mês}}$
Meta	Realizar, em média, 125 consultas ambulatoriais por mês de traumatologia-ortopedia, em conformidade com a Portaria n° 90 de 27 de março de 2009, respeitando os recursos financeiros pactuados.
Valoração	95 a 105% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% da meta = 30 pontos; 70 a 79,9% da meta = 15 pontos; < 70% = não pontua.

Critérios para distribuição das vagas de consultas ambulatoriais:

Município	População TCU/2015	(%)	Consultas/mês	1ª consulta	Retornos
Aguai	34.863	12,47	15	6	9
Águas da Prata	8.025	2,87	3	1	2
Espírito Santo do Pinhal	43.897	15,70	20	8	12
Santa Cruz das Palmeiras	32.749	11,71	15	6	9
Santo Antonio do Jardim	6.053	2,16	3	1	2
São João da Boa Vista	89.027	31,84	40	16	24
Tambaú	23.214	8,30	10	4	6



44
273/116

Vargem Grande do Sul	41.807	14,95	19	8	11
Total	279.635	100%	125	50	75

Observações:

1 – O serviço é referência para os municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Mantiqueira, sendo eles: Aguaí, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antonio do Jardim, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul.

2 - Os Encaminhamentos serão feitos através do Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará das triagens e agendamentos.

3 – Serão atendidas todas as patologias Traumato-Ortopédicas, conforme a portaria 90, de 27 de março de 2009.

4 – O Encaminhamento deverá ser feito somente pelo Ortopedista, em impresso próprio.

5 – A Unidade de Traumato-Ortopedia se encarregará do tratamento e da contrarreferência diretamente para a Unidade de Saúde de origem.

6 – Os exames de média complexidade serão realizados no município de origem e os exames de alta complexidade serão autorizados pelo Departamento Municipal de Saúde e realizados pela Conveniada.

7 – As consultas pré-operatórias serão autorizadas pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista e serão agendadas e realizadas na Instituição Conveniada.

Indicador da Meta 4	
Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade em Neurologia/ Neurocirurgia.
Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pac. atendidos no mês}}{\text{n}^\circ \text{ médio de consultas/mês}} \times 100$
Meta	Realizar, em média, 35 consultas ambulatoriais por mês de Neurologia/Neurocirurgia, em conformidade com a Portaria n° 756 de 27 de dezembro de 2005, respeitando os recursos financeiros pactuados.



45
273/16

Valoração	95 a 105% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% da meta = 30 pontos; 70 a 79,9% da meta = 15 pontos; < 70% = não pontua.
-----------	--

Critérios para distribuição das vagas de consultas ambulatoriais:

Município	População TCU/2015	(%)	1as Consultas/mês
Aguai	34.863	12,47	4
Águas da Prata	8.025	2,87	1
Espírito Santo do Pinhal	43.897	15,70	6
Santa Cruz das Palmeiras	32.749	11,71	4
Santo Antonio do Jardim	6.053	2,16	1
São João da Boa Vista	89.027	31,84	11
Tambaú	23.214	8,30	3
Vargem Grande do Sul	41.807	14,95	5
Total	279.635	100%	35

Observações:

- 1 – Os encaminhamentos serão feitos através do Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará da triagem e agendamento.
- 2 – Serão atendidas as Neurocirurgias do trauma e anomalias do desenvolvimento, Neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos e tumores do sistema nervoso.
- 3 – A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia se encarregará do tratamento e da contrarreferência diretamente para a origem.
- 4 – Os exames de análises clínicas de média complexidade serão realizados no município de origem.
- 5 – Os exames de média complexidade específicos, alta complexidade e as consultas pré-operatórias serão autorizadas pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista e serão agendadas e realizadas na Instituição.



273/16 46

Indicador da Meta 5	
Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos de radioterapia no Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, nos termos da portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014.
Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de proc. realizados no mês}}{\text{n}^\circ \text{ médio de procedimentos contratualizados/mês}} \times 100$
Meta	Realizar, em média, 3710 procedimentos de radioterapia por mês (54 pacientes), conforme pactuado na PPI.
Valoração	95 a 100% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% da meta = 30 pontos; 70 a 79,9% da meta = 15 pontos; < 70% = não pontua.

Critérios para distribuição das vagas de Radioterapia:

Radioterapia

Municípios		População TCU/2015	(%)	vagas
CGR Mantiqueira	Aguai	34.863	12,47	2
	Aguas da Prata	8.025	2,87	1
	Espírito Santo do Pinhal	43.897	15,7	3
	Santo Antonio do Jardim	6.053	2,16	1
	Santa Cruz das Palmeiras	32.749	11,71	2
	São João da Boa Vista	89.027	31,84	6
	Tambaú	23.214	8,3	1
	Vargem Grande do Sul	41.807	14,95	2
	Total	279.635	100	18
CGR Mogiana	Estiva Gerbi	10.873	3,37	1
	Itapira	72.967	22,62	5
	Mogi Guaçu	147.233	45,65	9
	Mogi Mirim	91.483	28,36	6
	Total	322.556	100	21
CGR Rio Pardo	Caconde	18.976	8,75	1
	Casa Branca	29.877	13,78	2
	Divinolândia	11.492	5,3	1



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

47
273116

Itobi	7.831	3,61	1
Mococa	68.797	31,73	5
São José do Rio Pardo	54.388	25,1	3
São Sebastião da Gramma	12.355	5,7	1
Tapiratiba	13.076	6,03	1
Total	216.792	100	15

Observações:

- 1 – O serviço de Radioterapia é referência para os vinte municípios do Departamento Regional de Saúde – DRS XIV, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde.
- 2 – Os encaminhamentos serão processados através do Departamento de Saúde de São João da Boa Vista, que se encarregará da triagem e agendamento.
- 3 – O Serviço de Oncologia se encarregará do tratamento do paciente e da contrarreferência diretamente para a Unidade de Saúde de origem.
- 4 – O Serviço de Oncologia atenderá as neoplasias das especialidades: Trato Gastrointestinal, Ginecologia, Urologia e Mama.
- 5 – Os exames de análises clínicas e imagem de média complexidade serão realizados no município de origem.
- 6 – Os exames de média complexidade específicos e de alta complexidade serão autorizados pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista e serão agendados e realizados na Instituição Conveniada.

Indicador da Meta 6	
Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos de quimioterapia no Serviço de Alta Complexidade em Oncologia.
Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de procedimentos realizados no mês}}{\text{n}^\circ \text{ médio de procedimentos contratualizados/mês}} \times 100$
Meta	Realizar, em média, 48 pacientes de quimioterapia por mês, conforme pactuado na PPI.
Valoração	95 a 105% da meta = 50 pontos



48
27316

80 a 94,9% da meta = 30 pontos;
70 a 79,9% da meta = 15 pontos;
< 70% = não pontua.

