



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

PLANO OPERATIVO

Documento descritivo para a operacionalização das ações e serviços de saúde entre a Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros” e o Município de São João da Boa Vista.

Previsão Legal:

Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.

Período de vigência:

01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018

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 MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, o instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis,



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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


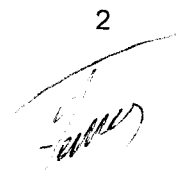
ou seja, o Termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito e o documento descritivo, neste ato denominado de Plano Operativo.

Desse modo, 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 Município de São João da Boa Vista representado pelo Departamento Municipal de Saúde firma compromisso com a Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”, por conseguinte, definem as ações e serviços de saúde que serão contratualizadas, as metas quantitativas e qualitativas que deverão ser concretizadas e, por fim, os indicadores de desempenho para o monitoramento e avaliação desta pactuação.

II – QUALIFICAÇÃO DA CONVENIADA.

Razão Social da Instituição	Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”
CNPJ:	59.759.084/0001-94
CNES	2084228
Endereço	Rua Carolina Malheiros, 92 – Vila Conrado
Município	São João da Boa Vista – SP
Provedor	Antonio Fernandes Filho
Diretor Clínico	João Vicente Marques de Oliveira
Diretor Técnico	Fernando Vieira Prado
Enfermeiro Responsável (RT)	Juliana Moussessian Goulart
Unidades vinculadas	não

  2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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

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 UNIFEQB)
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.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Demanda referenciada	Sim
----------------------	-----

2 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	
Salas	02
Ultrassonografia	02
Raios X	05 fixos e 02 móveis
Mamografia	01
Tomografia	01
Densitometria Óssea	01
Ressonância Magnética	0

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.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

5 – CENTRO CIRÚRGICO

Salas cirúrgicas	05
Horário de funcionamento	24 horas
Obs:- As cirurgias eletivas são organizadas através de escalas, observando as suas características e complexidades. Para os casos de urgência/emergência o período é integral (24 horas).	

6 – INTERNAÇÃO:

Número de leitos disponibilizados ao SUS, distribuídos por especialidades.

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 (CNES)	Leitos disponíveis ao SUS	Leitos de convênios e particulares
Adulto	10	8	2



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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 em Traumato-ortopedia	SAS 90/2009	27 de março de 2009
Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nutrição Enteral e Parenteral	SAS 120/2009	14 de abril 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; Horizonte Verde.
	Procedimentos clínicos	
	Procedimentos cirúrgicos	
	Radioterapia	
	Quimioterapia	
	Hormonioterapia	
	Procedimentos clínicos	
Procedimentos cirúrgicos		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

V - DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CONTRATUALIZADOS

PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA

Financiamento: Atenção Básica (PAB)

Descrição	Qtd.	Valor Unit.	Valor Total
GRUPO 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	80	0,00	0,00
SUBGRUPO 01 - Coleta de Material	59	0,00	0,00
0201020050 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	59	0,00	0,00
SUBGRUPO 14 - Diagnóstico por teste rápido	21	0,00	0,00
0214010015 GLICEMIA CAPILAR	21	0,00	0,00
GRUPO 03 - Procedimentos Clínicos	49	0,00	0,00
SUBGRUPO 01 - Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos	49	0,00	0,00
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	1	0,00	0,00
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	3	0,00	0,00
0301100101 INALAÇÃO/ NEBULIZAÇÃO	7	0,00	0,00
0301100144 OXIGENOTERAPIA	5	0,00	0,00
0301100152 RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	33	0,00	0,00
GRUPO 04 - Procedimentos Cirúrgicos	188	0,00	0,00
SUBGRUPO 01 - Pequena cirurgias e cirurgias de pele, tecidos subcutâneos e mucosa	188	0,00	0,00
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	188	0,00	0,00
Subtotal Geral da Atenção Básica	317	0,00	0,00

Financiamento: Média Complexidade

Descrição	Qtd.	Valor Unit.	Valor Total
GRUPO 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	5.607	0,00	48.000,87
SUBGRUPO 02 - Diagnóstico em laboratório clínico	3.798		25.747,93



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirdes

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

0202010074 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	1	10,00	10,00
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	14	1,85	25,90
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	1	3,68	3,68
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	44	2,25	99,00
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
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	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	395,80
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 (EXCESSO OU DEFICIT 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



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	43	2,73	117,39
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (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
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
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
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	1	8,67	8,67
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 ANTITRYPANOSSOMA 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



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

0202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	1	2,83	2,83
0202031179	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	1	2,83	2,83
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	27	9,00	243,00
0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	3	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)	09	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
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
0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	1	15,65	15,65



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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 DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	5	1,37	6,85
0202120031 FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH-HR	5	10,65	53,25
0202090302 PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1	1,89	1,89
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
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	1.532		15.538,62
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
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	4	8,33	33,32
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CEVICAL 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