Critérios para distribuição das vagas de quimioterapia:

Município	População TCU/2015	(%)	Pacientes/mês
Aguai	34.863	12,47	6
Águas da Prata	8.025	2,87	1
Espírito Santo do Pinhal	43.897	15,70	7
Santa Cruz das Palmeiras	32.749	11,71	6
Santo Antonio do Jardim	6.053	2,16	1
São João da Boa Vista	89.027	31,84	15
Tambaú	23.214	8,30	4
Vargem Grande do Sul	41.807	14,95	7
Total	279.635	100%	47

Observações:

- 1 – O serviço de quimioterapia é referência para 47 pacientes divididos entre os municípios do CGR Mantiqueira, (Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antonio do Jardim, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul) e 01 paciente para o CGR Mogiana (Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Estiva Gerbi e Itapira).
- 2 – Os encaminhamentos serão feitos através do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista, que se encarregará da triagem e agendamento.
- 3 – O serviço de Oncologia se encarregará do tratamento do paciente e da contrarreferência diretamente para serviço de origem.
- 4 – Os exames de análises clínicas e imagem de média complexidade serão realizados no município de origem.



49
273116

5 – Os exames de media complexidade específicos e de alta complexidade serão autorizados pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista e serão agendados e realizados na Instituição Conveniada.

6 – O serviço de Oncologia atenderá as neoplasias das especialidades: Trato gastrointestinal, Ginecologia, Urologia e Mama.

Indicador da Meta 7	
Objetivo	Verificar a disponibilidade das consultas em nefrologia para pacientes externos referenciados pela rede.
Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas realizadas/mês}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas contratualizadas/mês}} \times 100$
Meta	Disponibilizar 29 consultas novas/mês, em conformidade com a Portaria n° 389, de 13 de março de 2014 c/c portaria 1631, de 01 de outubro de 2015.
Valoração	95 a 105% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% da meta = 30 pontos; 70 a 79,9% da meta = 15 pontos; < 70% = não pontua.

Critérios para distribuição das vagas de Nefrologia:

Município	População TCU/2015	(%)	Consultas/mês
Aguai	34.863	12,47	4
Águas da Prata	8.025	2,87	1
Espírito Santo do Pinhal	43.897	15,70	5
Santa Cruz das Palmeiras	32.749	11,71	3
Santo Antonio do Jardim	6.053	2,16	1
São João da Boa Vista	89.027	31,84	9
Tambaú	23.214	8,30	2
Vargem Grande do Sul	41.807	14,95	4
Total	279.635	100%	29



30
273176

Indicador da Meta 8	
Objetivo	Monitorar o percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS, em conformidade com a Portaria n° 389, de 13 de março de 2014.
Aferição	Apresentar relatório do percentual de procedimentos realizados observando a fórmula abaixo: $\frac{\text{DRC estágios 4 e 5 pré-diálise}}{\text{DRC diálise/TRS}} \times 100$
Meta	Manter o percentual de 75% de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde.
Valoração	75% = 100 pontos < 75% = não pontua

Entenda-se⁸: Estágio 4: Fase de insuficiência renal clínica ou severa
Estágio 5: Fase terminal de insuficiência renal crônica

Observações:

- 1 – O Serviço é referência para os municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Mantiqueira (Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antonio do Jardim, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul).
- 2 – Os encaminhamentos serão processados através do Departamento Regional de Saúde – DRS XIV, que se encarregará da triagem e agendamentos.
- 3 – A autorização dos procedimentos será competência do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.

⁸ Portaria 1631, de 01 de outubro de 2015 – Parâmetros propostos para estimar a prevalência de pacientes com Doença Renal Crônica – DRC, definidos por estágios de estágios.



273/16

4 - Em caso de não se constatar no SIA/SUS o cumprimento do percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo III⁹, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise.

5 - O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado.

1.2 – INTERNAÇÃO

1.2.1 – Número de internações: em média 480 internações (AIH) por mês, no valor médio de R\$ 600,00, distribuídos conforme a tabela abaixo.

Internações	Nº de leitos conveniados	Nº de AIH conveniadas/mês	População referenciada (municípios)	Qtde pactuada por município/ano
Clínica cirúrgica	20	82	Aguai	240
			Águas da Prata	64
			Espírito Santo do Pinhal	5
			Santo Antonio do Jardim	2
			São João da Boa Vista	1.046
			São Sebastião da Gramma	1
			Tambaú	2
			Vargem Grande do Sul	2
SUBTOTAL				1.362
Clínica Obstétrica	12	77	Aguai	23
			Águas da Prata	60
			Espírito Santo do Pinhal	2
			Santa Cruz das Palmeiras	2

⁹ Anexo III - Unidade Tipo III 75% (3 DRC:4TRS) = Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273716 SP

			São João da Boa Vista	713
			SUBTOTAL	800
Clínica Médica	52	309	Aguai	100
			Águas da Prata	200
			Caconde	5
			Casa Branca	7
			Divinolândia	4
			Espírito Santo do Pinhal	8
			Itapira	3
			Mococa	14
			Mogi Guaçu	3
			Santa Cruz da Palmeiras	7
			Santo Antonio do Jardim	2
			São João da Boa Vista	3.000
			São José do Rio Pardo	6
			São Sebastião da Gramma	5
			Tambaú	4
Tapiratiba	1			
Vargem Grande do Sul	16			
			SUBTOTAL	3.385
Pediatria cirúrgica	8	7	Aguai	10
			Águas da Prata	4
			Santa Cruz das Palmeiras	2
			São João da Boa Vista	60
			SUBTOTAL	76
Pediatria clínica	2	12	Aguai	18
			Águas da Prata	12
			Espírito Santo do Pinhal	2
			Santa Cruz das Palmeiras	5
			São João da Boa Vista	100
			SUBTOTAL	137
TOTAL	94	487		5.960

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



33
273/16

Foram contratadas na Média Complexidade – SIH, mais 177 AIH no valor médio de R\$ 535,18 para atendimento do município de Aguai, distribuídos conforme a tabela abaixo:

Internações	Nº de AIH conveniadas/mês	Qtd. Pactuada no município/ano
Clínica médica	108	1.296
Clínica cirúrgica	43	516
Obstetrícia	19	228
Pediatria	7	84
Total	177	2.124

Indicador da Meta 1

Objetivo	Manter as metas físicas de acordo com o número de internações ou de diárias hospitalares, conforme consta no contrato, (FPO) e no Plano Operativo.
Aferição	$\frac{\text{Internações aprovadas}}{\text{Internações conveniadas (657)}} \times 100$
Meta	A relação entre as internações aprovadas e as internações conveniadas deve ficar acima de 95%
Valoração	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; < 70% = não pontua.

Indicador da Meta 2

Objetivo	Verificar a apresentação das altas hospitalares para faturamento dentro do prazo da competência.
Aferição	$\frac{\text{AIH do mês}}{\text{AIH apresentadas}} \times 100$
Meta	Apresentar, no mínimo, 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS -- na própria competência, ou seja, no início do mês subsequente.
Valoração	95 a 105% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% da meta = 30 pontos; 70 a 79,9% da meta = 15 pontos; < 70% = não pontua.



59
273116

Indicador da Meta 3

Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia.
Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar, em média, 08 cirurgias de alta complexidade por mês, de traumatologia - ortopedia.
Valoração	De 30 a 35 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos; De 20 a 29 cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; De 10 a 19 cirurgias no quadrimestre = 25 pontos; Abaixo de 10 cirurgias no quadrimestre = não pontua.