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	150	9,50	1.425,00
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	180	6,88	1.238,40
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	42	45,00	1.893,75
0204030030 MAMOGRAFIA UNILATERAL	75	22,50	1.687,50
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	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
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
SUBGRUPO 05 - Diagnóstico por ultrassonografia	64		2.352,69
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	2	39,94	79,88
0205010040 ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	1	39,60	39,60
0205020038 ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR	4	24,20	96,80
0205020046 ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL	15	37,95	569,25
0205020054 ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINARIO	3	24,20	72,60
0205020070 ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL	1	24,20	24,20



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

0205020097 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	7	24,20	169,40
0205020100 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	4	24,20	96,80
0205020119 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	3	24,20	72,60
0205020143 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	10	24,20	242,00
0205020151 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	3	39,60	118,80
0205020186 ULTRASSONOGRRAFIA 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 AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	2	7,62	15,24
SUBGRUPO 12 - Diagnostico 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
GUPO 03 - Procedimentos Clínicos	5.767		38.672,04
SUBGRUPO 01 - Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos	1.034		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
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	148	0,63	93,24
SUBGRUPO 02 - Fisioterapia	4.658		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



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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	3.100	6,35	19.685,00
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1.340	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 LUYA GESSADA	4	40,68	162,72
0303090162 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACÁRPICO	9	17,85	160,65
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 - Pequena 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 INCISÃO 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



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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 - Cirurgia do aparelho geniturinário	1		12,97
0409070122 DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN/SKENE	1	12,97	12,97
SUBGRUPO 17 - Anestesiologia	2		37,42
0417010052 ANESTESIA REGIONAL	2	22,27	44,54
Total Geral da Média Complexidade	11.419		87.392,86

Financiamento: Alta Complexidade

Descrição	Qtd.	Valor Unit.	Valor Total
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 MAGNETICA	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	247,00
0206010052 T43OMOGRAFIA 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



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

0207010030	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	1	268,75	268,75
0207010048	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	4	268,75	1.075,00
0207010064	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	1	268,75	268,75
0207020035	REESONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX	1	268,75	268,75
0207030014	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR	2	268,75	537,50
0207030022	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ ABDOME INFERIOR	2	268,75	537,50
SUBGRUPO 08- Diagnóstico por Medicina Nuclear in vivo		13		2.482,87
0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTERIO)	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 - Diagnostico e procedimentos especiais em hemoterapia		20		200,00
0212010042	FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL	20	10,00	200,00
GUPO 03 - Procedimentos Clínicos		3.578		147.388,20
SUBGRUPO 04 - Tratamento em oncologia		3.563		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)	2.973	30,00	89.190,00
0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA	139	52,00	7.228,00
0304010316	PLANEJAMENTO 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
0304020052	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO	1	1.986,00	1.986,00
0304020060	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA	2	147,10	294,20



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA			
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
01304020338 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	1	301,50	301,50
0304020265 QUIMIOETRAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INIDFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA	1	1.062,65	1.062,65
0304020311 QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO	1	17,00	17,00
0304020338 HORMONIOTERAPIA DOP CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO – 2° 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
03040040070 QUIMIOETRAPIA 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 EPITELIA DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA – 1° LINHA	1	1.450,00	1.450,00
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	79,75
0304050067 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	1	800,00	800,00
0304050075 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA	1	800,00	800,00



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwiges

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

EM ESTÁDIO II			
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
0304050253 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA)	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	34,40	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 Geral da Alta Complexidade	3.792		172.433,83

Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC

Descrição	Qtd.	Valor Unit.	Valor Total
GUPO 03 - Procedimentos Clínicos	499		101.035,98
SUBGRUPO 05 - Tratamento em nefrologia	499		101.035,98
0305010093 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	4	194,20	776,80
0305010107 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	437		84.865,40
0305010115 HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SEMANA)	58	265,41	15.393,78
GRUPO 04 - Procedimentos Cirúrgicos	7		2.431,62
SUBGRUPO 18 - Cirurgia em nefrologia	7		2.431,62
0418010030 CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	2	600,00	1.200,00
0418010048 IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	1	200,00	200,00
0418010064 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	2	115,81	231,62



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

P/HEMODIALISE			
0418020035 RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	2	400,00	800,00
Subtotal Geral do FAEC	519		103.467,60

Subtotal PAB	0,00
Subtotal Média	87.392,86
Subtotal Alta	172.433,83
Subtotal FAEC¹	103.467,60
Total Geral	363.294,29

¹Recurso financeiro sujeito a variações referentes à produção mensal

VI - DAS DIRETRIZES GERAIS

- Média Complexidade.

A produção mensal dos procedimentos realizados deverá ser apresentada ao Departamento Municipal de Saúde, setor de Avaliação e Controle, indicando a origem dos pacientes, o médico solicitante e a quantidade produzida.

Os procedimentos de Média Complexidade serão executados de acordo com a Produção Física Orçamentária – FPO, após autorização e agendamento pelo Departamento Municipal de Saúde.