Indicador da Meta 4

Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos cirúrgicos em Traumatologia-ortopedia, em conformidade com a Portaria nº 90 de março de 2009.
Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar, em média, 12 cirurgias de média complexidade por mês de traumatologia - ortopedia.
Valoração	De 46 a 50 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 40 a 45 cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; 34 a 39 cirurgias no quadrimestre = 30 pontos; Abaixo de 34 cirurgias no quadrimestre = não pontua

Indicador da Meta 5

Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade em Neurologia/ Neurocirurgia, conformidade com a Portaria nº 756 de dezembro de 2005.
Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar, em média, 12 cirurgias de alta complexidade por mês de neurologia/ neurocirurgia.
Valoração	De 46 a 50 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 40 a 45 cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; 34 a 39 cirurgias no quadrimestre = 30 pontos; Abaixo de 34 cirurgias no quadrimestre = não pontua.



55
27/3/20

Indicador da Meta 6	
Objetivo	Verificar a execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade em Oncologia, conformidade com a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 e PPI (Programação Pactuada Integrada)
Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar, em média, 07 cirurgias de alta complexidade por mês de oncologia.
Valoração	De 27 a 30 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos; De 23 a 26 cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; De 20 a 22 cirurgia no quadrimestre = 25 pontos; Abaixo de 20 cirurgias no quadrimestre = não pontua

Observações:

- 1 – O serviço de Cirurgia Oncológica é referência para o CGR Mantiqueira.
- 2 – Os exames de Análises Clínicas de média complexidade serão realizados no município de origem.
- 3 – Os exames de média complexidade específicos, alta complexidade e as consultas pré-operatórias serão autorizados pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista e serão agendados e realizados na Instituição Conveniada.

Indicador da Meta 7	
Objetivo	Verificar a realização das cirurgias eletivas de São João da Boa Vista
Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar 54 cirurgias eletivas mensais de São João da Boa Vista, conforme a pactuação.
Valoração	Realizaram 206 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; Realizaram de 175 a 205 cirurgias no quadrimestre = 35 pontos; Realizaram de 152 a 174 cirurgias no quadrimestre = 15 pontos; Abaixo de 152 cirurgias no quadrimestre = não pontua.

Observações:



50
273116

- 1 – Manter fluxo para agendamento das cirurgias eletivas, elaborado pelo Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.
- 2 – Disponibilizar mensalmente, para o setor de agendamento do Departamento de Saúde, o número de consultas com datas e horários das avaliações cirúrgicas para serem agendadas conforme a pactuação.
- 3 – As consultas pré-anestésicas e os procedimentos odontológicos referidos na portaria 1032/GM, de 05 de maio de 2010, serão encaminhados pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 4 – O médico que preencher a AIH será responsável pela cirurgia e o acompanhamento do paciente até a sua alta.
- 5 – As autorizações de Internação Hospitalar (AIH) deverão ser encaminhadas para autorização do Gestor Municipal, totalmente preenchida com data da cirurgia previamente agendada.
- 6 – Os pacientes de Aguai deverão ser encaminhados com as consultas pré-anestésicas e os exames pré-operatórios prontos.
- 7 – As cirurgias serão realizadas de acordo com a pactuação:

Cirurgia	Quantidade mensal
Ginecológica	09
Geral	18
Urológica	07
Ortopédica	07
Otorrinolaringológica	03
Trat. Odontológico para pacientes com necessidades especiais	10
Total de São João da Boa Vista	54

Indicador da Meta 8	
Objetivo	Verificar a realização das cirurgias eletivas de Aguai



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

57
273/16

Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar 13 cirurgias eletivas mensais de Aguaí conforme pactuação.
Valoração	Realizou 50 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; Realizou de 41 a 49 cirurgias no quadrimestre = 35 pontos; Realizou de 37 a 40 cirurgias no quadrimestre = 15 pontos; Abaixo de 37 cirurgias no quadrimestre = não pontua.

Observações:

Cirurgia	Quantidade mensal
Ginecológica	2
Geral	9
Urológica	1
Ortopédica	1
Total de Aguaí	13

Indicador da Meta 9	
Objetivo	Verificar a realização das cirurgias eletivas de Águas da Prata
Aferição	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4
Meta	Realizar 05 cirurgias eletivas mensais de Aguaí conforme pactuação.
Valoração	Realizou 19 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; Realizou de 16 a 18 cirurgias no quadrimestre = 35 pontos; Realizou de 14 a 15 cirurgias no quadrimestre = 15 pontos; Abaixo de 14 cirurgias no quadrimestre = não pontua.

[Handwritten signatures]



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

58
273176

Cirurgia	Quantidade mensal
Ginecológica	01
Geral	02
Urológica	01
Ortopédica	01
Total de Águas da Prata	05

2 – METAS FINANCEIRAS

2.1 - AMBULATÓRIO

Indicador da Meta 1	
Objetivo	Manter as metas financeiras de acordo com o que consta no contrato e no Plano Operativo
Aferição	$\frac{\text{Faturamento aprovado}}{\text{Teto SIA mensal}} \times 100$
Meta	A relação entre o faturamento aprovado e o teto SIA mensal devem ficar acima de 95%
Valoração	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; < 70% = não pontua.

Indicador da Meta 2	
Objetivo	Verificar se as metas financeiras estão de acordo com o número de internações ou de diárias hospitalares, que consta no Contrato no Plano Operativo.
Aferição	$\frac{\text{Faturamento aprovado}}{\text{Teto SIH mensal}} \times 100$
Meta	A relação entre o faturamento aprovado e o teto SIH mensal devem ficar acima de 95%
Valoração	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos;



59
243176

70 a 79,9% da meta = 30 pontos;
menor de 70% = não pontua.

3 – METAS QUALITATIVAS

Meta: Manter de forma integral os plantões das especialidades pactuadas nos seguintes termos:

1 – CLÍNICA CIRÚRGICA

Considerações gerais:

- a) Atendimento no plantão à distância no prazo máximo de 30 minutos após ser contatado;
- b) Deverão ser realizadas todas as cirurgias de urgências, observando a média de 29 cirurgias eletivas por mês, que serão agendadas pelo setor de agendamento do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista;
- c) Acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);
- d) Contrarreferência dos casos dos pacientes internados para as Unidades de Saúde de origem ou residência, com prescrição de tratamento com medicamento padronizado na rede, sempre que possível.
- e) Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

2 – Ginecologia e Obstetrícia:

- a) Plantão médico por ginecologista/obstetra de 24 horas/dia, no hospital;
- b) Na área ambulatorial: urgência/emergência espontânea e referenciada na área de ginecologia/obstetrícia, consultas médicas com observação, 1ª consulta médica de urgência para mulheres que tenham sofrido violência sexual, respeitando o Protocolo de Atendimento do Ministério da Saúde, pequenas cirurgias ambulatoriais ginecológico/obstetrícia.
- c) Na internação:



60
273/16

- I – Garantir internação, para atendimento obstétrico dos pacientes do SUS;
- II – Os partos do SUS deverão ser realizados exclusivamente pelos plantonistas;
- III – Garantia de realização pelos anestesistas de analgesia do parto, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização e Rede Cegonha do Ministério da Saúde;
- IV – Garantia de realização de 12 cirurgias ginecológicas eletivas por mês;
- V – Realizar atividades de incentivo ao aleitamento materno, conforme diretriz da Rede Cegonha;
- VI – Contrarreferenciar o paciente para a Unidade Básica de origem, utilizando-se o cartão da gestante após o parto;
- VII - Acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);
- VIII – Permitir a presença de acompanhante, salvo expressa contraindicação médica, durante o atendimento à parturiente, especialmente em caso de adolescente;
- IX – Realizar partogramas em todos os partos;
- X – Realizar profilaxia para redução da transmissão vertical nas parturientes soropositivas para o HIV e sífilis;
- XI – Desenvolver e viabilizar as atividades educativas realizadas pelas Unidades de Saúde e de humanização, visando a preparação das gestantes para o plano de parto e de amamentação do recém-nascido, recebendo as gestantes das Unidades de Saúde, para uma visita pré-agendada, à maternidade;
- XII – Diminuir o percentual de cesáreas, aumentar em 2% por quadrimestre o percentual de partos vaginais;
- XIII - Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

3 – NA CLÍNICA MÉDICA

Considerações gerais:

- a) Plantão médico nas 24 horas/dia, no hospital;
- b) Atendimento e continuidade do cuidado médico com evolução adequada nas 24 horas;



61
273176

- c) Passar visita diariamente a todos os pacientes internados;
- d) Solicitar avaliação dos especialistas, quando necessário;
- e) contrarreferenciar os pacientes internados para as Unidades Básicas de Saúde de origem (com prescrição de tratamento com medicamento padronizado na rede, quando possível).
- f) Acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);
- g) Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

4 – Neurologia/Neurocirurgia:

- a) Atendimento dos plantões à distância no prazo máximo de 30 minutos após ser contatado;
- b) Garantia do atendimento inicial, seguimento ambulatorial, acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);
- c) Passar visita diariamente a todos os pacientes internados;
- d) Realizar as cirurgias, de urgência e eletiva de acordo com a portaria 756, de dezembro de 2005, ou providenciar transferência quando necessário;
- e) Contrarreferenciar os pacientes internados para as Unidades Básicas de Saúde de origem (com prescrição de tratamento de medicamento padronizado na rede, quando possível), acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);
- f) Realizar atendimento dos casos encaminhados pelos municípios de referência, na Rede de Urgência e Emergência – RUE, tanto para atendimento e acompanhamento ambulatorial, como realização de cirurgias de urgência e eletivas, de acordo com o preconizado na portaria de habilitação do serviço.
- g) Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

5 – Ortopedia:



62
273/176

- a) Atendimento a todos os pacientes com trauma ortopédico de urgência e emergência (até dois dias) com plantão “in loco”, das 07 as 19 horas (exceto aos sábados, domingos, feriados e pontos facultativos locais) e no restante do período em plantão à distância com demora de atendimento de no máximo 30 minutos;
- b) Garantia do atendimento inicial, seguimento ambulatorial, acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada), encaminhamento fisioterápico quando necessário e realização das cirurgias de urgência;
- c) Realizar, em média, 09 cirurgias eletivas de média complexidade por mês (07 pacientes de São João da Boa Vista, 01 de Aguai e 01 de Aguas da Prata), que serão agendadas pela Unidade de Avaliação e Controle, do Departamento Municipal de Saúde, após avaliação e indicação do ortopedista;
- d) Realizar as cirurgias de urgência e eletiva, de acordo com a portaria 90, de março de 2009, ou providenciar transferência, quando necessário. Acompanhar o paciente até a alta (alta qualificada);
- e) Realizar atendimento dos casos encaminhados pelos municípios de referência, na Rede de Urgência e Emergência – RUE, tanto para atendimento e acompanhamento ambulatorial como realização de cirurgias de urgências e eletivas, de acordo com o preconizado na portaria de habilitação do serviço e acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada).
- f) Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

6 – Anestesiologia:

- a) Atendimento no plantão à distância no prazo máximo de 30 minutos ao ser contatado;



63
273/176

- b) Garantir o atendimento de todas as cirurgias (urgências e eletivas) e procedimentos que necessitem de anestesia;
- c) Garantir a realização de 111 (cento e onze) avaliações pré-anestésicas por mês;
- d) Garantir a realização de analgesia do parto.

7 – Pediatria:

- a) Plantões médicos de 24 horas, por médico pediatra, sendo 12 horas noturnas no hospital e 12 horas diurnas (plantão à distância, com compromisso de atender ao chamado do hospital imediatamente);
- b) Na internação:
 - I – Garantir internação para o atendimento pediátrico dos pacientes do SUS;
 - II – Garantir recepção e acompanhamento de todos os recém-nascidos, pelo médico pediatra;
 - III – Realizar atividades de incentivo ao aleitamento materno;
 - IV – Realizar o APGAR e preencher a Declaração de Nascidos Vivos em 100% dos casos;
 - V – Dar assistência aos pacientes internados na Unidade do Berçário, nascidos na Santa Casa;
 - VI – Dar assistência às crianças internadas na Pediatria da Santa Casa, vindas do Sistema Público para internação na Santa Casa;
 - VIII – Dar respaldo logístico ao colega plantonista no Pronto Socorro Municipal nas emergências pediátricas por eles atendidas.
 - IX - Acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);



64
273116

X - Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

Observações:

Os pacientes submetidos à procedimento cirúrgico deverão, no momento da alta, ser informados sobre a data e horário da consulta de retorno. As consultas de retorno deverão ser agendadas para o prazo máximo de 15 dias, salvo indicação médica em contrário.

Havendo causa que determine o cancelamento de consulta previamente agendada, o paciente deverá ser informado, no ato da dispensa, sobre o dia e horário da consulta reagendada. Ademais, a Conveniada deverá, no prazo de 48 horas, comunicar expressamente ao município de origem, os motivos que ocasionaram o cancelamento da consulta e a data reagendada. O descumprimento dessas orientações, quando denunciadas pelos gestores, será analisado no processo de avaliação periódica.

Indicador da Meta 1	
Objetivo	Verificar a oferta dos plantões com especialistas.
Aferição	Escalas das especialidades: 1 - Clínica cirúrgica; 2 - Ginecologia e Obstetrícia; 3 - Clínica médica; 4 - Neurologia e Neurocirurgia; 5 - Ortopedia; 6 - Anestesiologia; 7- Pediatria.
Meta	Manter de forma integral os plantões das especialidades pactuadas.
Valoração	Atribuir 14,29 pontos para cada item atendido do indicador.

Indicador da Meta 2	
Objetivo	Manter o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado e formalizado pelo Responsável (serviços/equipamentos)
Aferição	Comprovante: Relatório completo, atualizado e devidamente assinado pelo responsável.
Meta	Manter 100% dos cadastros CNES regularizados em relação ao



65
273116

	quadrimestre em avaliação.
Valoração	Meta cumprida = 50 pontos; Não cumpriu= não pontua

Observação:

O relatório reduzido extraído do site do CNES deve estar assinado pelo responsável do estabelecimento e enviado à Unidade de Avaliação e Controle do Departamento Municipal de Saúde para avaliação até o dia 15 do mês subsequente ao último mês do quadrimestre.