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

O valor pré-fixado será composto¹:

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges
e-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

- I – Pela série histórica de produção aprovada da media 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 de Adesão à Contratualização (IAC);
- II – Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde;
- III – Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus);
- IV – Outros recursos pré-fixados de fonte Estadual ou Municipal;
- 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 maneira³:

- 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 seguinte⁴:

O não cumprimento, pela Conveniada, das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo poderá implicar na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.

² Art. 17§ 1º da Portaria 3.410/2013

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

⁴ Art. 28 §3º da Portaria 3.410/2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- Alta Complexidade.

A produção mensal dos procedimentos realizados deverá ser apresentada ao Departamento Municipal de Saúde, setor de Avaliação e Controle, indicando a origem dos pacientes, o médico solicitante e a quantidade produzida.

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 contratante5.

- Execução dos serviços.

A Conveniada deverá cumprir as metas quantitativas e qualitativas determinada pelos indicadores de desempenho, nos termos das portarias vigentes e determinadas pelo Gestor Municipal, sob pena de descredenciamento dos serviços.

VII – DAS DIRETRIZES ESPECÍFICAS

- DAS ESPECIALIDADES CREDENCIADAS

1- Serviço de TRAUMATO-ORTOPEDIA

5 Art. 18 da Portaria 3.410/2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- a) 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.
- b) As guias de Referências deverão ser encaminhadas ao Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará das triagens e agendamentos.
- c) Serão atendidas todas as patologias Traumato-Ortopédicas, conforme a portaria 90, de 27 de março de 2009 (exceto mão).
- d) As guias de Referência deverão ser expedidas somente pelo Ortopedista ou Neurologista, em impresso próprio.
- e) A Unidade de Traumato-Ortopedia se encarregará do tratamento e da contrarreferência diretamente para a Unidade de Saúde de origem.
- f) Os exames de média e alta complexidade serão realizados no município de origem do paciente.
- g) 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.

Critérios para distribuição das vagas de consultas ambulatoriais:

Município	População IBGE/2017	População (%)	Total Consultas/mês	1ª Consulta	Retornos
Aguaí	35.508	12,6	16	6	10
Águas da Prata	8.104	2,9	4	1	3
Espírito Santo do Pinhal	44.170	15,6	19	7	12
Santa Cruz das Palmeiras	33.455	11,8	15	6	9



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Santo Antonio do Jardim	6.029	2,1	3	1	2
São João da Boa Vista	90.089	31,8	40	16	24
Tambaú	23.267	8,2	10	4	6
Vargem Grande do Sul	42.310	15,0	18	7	11
Total	282.932		125	48	77

Total 125 consultas – 40% 1ª consulta – 60% Retornos.

2- Serviço de NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

- As guias de Referências deverão ser encaminhadas ao Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará das triagens e agendamentos.
- Serão atendidas as Neurocirurgias do trauma e anomalias do desenvolvimento, Neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos e tumores do sistema nervoso.
- A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia se encarregará do tratamento e da contrarreferência diretamente para a origem.
- Os exames de média e alta complexidade serão realizados no município de origem do paciente.
- 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.

Critérios para distribuição das vagas de consultas ambulatoriais:

Município	População IBGE/2017	População (%)	Total Consultas/ mês	1ª Consulta	Retornos
Aguai	35.508	12,6	22	8	14
Águas da Prata	8.104	2,9	5	2	3



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Espírito Santo do Pinhal	44.170	15,6	28	11	17
Santa Cruz das Palmeiras	33.455	11,8	21	8	13
Santo Antonio do Jardim	6.029	2,1	4	1	3
São João da Boa Vista	90.089	31,8	56	22	34
Tambaú	23.267	8,2	14	5	9
Vargem Grande do Sul	42.310	15,0	27	10	17
Total	282.932		177	67	110

Total 177 consultas – 40% 1ª consulta - 60% Retornos.

3 - Serviços de ONCOLOGIA

- Do Financiamento

Os Serviços de Oncologia serão financiados com recursos oriundos do Sistema Único de Saúde, sendo gerenciados pelo Convenente e repassados mensalmente à Conveniada;

A cada Município será definido um valor financeiro que corresponderá ao quantitativo de procedimentos que deverão ser realizados durante o ano. Em casos que exceda o valor financeiro previamente definido o Município deverá garantir o pagamento do tratamento de seus respectivos pacientes.

- Radioterapia

a) O serviço de Radioterapia é referência para os vinte municípios do Departamento Regional de Saúde – DRS XIV, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- b) As guias de Referências deverão ser encaminhadas ao Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará das triagens e agendamentos.
- c) O Serviço de Oncologia se encarregará do tratamento do paciente e da contrarreferência diretamente para a Unidade de Saúde de origem.
- d) O Serviço de Oncologia atenderá as neoplasias das especialidades: Trato Gastrointestinal, Ginecologia, Urologia e Mama.
- e) Os exames de análises clínicas e imagem de média complexidade serão realizados no município de origem.
- f) 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.