Indicador da Meta 3	
Objetivo	Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES com todos os profissionais, de forma integral e atualizada.
Aferição	Comprovante: Relatório completo, atualizado e devidamente assinado pelo responsável.
Meta	Manter 100% dos profissionais cadastrados no CNES.
Valoração	Meta cumprida = 100 pontos; Não cumpriu= não pontua.

Observação:

A documentação deve conter a assinatura do responsável pelo estabelecimento e enviada à Unidade de Avaliação e Controle do Departamento Municipal de Saúde para avaliação até o dia 15 do mês subsequente ao último mês do quadrimestre.

Indicador da Meta 4	
Objetivo	Constatar a efetiva atuação da Comissão de Revisão de Prontuários.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado, termo de nomeação da Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas; 2 - Relatório analítico dos prontuários vistoriados, por especialidades, conforme modelo proposto no anexo III;
Meta	Manter atualizada a composição da Comissão e seu Regimento Interno. Quanto aos prontuários examinados - por busca ativa ou por amostragem - 20 % devem ser das ESPECIALIDADES BÁSICAS: 5% de Pediatria, 5% de Obstetrícia, 5% de Clínica Médica; e 10% das internações de alta



66
273116

	complexidade, com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas.
Valoração	item 1 cumprido = 10 pontos; item 2 cumprido = 90 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 5	
Objetivo	Constatar a efetiva atuação da Comissão de Óbitos.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado, termo de nomeação da Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre; 2 - Relatório analítico das causas terminais e básicas dos óbitos e medidas adotadas; 3 - Notificação dos óbitos maternos e neonatais.
Meta	Manter atualizada a Comissão e o Regimento Interno, apresentar as atas das reuniões, os relatórios dos óbitos conforme modelo proposto (considerando a causa terminal e a causa básica) com análise dos itens solicitados e medidas adotadas. Também, a notificação dos óbitos maternos e neonatais, informando o nome da mãe, endereço, idade e unidade de saúde em que realizou o pré-natal.
Valoração	item 1 cumprido = 30 pontos; item 2 cumprido = 50 pontos; item 3 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 6	
Objetivo	Constatar a efetiva atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado, termo de nomeação da Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre com as medidas adotadas; 2 - Relação de remessa devidamente assinado pela Vigilância Epidemiológica, de acordo com o cronograma, referente às planilhas mensais; 3 - termo de divulgação de dados à Vigilância Epidemiológica e às equipes da Instituição;
Meta	Manter atualizada a comissão e o Regimento Interno, apresentar as atas das reuniões com análise dos dados epidemiológicos, comparação entre



62
273/116

	os meses e medidas adotadas (quando houver). Também, apresentar as Planilhas Mensais conforme modelo proposto pelo CVE/SES. e divulgar os dados às Equipes da Instituição.
Valoração	item 1 cumprido = 30 pontos; item 2 cumprido =50 pontos; item 3 cumprido=20 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 7	
Objetivo	Constatar a efetiva atuação da Comissão de Ética Médica.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado e termo de nomeação da Comissão; 2 - Apresentação das listas de presenças nas reuniões com as assinaturas dos membros;
Meta	Manter atualizada a comissão e Regimento Interno e apresentar lista de presença nas reuniões com data e assinatura dos membros.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido =30 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 8	
Objetivo	Constatar a efetiva atuação da Comissão de Farmacologia.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado e termo de nomeação da Comissão; 2 - Apresentação das atas das reuniões com as assinaturas dos membros, relatando os principais problemas e as estratégias adotadas para as resoluções;
Meta	Manter atualizada a comissão e Regimento Interno e apresentar as atas das reuniões realizadas apontando os principais problemas e estratégias adotadas para resolução.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido =30 pontos;



68
27/3/16

Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 9	
Objetivo	Constatar a efetiva aplicação do Plano Anual de Capacitação (PAC) .
Aferição	$\frac{\text{Nº de treinamentos realizados}}{\text{Nº de treinamentos previstos no PAC}} \times 100$
Meta	Elaborar e cumprir efetivamente o Plano Anual de Capacitações.
Valoração	90 a 100% = 100 pontos 80 a 89% = 60 pontos 70 a 79% = 30 pontos Abaixo de 70% = não pontua

Observações:

O plano anual de capacitação devera ser encaminhado, devidamente assinado à Unidade de Avaliação e Controle na avaliação do 1º quadrimestre. Havendo alteração no plano no decorrer do ano, estas deverão ser comunicadas e justificadas por ocasião da avaliação do quadrimestre em que ocorrerem as alterações.

Indicador da Meta 10	
Objetivo	Verificar o nível de satisfação dos clientes externos e acompanhantes.
Aferição	$\frac{\text{nº de clientes externos pesq.}}{\text{número de internações no período}} \times 100$
Meta	Realizar pesquisa de satisfação de no mínimo, 25 % das internações do periodo e tabular os dados, conforme o modelo proposto e informar as ocorrências correlatas registradas no setor de ouvidoria.
Valoração	Acima 75% de bom e ótimo -= 50 pontos; Entre 50 e 74% de bom e ótimo = 25 pontos; Entre 50% a 30% = 10 pontos Abaixo de 30% de bom e ótimo ou menos que 25% da taxa de retorno das internações ou não implementado - não pontua.



69
273116

Indicador da Meta 11	
Objetivo	Assegurar aos gestores municipais a possibilidade de apresentar reclamações sobre o cumprimento das metas descritas neste Plano Operativo.
Aferição	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamações atendidas}}{\text{N}^\circ \text{ de reclamações apresentadas}} \times 100$
Meta	Apresentar, no prazo de 15 dias, justificativas e medidas resolutivas adotadas sobre os fatos que, devidamente documentados pelos gestores, não observarem os preceitos elencados neste Plano Operativo.
Valoração	Atendeu de 95% a 100% = 100 pontos 80% a 94% = 70 pontos 70% a 79% = 20 pontos <70% = não pontua

Obs: As reclamações deverão ser encaminhadas, devidamente documentadas, ao Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista (setor UAC). Havendo elementos que caracterize a irregularidade apresentada, as reclamações serão encaminhadas à Conveniada para manifestação dentro do prazo constante no indicador. Após, as manifestações serão juntadas no período quadrimestral e durante o processo de avaliação serão analisadas nos termos deste indicador.

Indicador da Meta 12	
Objetivo	Assegurar o direito de visitas aos pacientes.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação da regulamentação dos horários de visitas estabelecidas descrevendo os critérios adotados para a visita ampliada; 2 - Instalação de placa indicativa dos horários de visitas, em local visível.
Meta	Manter dois horários de visita hospitalar, sendo 01 horário após as 18 horas e placa indicativa visível, garantindo 08 horas diárias.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.