Critérios para distribuição das vagas de Radioterapia:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Municípios	População TCU/2017	(%)	Frequência		Recurso	
			Mensal	Anual	Mensal	Anual
Aguai	35.508	12,60	3	38	5.007,35	60.088,19
Águas da Prata	8.104	2,90	1	9	1.152,49	13.829,82
Espírito Santo do Pinhal	44.170	15,60	4	47	6.199,57	74.394,90
Santo Antonio do Jardim	6.029	2,10	1	6	834,56	10.014,70
Santa Cruz das Palmeiras	33.455	11,80	3	35	4.689,42	56.273,06
São João da Boa Vista	90.089	31,80	8	95	12.637,59	151.651,13
Tambaú	23.267	8,20	2	25	3.258,75	39.105,01
Vargem Grande do Sul	42.310	15,00	4	45	5.961,13	71.533,55
SUBTOTAL	282.932	100	25	299	39.740,86	476.890,36
Estiva Gerbi	11.067	3,40	1	12	1.563,82	18.765,85
Itapira	73.844	22,60	6	78	10.394,81	124.737,70
Mogi-Guaçu	149.396	45,70	13	158	21.019,59	252.235,08
Mogi-Mirim	92.365	28,30	8	98	13.016,51	156.198,09
SUBTOTAL	326.672	100	29	345	45.994,73	551.936,72
Caconde	19.025	8,70	2	21	2.809,49	33.713,91
Casa Branca	30.144	13,90	3	34	4.488,73	53.864,75
Divinolândia	11.384	5,20	1	13	1.679,24	20.150,84
Itobi	7.853	3,60	1	9	1.162,55	13.950,58
Mococa	68.994	31,70	6	77	10.236,89	122.842,64
São José do Rio Pardo	54.734	25,20	5	61	8.137,84	97.654,08
São Sebastião da Gramma	12.317	5,70	1	14	1.840,70	22.088,42
Tapiratiba	13.062	6,00	1	15	1.937,58	23.250,97
SUBTOTAL	217.513	100	20	243	32.293,02	387.516,21
TOTAL	827.117		74	887	118.028,61	1.416.343,29

- Quimioterapia

a) O serviço de quimioterapia é referência para 46 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).

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA****DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE****Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges**

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

- b) As guias de Referências deverão ser encaminhadas ao Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará das triagens e agendamentos.
- c) O serviço de Oncologia se encarregará do tratamento do paciente e da contrarreferência diretamente para serviço de origem.
- d) Os exames de análises clínicas e imagem de média complexidade serão realizados no município de origem.
- e) 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.
- f) O serviço de Oncologia atenderá as neoplasias das especialidades: Trato gastrointestinal, Ginecologia, Urologia e Mama.

Critérios para distribuição das vagas de quimioterapia:



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Municípios	População TCU/2017	(%)	Frequência		Recurso	
			Mensal	Anual	Mensal	Anual
Aguaí	35.508	12,60	0	6	2.544,41	30.532,94
Águas da Prata	8.104	2,90	0	1	585,62	7.027,42
Espírito Santo do Pinhal	44.170	15,60	1	7	3.150,22	37.802,69
Santo Antonio do Jardim	6.029	2,10	0	1	424,07	5.088,82
Santa Cruz das Palmeiras	33.455	11,80	0	5	2.382,86	28.594,35
São João da Boa Vista	90.089	31,80	1	14	6.421,61	77.059,34
Tambaú	23.267	8,20	0	4	1.655,89	19.870,65
Vargem Grande do Sul	42.310	15,00	1	7	3.029,06	36.348,74
SUBTOTAL	282.932	100	4	45	20.193,75	242.324,96
Estiva Gerbi	11.067	3,40				
Itapira	73.844	22,60				
Mogi-Guaçu	149.396	45,70				
Mogi-Mirim	92.365	28,30				
SUBTOTAL	326.672	100		1		5.375,09
Caconde	19.025	8,70				
Casa Branca	30.144	13,90				
Divinolândia	11.384	5,20				
Itobi	7.853	3,60				
Mococa	68.994	31,70				
São José do Rio Pardo	54.734	25,20				
São Sebastião da Gramma	12.317	5,70				
Tapiratiba	13.062	6,00				
SUBTOTAL	217513	100	0	0	0	0
TOTAL	827.117		3,75	46	20.193,75	247.700,05

- Cirurgias Oncológicas

- a) O serviço de Cirurgias Oncológicas é referência para o CGR Mantiqueira.
- b) Os exames de Análises Clínicas de média complexidade serão realizados no município de origem.
- c) 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.

Critérios para distribuição das vagas de cirurgias:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Municípios	População TCU/2017	(%)	Frequência		Recurso	
			Mensal	Anual	Mensal	Anual
Aguai	35.508	12,60	1	10	2.204,19	26.450,30
Águas da Prata	8.104	2,90	0	2	507,31	6.087,77
Espírito Santo do Pinhal	44.170	15,60	1	13	2.729,00	32.747,99
Santo Antonio do Jardim	6.029	2,10	0	2	367,37	4.408,38
Santa Cruz das Palmeiras	33.455	11,80	1	10	2.064,24	24.770,92
São João da Boa Vista	90.089	31,80	2	26	5.562,96	66.755,52
Tambaú	23.267	8,20	1	7	1.434,47	17.213,69
Vargem Grande do Sul	42.310	15,00	1	12	2.624,04	31.488,45
SUBTOTAL	282.932	100	7	81	17.493,58	209.923,01
Estiva Gerbi	11.067	3,40				
Itapira	73.844	22,60				
Mogi-Guaçu	149.396	45,70				
Mogi-Mirim	92.365	28,30				
SUBTOTAL	326.672	100	0	0	0	0
Caconde	19.025	8,70				
Casa Branca	30.144	13,90				
Divinolândia	11.384	5,20				
Itobi	7.853	3,60				
Mococa	68.994	31,70				
São José do Rio Pardo	54.734	25,20				
São Sebastião da Gramma	12.317	5,70				
Tapiratiba	13.062	6,00				
SUBTOTAL	217513	100	0	0	0	0
TOTAL	827.117		7	81	17.493,58	209.923,01

4 - Serviço de NEFROLOGIA

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Jardim, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul).

2 – As guias de Referências deverão ser encaminhadas ao Departamento Municipal de Saúde (São João da Boa Vista), que se encarregará das triagens e agendamentos. As solicitações para procedimentos de Terapia Renal Substitutiva deverão ser encaminhadas ao Departamento Regional de Saúde – DRS XIV, que se encarregará das triagens e agendamentos.

3 – A autorização dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva será de competência do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.

Critérios para distribuição das vagas de Nefrologia:

Municípios	População IBGE/2017	(%)	Consultas/mês
Aguaí	35.508	12,6	3
Agua da Prata	8.104	2,9	2
Espírito Santo do Pinhal	44.170	15,6	4
Santo Antonio do Jardim	6.029	2,1	2
Santa Cruz das Palmeiras	33.455	11,8	3
São João da Boa Vista	90.089	31,8	9
Tambaú	23.267	8,2	2
Vargem Grande do Sul	42.310	15,0	4
Total	282.932		29

- DAS INTERNAÇÕES

Número de internações: em média 480 internações (AIH) por mês, no valor médio de R\$ 740,68, distribuídos conforme a tabela abaixo.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Internações	Nº de leitos conveniados	Nº de AIH conveniadas /mês	População referenciada (municípios)	Qtde pactuada por município / ano
Clínica cirúrgica	20	114	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 Grama	1
			Tambaú	2
			Vargem Grande do Sul	2
SUBTOTAL				1.362
Clínica Obstétrica	12	67	Aguai	23
			Águas da Prata	60
			Espírito Santo do Pinhal	2
			Santa Cruz das Palmeiras	2
			São João da Boa Vista	713
SUBTOTAL				800
Clínica Médica	52	282	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 Grama	5			



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

			Tambaú	4
			Tapiratiba	1
			Vargem Grande do Sul	16
SUBTOTAL				3.385
Pediatria cirúrgica	8	6	Aguai	10
			Aguas da Prata	4
			Santa Cruz das Palmeiras	2
			São João da Boa Vista	60
SUBTOTAL				76
Pediatria clínica	2	11	Aguai	18
			Aguas da Prata	12
			Espírito Santo do Pinhal	2
			Santa Cruz das Palmeiras	5
			São João da Boa Vista	100
SUBTOTAL				137
TOTAL	94	480		5.760

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

- DAS CIRURGIAS ELETIVAS

1 – A Conveniada deverá atender a demanda de cirurgias eletivas, nos termos definidos nesta pactuação, disponibilizando mensalmente as vagas para agendamento ao Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- 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 quantidade pactuada nos quadros seguintes:

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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

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

- DOS PLANTÕES

1 – CLÍNICA CIRÚRGICA

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

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- 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:
 - 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;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- 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 - 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;

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- 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.

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

g) Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

5 – ORTOPEDIA

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 Águas da Prata), que serão autorizadas e agendadas pelo 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.

f) Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

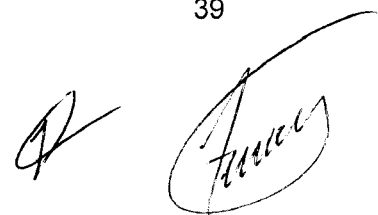
 <p>Prefeitura Municipal São João da Boa Vista</p>	<p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges e-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br</p>
---	--

6 – ANESTESIOLOGIA

- a) Atendimento no plantão à distância no prazo máximo de 30 minutos ao ser contatado;
- b) Garantir o atendimento de todas as cirurgias (urgências e eletivas) e procedimentos que necessitem de anestesia;
- c) Garantir a realização de, no mínimo, 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 no máximo em 30 minutos);
- b) Na internação:
 - Garantir internação para o atendimento pediátrico dos pacientes do SUS;
 - Garantir recepção e acompanhamento de todos os recém-nascidos, pelo médico pediatra;
 - Realizar atividades de incentivo ao aleitamento materno;
 - Realizar o APGAR e preencher a Declaração de Nascidos Vivos em 100% dos casos;
 - Dar assistência aos pacientes internados na Unidade do Berçário, nascidos na Santa Casa;





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- Dar assistência às crianças internadas na Pediatria da Santa Casa, vindas do Sistema Público para internação na Santa Casa;
- Acompanhamento do paciente até a alta (alta qualificada);
- Determinar o CID secundário nas AIH, quando necessário.