20
273/16

Indicador da Meta 13	
Objetivo	Incentivar a implantação das ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, nos termos da portaria 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013.
Aferição	Comprovantes: 1 – Descrição das ações praticadas visando a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e a elaboração de planos; 2 – Elaboração de protocolos de atuação.
Meta	Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente, a elaboração de planos para a segurança do paciente e os protocolos de atuação.
Valoração	Item 1 cumprido = 30 pontos; Item 2 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua;

Obs: O indicador acima é válido para a avaliação do 1º quadrimestre, a partir da avaliação do 2º quadrimestre as ações para a implantação do serviço devem estar concluídas.

Indicador da Meta 14	
Objetivo	Verificar se o serviço de farmácia está de acordo com a legislação vigente.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação do Manual de normas e rotinas atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado. 2 - Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária, com parecer favorável; 3 - Manutenção de profissional farmacêutico.
Meta	Manter o Manual de normas e rotinas atualizado, contendo o controle, distribuição e padronização de medicamentos, regularizados pela Portaria 344/98. Também, apresentar relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária com parecer favorável e manutenção da presença do profissional farmacêutico.
Valoração	Item 1 cumprido = 40 pontos; item 2 cumprido = 40 pontos; item 3 cumprido = 20 pontos Não comprovou = não pontua.



71
273/126

Indicador da Meta 15	
Objetivo	Verificar se o serviço de Nutrição e Dietética está de acordo com a legislação vigente.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação do Manual de normas e rotinas atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado. 2 - Apresentar os protocolos clínicos nutricionais e cardápios; 3 - Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária, com parecer favorável; 4 - Manutenção de profissional Nutricionista.
Meta	Manter o Manual de normas e rotinas atualizado, possuir protocolos clínicos nutricionais e cardápios atualizados. Manter a área física de acordo com a legislação (RDC 50/2002). Também, apresentar relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária com parecer favorável e manutenção da presença do profissional Nutricionista.
Valoração	item 1 cumprido = 30 pontos; item 2 cumprido = 20 pontos; item 3 cumprido = 30 pontos; item 4 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua.

Observação:

Os protocolos clínico-nutricionais e os cardápios para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital devem ser diferenciados para as fases do ciclo de vida (principalmente crianças, adultos e idosos); e por nível de atendimento (ambulatorial, emergência, cirúrgico, pediátrico, internações gerais e unidades intensivas).

Indicador da Meta 16	
Objetivo	Verificar o alinhamento dos processos visando à qualidade dos materiais esterilizados usados na assistência aos pacientes.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação da regulamentação do Manual de Normas e Rotinas devidamente atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado; 2 - Laudo atualizado da Vigilância Sanitária com avaliação favorável quanto à infraestrutura;



273176

	3 - Equipamentos com manutenção preventiva e prontuário.
Meta	Manter o Centro de Material Esterilizado funcionando adequadamente com manual de normas e rotinas e capacidade técnica operacional necessária (infraestrutura física adequada conforme legislação, recursos materiais e equipamentos - com manutenção preventiva e prontuário). Também, com o laudo da Vigilância Sanitária favorável.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido = 10 pontos; item 3 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 17	
Objetivo	Verificar as condições de trabalho dos funcionários, proporcionando ambiente de trabalho seguro e adotando medidas eficazes para diminuição do absenteísmo.
Aferição	Comprovantes (anexo VI): 1 - Apresentação de relatório mensal dos acidentes e doenças do trabalho; 2 - Apresentação de relatório com as medidas estabelecidas para minimizar o absenteísmo e os riscos no trabalho; 3 - Apresentação de relatório com ausência e dias de afastamento.
Meta	Minimizar o absenteísmo na Instituição reduzindo o aparecimento de doenças do trabalho, diminuir 5%, em relação ao quadrimestre anterior, a ocorrência de acidentes de trabalho.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido = 20 pontos; item 3 cumprido = 10 pontos; Não comprovou = não pontua.

Observações:

O relatório deve identificar os acidentes e doenças do trabalho com a caracterização dos casos constando idade, sexo, local de atuação do trabalhador, circunstância da ocorrência, quais as medidas que estão sendo tomadas para minimizar o absenteísmo e os riscos no trabalho e o número de funcionários ausentes identificando a função, local de trabalho, motivo do afastamento e número de dias que ficou afastado.

Indicador da Meta 18



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

73
273176

Objetivo	Constatar a notificação de todos os acidentes de trabalho atendidos pela Instituição.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação de relatório das notificações; 2 - Apresentação de relação de remessa assinado pelo CEREST, referente ao envio das planilhas, nos termos do plano operativo;
Meta	Notificar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme modelo proposto pelo CEREST, e de acordo com legislação vigente (Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014); Enviar para o CEREST planilha e ficha de notificação de acidente de trabalho completamente preenchida, conforme modelo proposto, toda segunda-feira.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 19

Objetivo	Constatar a efetiva atuação do Comitê Transfusional.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno e termo de nomeação do Comitê Transfusional na avaliação do 1º quadrimestre, nas demais apresentar termo conforme o anexo VII; 2 - Apresentação dos relatórios de frequência das reuniões com as assinaturas dos membros e relatório descrevendo os principais problemas e as estratégias adotadas.
Meta	Manter atualizado o Comitê Transfusional e o Regimento Interno; Apresentação das atas das reuniões realizadas apontando os principais problemas e estratégias adotadas para resolução.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido = 30 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 20

Objetivo	Manter o serviço de hemoterapia de acordo com a legislação vigente.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão atualizado, de acordo com as normas vigentes, para a avaliação do 1º quadrimestre, nas demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado; 2 - Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária, com parecer



273/16 74

	favorável; 3 - Manutenção de responsável técnico.
Meta	Manter o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão, atualizado, conforme legislações vigentes. Possuir área física de acordo com a legislação RDC 50/2002. Apresentar relatório anual de vistoria pela equipe de Vigilância Sanitária; Manter a presença do responsável técnico.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido = 40 pontos; item 3 cumprido = 40 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 21	
Objetivo	Verificar a efetividade das ações da Comissão Intra-hospitalar de Captação de órgãos.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno e termo de nomeação da Comissão para a avaliação do 1º quadrimestre, para as demais avaliações enviar o termo do anexo VII; 2 - Apresentação das listas de frequência das reuniões com as assinaturas dos membros, relatórios elaborados referentes às atividades desenvolvidas pela Comissão e planilha de controle CIHDOTT, conforme anexo XII.
Meta	Manter a comissão instituída com a manutenção de seus membros atualizada; Manter Regimento Interno atualizado; Apresentação de relatórios das atividades desenvolvidas pela Comissão.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 22	
Objetivo	Verificar as ações para a ampliação e qualificação da atenção ao parto e também ao direito da parturiente a 1 (um) acompanhante de livre escolha durante o período de trabalho de parto, nos moldes da Lei 8.080/1990.
Aferição	$\frac{\text{Número de partos vaginais}}{\text{número total de partos}} \times 100$ E mais: Relatório dos cursos para gestantes discriminando a frequência e o tema abordado e também o comprovante de presença dos acompanhantes durante os trabalhos de parto.
Meta	Aumentar em 2% por quadrimestre o percentual de partos vaginais, até atingir no mínimo 75% do total de partos vaginais; Realizar curso para



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwiges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

273116

	gestantes e conscientizá-las dos benefícios do parto normal. Permitir a presença de 1 (um) acompanhante de livre escolha na sala de parto, nos termos legais.
Valoração	Comprovação baseada no quadrimestre anterior, de aumento de 2% de partos vaginais = 60 pontos; Apresentação de comprovante de presença de acompanhante na sala de parto = 25 pontos Apresentação dos cursos para gestantes, nos moldes do indicador = 15 pontos; Não apresentou comprovação conforme solicitado = não pontua.