Observações:

Os pacientes submetidos a 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.

VII – METAS PACTUADAS E SISTEMA DE INDICADORES DE DESEMPENHO

Metas quantitativas: AMBULATÓRIO.

Indicador: 1
Objetivo: Monitorar o quantitativo dos procedimentos aprovados em relação aos procedimentos contratualizados.
Meta: Taxa ≥ a 95%
Fórmula: Procedimentos aprovados/Procedimentos contratualizados x 100
Parâmetros de pontuação:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIA

Indicador: 2

Objetivo: Monitorar a apresentação dos procedimentos de alta complexidade na mesma competência em que foram realizados.

Meta: Taxa \geq a 95%

Fórmula: Proc. Apresentados/Proc. Realizados x 100

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIA

Indicador: 3

Objetivo: Monitorar o quantitativo de consultas realizadas mensalmente na especialidade Traumatologia-ortopedia.

Meta: \geq 125 consultas mensais

Fórmula: Cons. realizadas/cons. contratualizadas x 100

Norma: Portaria 90, de 27 de março de 2009.

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIA

Indicador: 4

Objetivo: Monitorar o quantitativo de consultas realizadas mensalmente na especialidade Neurologia/Neurocirurgia.

Meta: \geq 35 consultas mensais

Fórmula: Cons. Realizadas/cons. Contratualizadas x 100

Norma: Portaria 756, de 27 de dezembro de 2005.

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Indicador: 5
Objetivo: Monitorar o quantitativo de procedimentos (por campos) em sessões de Radioterapia.
Meta: ≤ 2.732 campos/mês
Fórmula: Número de campos realizados em sessões de Radioterapia/Nº de campos contratualizados x 100
Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt.
Fonte: Relatório mensal e SIA.

Indicador: 6
Objetivo: Monitorar o quantitativo de sessões de Quimioterapia.
Meta: ≤ 46 sessões mensais
Fórmula: Número de sessões de Quimioterapia realizadas/Nº de sessões de Quimioterapia contratualizadas x 100
Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt.
Fonte: Relatório mensal e SIA.

Indicador: 7
Objetivo: Monitorar o quantitativo de consultas realizadas mensalmente na especialidade Nefrologia.
Meta: ≥29 consultas mensais
Fórmula: Cons. realizadas/cons. contratualizadas x 100
Norma: Portaria de Consolidação nº 3 de 2017.
Parâmetros de pontuação:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

95 a 105%: **10 pts**; 80 a 94,9%: **5 pts**; 70 a 79,9%: **3 pts**; < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIA

Indicador:8

Objetivo: Monitorar o percentual de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva aos pacientes com Doença Renal Crônica, com cadastro ativo no serviço.

Meta: 80%

Fórmula: Pacientes em procedimentos de TRS/Pacientes com cadastro ativo no serviço x100.

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts**; 80 a 94,9%: **5 pts**; 70 a 79,9%: **3 pts**; < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIA

Relatório com a quantidade de pacientes com cadastro ativo, quantidade de pacientes em TRS e quantidade mensal de procedimentos de hemodiálise para cada caso.

Metas quantitativas: INTERNAÇÃO.

Indicador: 1

Objetivo: Monitorar o quantitativo das internações aprovadas em relação ao contratualizado.

Meta: Taxa \geq a 95%

Fórmula: Internações aprovadas/Internações contratualizadas x 100

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts**; 80 a 94,9%: **5 pts**; 70 a 79,9%: **3 pts**; < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIHD

Indicador: 2



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Objetivo: Monitorar a apresentação das altas hospitalares ocorridas na própria competência.
Meta: Taxa \geq a 80%
Fórmula: AIHs apresentadas na competência/Internações ocorridas na competência x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIHD

Indicador:3
Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de ALTA COMPLEXIDADE contratualizadas na área da Traumato - ortopedia.
Meta: \geq 8 cirurgias mensais
Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100
Norma: Portaria 90, de 27 de março de 2009 e PPI (Programação Pactuada Integrada).
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIHD

Indicador:4
Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de MÉDIA COMPLEXIDADE contratualizadas na área da Traumato - ortopedia.
Meta: \geq 12 cirurgias mensais
Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100
Norma: Portaria 90, de 27 de março de 2009 e PPI (Programação Pactuada Integrada).
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIHD

Indicador: 5



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de **ALTA COMPLEXIDADE** contratualizadas na área da Neurologia/Neurocirurgia

Meta: ≥ 12 cirurgias mensais

Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100

Norma: Portaria 756, de 27 de dezembro de 2005 e PPI (Programação Pactuada Integrada).

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIHD

Indicador: 6

Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de **ALTA COMPLEXIDADE** contratualizadas na área da Oncologia.