Indicador da Meta 23	
Objetivo	Assegurar a participação de representante da Instituição Conveniada no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil e monitorar a efetividade de suas ações.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação de Relatório atualizado com os nomes dos representantes da Conveniada que atuam como membros do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil; 2 – Apresentação das atas das reuniões ocorridas no quadrimestre avaliado.
Meta	Manter, no mínimo 2, representantes da Conveniada no Comitê de Mortalidade Materno e Infantil. Manter o número de ocorrências dentro do padrão de redução progressiva.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da meta 24	
Objetivo	Verificar a oferta de diagnóstico de DST/HIV/ AIDS para as gestantes e tratamento para os RN de mães soropositivas.
Aferição	Comprovantes: 1 - Apresentação de planilha analítica com os percentuais sobre as realizações de testes rápidos para HIV nas parturientes que não apresentaram teste HIV no pré-natal, anexo X; 2 - Apresentação de planilha analítica com os percentuais sobre as realizações de exames de VDRL e TPHA nas gestantes que ingressarem



273116 X6

	na maternidade para partos, anexo X; 3 - Relatório analítico sobre a administração de AZT xarope aos RN de mães soropositivas, anexo X.
Meta	Realização de teste rápido para HIV em sangue periférico em 100% das parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal; Realização de VDRL e TPHA confirmatório (reagente para VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto conforme Portaria 2.104/GM, de 19/11/2002; Disponibilizar AZT xarope na maternidade para RN 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.
Valoração	item 1 cumprido = 20 pontos; item 2 cumprido = 20 pontos; item 3 cumprido = 10 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 25	
Objetivo	Verificar o alinhamento dos processos de atendimentos das urgências e emergência encaminhadas pelo Pronto Socorro Municipal, SAMU e o Serviço de Resgate, de acordo com os protocolos de condutas.
Aferição	Comprovantes: Protocolos atualizados para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado: 1 - Urgência/Emergência; 2 - Ginecologia/Obstetrícia; 3 - Traumatologia-ortopedia. 4 - Neurologia/Neurocirurgias.
Meta	Manter atualizados os Protocolos de Condutas das Patologias mais frequentes na urgência e emergência, ginecologia/obstetrícia, Traumatologia-ortopedia e Neurologia/neurocirurgia.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; item 3 cumprido = 25 pontos; item 4 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 26	
Objetivo	Verificar as condições da Enfermaria de Retaguarda Clínica
Aferição	Comprovantes:



77
273/196

	- Relatórios diários para a UAC com as internações realizadas nos leitos da enfermaria clínica de retaguarda.
Meta	Manter Enfermaria Clínica de Retaguarda com os leitos clínicos existentes (habilitados e qualificados, nos termos da Portaria nº 2395, de 11 de outubro de 2011) com taxa de ocupação média mínima em 85% (oitenta e cinco por cento); Enviar relatório diário para a UAC, enquanto não houver a identificação dos leitos pelo sistema do Ministério da Saúde, com as internações realizadas nos leitos da enfermaria clínica de retaguarda.
Valoração	Meta cumprida = 100 pontos; Não cumprida = não pontua.

Indicador da Meta 27	
Objetivo	Verificar se a taxa de ocupação de leitos está de acordo com as normas prescritas pelo Sistema Único de Saúde.
Aferição	$\frac{n^{\circ} \text{ pacientes-dia} \times 100}{\text{Leitos operacionais}}$
Meta	A relação entre o número de pacientes-dia e os leitos operacionais deve ficar acima de 85% (Portaria nº 2395, de 11 de outubro de 2011)
Valoração	Taxa de ocupação acima de 85% = 100 pontos; Taxa de ocupação de 60% a 80% = 50 pontos; Taxa de ocupação abaixo de 60% = não pontua.

Indicador da Meta 28	
Objetivo	Verificar se o tempo médio de permanência para leitos de clínica médica está de acordo com as normas prescritas pelo Sistema Único de Saúde.
Aferição	$\frac{n^{\circ} \text{ pacientes dia internado na clinica medica, durante determinado periodo}}{N^{\circ} \text{ pacientes saídos no mesmo periodo}}$
Meta	A relação entre o número de pacientes-dia internados na clínica médica e o número de pacientes saídos no mesmo período devem resultar no tempo médio de permanência menor que 5 dias
Valoração	Tempo médio de permanência menor que 5 dias = 100 pontos; Tempo médio de permanência de 5 a 7 dias = 50 pontos; Tempo médio de permanência maior que 7 dias = não pontua.

Indicador da Meta 29	
Objetivo	Verificar se o tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos está de acordo com as normas prescritas pelo Sistema Único de Saúde.



78
273/16

Aferição	$\frac{\text{n}^\circ \text{ pacientes dia internado na clínica cirúrgica, durante determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes saídos no mesmo período}}$
Meta	A relação entre o número de pacientes-dia internados na clínica cirúrgica e o número de pacientes saídos no mesmo período devem resultar no tempo médio de permanência menor que 5 dias
Valoração	Tempo médio de permanência menor que 5 dias = 100 pontos; Tempo médio de permanência de 5 a 7 dias = 50 pontos; Tempo médio de permanência maior que 7 dias = não pontua.

Indicador da Meta 30

Objetivo	Verificar a diminuição da taxa de mortalidade institucional.
Aferição	$\frac{\text{Qtd. de óbitos após 24 horas em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas no mesmos período}} \times 100$
Meta	Diminuir a taxa em relação ao quadrimestre anterior
Valoração	Taxa diminuída = 100 pontos; Taxa mantida = 50 pontos; Taxa aumentada = não pontua.

Indicador da Meta 31

Objetivo	Verificar se a taxa de ocupação de leitos de UTI está de acordo com as normas prescritas pelo Sistema Único de Saúde.
Aferição	$\frac{\text{N}^\circ \text{ paciente-dia na UTI em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de Leitos de UTI ocupados no mesmos período}} \times 100$
Meta	Manter a taxa de ocupação de leitos de UTI acima de 80%.
Valoração	Taxa acima de 80 % = 100 pontos; Taxa de 60% a 80% = 50 pontos; Taxa abaixo de 60% = não pontua.

Indicador da Meta 32

Objetivo	Verificar se há participação de representantes da Santa Casa na Comissão de Avaliação e se está sendo enviado o material para avaliação no prazo fixado no plano operativo.
----------	---



273/126 79

Aferição	Comprovação de: 1 - Relatório atualizado com os nomes dos representantes; 2 - Entrega do material no prazo fixado;
Meta	Manter representantes efetivos no processo de avaliação. Cumprir os prazos fixados para a remessa de material para avaliação.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.