Meta: ≥ 7 cirurgias mensais

Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100

Norma: Portaria 140, 27 de fevereiro de 2014 e PPI (Programação Pactuada Integrada).

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIHD

Indicador: 7

Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS contratualizadas para São João da Boa Vista.

Meta: ≥ 54 cirurgias mensais

Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100

Parâmetros de pontuação:

95 a 105%: **10 pts;** 80 a 94,9%: **5 pts;** 70 a 79,9%: **3 pts;** < 70%: **0 pt.**

Fonte: SIHD

Indicador: 8

Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS contratualizadas para Aguaiá.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Meta: ≥ 13 cirurgias mensais
Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIHD

Indicador:9
Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS contratualizadas para Aguas da Prata.
Meta: ≥ 5 cirurgias mensais
Fórmula: Cirurgias realizadas/Cirurgias contratualizadas x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIHD

Metas qualitativas: FINANCEIRAS.

Indicador:1
Objetivo: Monitorar a taxa de utilização MENSAL dos recursos financeiros faturados em relação aos recursos financeiros contratualizados (Teto SIA)
Meta: ≥ 95% Teto SIA
Fórmula: Valor faturado/Valor contratualizado x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIA

Indicador:2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Objetivo: Monitorar a taxa de utilização MENSAL dos recursos financeiros faturados em relação aos recursos financeiros contratualizados (Teto SIH)
Meta: ≥ 95% Teto SIH
Fórmula: Valor faturado/Valor contratualizado x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: SIHD

Metas qualitativas: Operacionais.

Indicador:1
Objetivo: Monitorar a execução do Plano Anual de Capacitação.
Meta: Taxa ≥ 95%
Fórmula: Treinamentos realizados/Treinamentos planejados x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: Relatórios
Obs: O Plano Anual de Capacitação deverá 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:2
Objetivo: Monitorar a aplicação de pesquisa de satisfação dos usuários dos serviços de internação.
Meta: Taxa ≥ 25%
Fórmula: Pacientes internados pesquisados/ Total de internações no período x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: Relatórios

Indicador:3
Objetivo: Monitorar o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários dos serviços de internação.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Meta: Taxa \geq a 80%
Fórmula: Pacientes internados com nível de satisfação bom e ótimo/ pacientes internados pesquisados x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: Relatórios

Indicador: 4
Objetivo: Monitorar o percentual de partos vaginais em relação aos partos cesáreas. Pretende-se o aumento de partos vaginais em 2% a cada quadrimestre.
Meta: Aumento \geq 2% por quadrimestre
Fórmula: Partos vaginais realizados/Total de partos realizados x 100
Parâmetros de pontuação:
95 a 105%: 10 pts; 80 a 94,9%: 5 pts; 70 a 79,9%: 3 pts; < 70%: 0 pt.
Fonte: Relatórios

Indicador:5
Objetivo: Monitorar a taxa de ocupação dos leitos operacionais.
Meta: Taxa \geq 85%
Fórmula: Pacientes-dia/leitos operacionais x 100
Parâmetros de pontuação:
\geq 80%: 10 pts ; 60 - 79%: 5 pts ; < 60 %: 0 pt.
Fonte: Relatórios

Indicador:6
Objetivo: Monitorar o tempo médio de permanência na clínica médica.
Meta: < 5 dias

[Handwritten signatures]



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Fórmula: Pacientes internados na clínica médica/pacientes saídos no mesmo período

Parâmetros de pontuação:

< 5 dias: **10 pts** ; 5 a 7 dias: **5 pts** ; >7 dias: **0 pt.**

Fonte: Relatórios

Indicador:7

Objetivo: Monitorar o tempo médio de permanência na clínica cirúrgica.

Meta: < 5 dias

Fórmula: Pacientes internados na clínica cirúrgica/pacientes saídos no mesmo período

Parâmetros de pontuação:

< 5 dias: **10 pts** ; 5 a 7 dias: **5 pts** ; >7 dias: **0 pt.**

Fonte: Relatórios

Indicador: 8

Objetivo: Monitorar a taxa de mortalidade Institucional (óbitos após 24 horas). Pretende-se a diminuição em 1% a cada quadrimestre.

Meta: Diminuição \geq 1% por quadrimestre

Fórmula: Óbitos ocorridos após 24 horas/nº de saídas no mesmo período x 100

Parâmetros de pontuação:

\geq 1%: **10 pts**; <1% e >0,5%: **5 pts** ; <0,5%: **0 pt.**

Fonte: Tabwin

Indicador:9

Objetivo: Monitorar a taxa de ocupação dos leitos de UTI.

Meta: Taxa \geq 80%

Fórmula: Pacientes-dia internados na UTI/Leitos de UTI ocupados no mesmo período x 100



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

demais apresentar o Termo de atualização devidamente assinado;
 2 - Termo de nomeação da Comissão;
 3 – Cópias das atas das reuniões realizadas no quadrimestre com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas;
 4 - Relatório analítico dos prontuários vistoriados, por especialidades.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Obs: 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 complexidade, com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas.