Observação:

- a) A Conveniada se compromete a manter equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de Ofício.
- b) A equipe indicada será responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados, que estão pactuados neste Plano Operativo, nos prazos fixados no cronograma anual que será disponibilizado no início de cada ano. Deverá ainda participar das reuniões de avaliação no Departamento Municipal de Saúde.

Indicador da Meta 33	
Objetivo	Verificar a regularização anual das licenças / alvarás da Vigilância Sanitária, parecer técnico do Corpo de Bombeiros ou, excepcionalmente, o protocolo de renovação.
Aferição	Comprovação de: Licenças/Alvarás regularizados dentro do prazo legal;
Meta	Manter as licenças/alvarás regularizados nos termos das leis vigentes, em laudo expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros apresentados para avaliação.
Valoração	Comprovante apresentado = 50 pontos; Não apresentou = não pontua.

Obs: A Conveniada se compromete a apresentar anualmente as licenças/alvarás da Vigilância Sanitária, parecer técnico do Corpo de Bombeiros ou o protocolo de renovação.

Indicador da Meta 34



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

30
273/16

Objetivo	Verificar a vigência dos contratos de manutenção dos equipamentos e o cronograma de manutenção preventiva com os respectivos relatórios das atividades executadas.
Aferição	Comprovação de: 1 - Todos os contratos de manutenção vigentes; 2 - Cronograma de manutenção preventiva atualizado; e 3 – Relatórios das atividades executadas.
Meta	Manter os contratos de manutenção preventiva em estado de vigência e o respectivo cronograma de manutenção atualizado.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 10 pontos; item 3 cumprido = 15 pontos; Não comprovou = não pontua.

Indicador da Meta 35	
Objetivo	Verificar a periodicidade da limpeza das caixas d'água e as ações para o controle de pragas, nos termos da RDC 63, de 25 de novembro de 2011.
Aferição	Comprovação de: 1 - laudos atualizados sobre as limpezas das caixas d'água, expedidos pelas empresas contratadas; 2 - laudos referentes ao efetivo controle de pragas, expedidos pelas empresas contratadas;
Meta	Manter limpeza das caixas d'água, controle de pragas, de acordo com as normas específicas.
Valoração	item 1 cumprido = 25 pontos; item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.

Obs: Manter a limpeza semestral nas caixas d'água, controle de pragas, de acordo com as normas específicas, apresentando documentação que comprove essas atividades.

VI – DETALHAMENTO DO SISTEMA DE PAGAMENTO E DOS RECURSOS FINANCEIROS.



273176 81

Programação Orçamentária		
Pós-fixado	Mensal	Anual
Alta Complexidade Hospitalar	69.000,00	828.000,00
Alta Complexidade Ambulatorial	148.000,00	1.776.000,00
FAEC	110.000,00	1.320.000,00
Pré-fixado	Mensal	Anual
Média Complexidade Hospitalar	394.459,60	4.733.515,20
Média Complexidade Ambulatorial	85.500,00	1.026.000,00
INTEGRASUS	14.503,01	174.036,12
IAC	207.591,82	2.491.101,84
Custeio	20.898,50	250.782,00
Cateterismo e angioplastia **	8.000,00	96.000,00
Recurso Financeiro de Fonte Municipal	Mensal	Anual
Plantões médicos	207.526,66	2.490.319,92
Incentivo às Redes Temáticas de Atenção à Saúde	Mensal	Anual
Rede de Urgência e Emergência – RUE	111.551,79	1.338.621,48
TOTAL	1.377.031,38	16.524.376,56

* Já incluído o teto do município de Aguai.

** Serão realizados em média/mês 08 Cateterismos cardíacos e 03 Angioplastias aos municípios de São João da Boa Vista, a contratada receberá a importância dos serviços prestados de acordo com os valores previstos na Tabela do Ministério da Saúde – SUS.

A contrapartida do Município referente ao Pró Santa Casa II é de R\$ 18.847,76 (dezoito mil, oitocentos e quarenta e sete reais e setenta e seis centavos) sendo que este valor já está incluído nos R\$ 207.526,66 (duzentos e sete mil, quinhentos e vinte seis reais e sessenta e seis centavos) demonstrados na tabela acima.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

27/3/16

VII – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO.

A avaliação de desempenho da Instituição será realizada pela Comissão de Avaliação composta por representantes dos Municípios de São João da Boa Vista, Aguai, Aguas da Prata e Tambaú, juntamente com os representantes da Conveniada. As avaliações serão quadrimestrais, na segunda quinzena do mês subsequente ao fechamento do quadrimestre, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, conforme tabela abaixo, sendo que a documentação deverá ser entregue até o dia 15 do mês subsequente e as modificações de valores eventualmente apuradas serão descontadas no mês imediatamente posterior.

A avaliação e o acompanhamento da execução da Contratualização serão realizados mediante o preenchimento das planilhas disponibilizadas pelo Departamento Municipal de Saúde e apresentação da documentação solicitada nos termos deste Plano Operativo.

Nos termos da portaria 3410, de 30 de dezembro de 2013, o valor pré-fixado dos recursos será repassado mensalmente distribuindo o **valor total do recurso** em 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

Os percentuais acima descritos poderão ser alterados entre o ente federativo contratante (Município) e o hospital respeitando o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas.



27/3/16 83

Para a avaliação e monitoramento deverão ser observados os parâmetros de aferição, nos moldes dos quadros seguintes.

METAS QUANTITATIVAS (60% do recurso)

Objeto de avaliação	Pontos possíveis	Pontos obtidos	(%)
Metas físicas (17)	1200		
Metas financeiras (2)	200		
TOTAL	1400		

Parâmetros de aferição

Percentual de Pontos obtidos	Percentual de corte nos repasses
0-10%	Exclusão
10,1 – 50%	30%
50,1 – 60%	20%
60,1 – 70%	10%
70,1 - 75%	5%
75.1 - 100%	0%

METAS QUALITATIVAS (40% do recurso)



84
273116

Objeto de avaliação	Pontos possíveis	Pontos obtidos	(%)
Metas qualitativas(35)	2650		
TOTAL	2650		

Parâmetros de aferição

Percentual de Pontos obtidos	Percentual de corte nos repasses
0-10%	Exclusão
10,1 – 50%	30%
50,1 – 60%	20%
60,1 – 70%	10%
70,1 - 75%	5%
75,1 - 100%	0%

Se a Conveniada não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas e quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e o Plano Operativo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção apresentada, mediante aprovação do gestor local.

Se a Conveniada apresentar o percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Plano Operativo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.

O cumprimento das metas pactuadas e estabelecidas no Plano Operativo deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento do convênio, conforme previsto na portaria 3410, de 30 de dezembro de 2013.

O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Unidade de Avaliação e Controle
Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_uac@saojoao.sp.gov.br

85
273116

São João da Boa Vista, 23 de novembro de 2016.

Lia Bissoli Malaman

Diretora Municipal de Saúde

Alcides Flaminio

Provedor em exercício da Santa Casa de
Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”