Bloco:4

Objetivo: Monitorar a composição da Comissão de Óbitos.

Documentos:

1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização devidamente assinado;
 2 - Termo de nomeação da Comissão;
 3 - Cópias das atas das reuniões realizadas no quadrimestre;
 4 - Relatório analítico das causas terminais e básicas dos óbitos e medidas adotadas;
 5 – Notificações dos óbitos maternos e neonatais.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Obs: Os relatórios dos óbitos devem considerar a causa terminal e a causa básica, com análise dos itens solicitados na planilha e medidas adotadas. Também deverão ser apresentadas as notificações dos óbitos maternos e neonatais, informando o nome da mãe, endereço, idade e unidade de saúde em que realizou o pré- natal.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Parâmetros de pontuação:

≥ 80%: **10 pts** ; 60 - 79%: **5 pts** ; < 60 %: **0 pt.**

Fonte: Tabwin

ANÁLISE DE DOCUMENTOS

CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO: A análise consiste na verificação dos conteúdos dos documentos com base na consistência das informações apresentadas. O conjunto dos documentos de cada bloco poderá atender, atender parcialmente ou não atender aos requisitos de consistência, para cada resultado haverá uma atribuição de pontos predeterminada.

Bloco: 1

Objetivo: Monitorar os plantões das especialidades pactuadas, observando a integralidade de suas escalas mensais.

Documentos: 1- Escalas mensais das especialidades: Clínica cirúrgica, Clínica médica, Neurologia e Neurocirurgia, Ortopedia, Anestesiologia e Pediatria.
2- Declaração elaborada pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico assegurando a plena assistência das especialidades pactuadas.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts**; Atendido parcialmente: **5 pts**; Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:2

Objetivo: Monitorar as atualizações promovidas no cadastro do CNES nas modalidades: cadastro dos serviços e equipamentos e cadastro de profissionais.

Documentos: Declaração de regularidade e atualização das informações registradas no CNES (Serviços e equipamentos e cadastro de profissionais).

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts**; Atendido parcialmente: **5 pts**; Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 3

Objetivo: Monitorar a composição da Comissão de Revisão de Prontuários.

Documentos:

1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Bloco: 5
Objetivo: Monitorar a composição da Comissão de Infecção Hospitalar.
<p>Documentos:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização devidamente assinado;</p> <p>2 - Termo de nomeação da Comissão;</p> <p>3 – Cópias das atas das reuniões realizadas no quadrimestre com as medidas adotadas;</p> <p>2 - Relação de remessa devidamente assinado pela Vigilância Epidemiológica, de acordo com o cronograma, referente às planilhas mensais;</p> <p>3 - Termo de divulgação de dados à Vigilância Epidemiológica (Deverão ser apresentadas as Planilhas Mensais conforme modelo proposto pelo CVE/SES)</p>
<p>Parâmetros de pontuação:</p> <p>Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.</p>
Dependência: “avaliação in loco”

Bloco:6
Objetivo: Monitorar a composição da Comissão de Ética Médica.
<p>Documentos: Declaração descrevendo a composição atual da Comissão, a vigência do mandato, a existência de Regimento Interno e a frequência de reuniões mensais.</p>
<p>Parâmetros de pontuação:</p> <p>Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.</p>
Dependência: “avaliação in loco”

Bloco:7
Objetivo: Monitorar a composição da Comissão de Farmacologia.
Documentos:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

- 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização devidamente assinado;
- 2 - Termo de nomeação da Comissão;
- 3 - Apresentação das atas das reuniões com as assinaturas dos membros, relatando os principais problemas e as estratégias adotadas para as resoluções;

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:8

Objetivo: Monitorar a composição da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente .

Documentos: Declaração descrevendo a composição atual do Núcleo de Segurança do Paciente, a vigência do mandato, a existência de Regimento Interno, o Protocolo de ações e a frequência de reuniões mensais.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 9

Objetivo: Monitorar o serviço de Farmácia e suas adequações às normas vigentes.

Documentos: 1 - Declaração descrevendo o nome do farmacêutico responsável, a existência de Manual de Normas e Rotinas atualizado;
2 - Cópia do Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência e com parecer favorável e licença de funcionamento.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:10

Objetivo: Monitorar o serviço de Nutrição e suas adequações às normas vigentes.

Documentos: 1 - Declaração descrevendo o nome do Nutricionista responsável, a existência



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwiges

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

de Manual de Normas e Rotinas atualizado; 2 - Cópia do Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência e com parecer favorável e licença de funcionamento.
Parâmetros de pontuação:
Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.
Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 11
Objetivo: Monitorar o serviço de Nutrição e suas adequações às normas vigentes.
Documentos: 1 - Declaração descrevendo o nome do Nutricionista responsável, a existência de Manual de Normas e Rotinas atualizado; 2 - Cópia do Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência e com parecer favorável e licença de funcionamento.
Parâmetros de pontuação:
Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.
Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:12
Objetivo: Monitorar o serviço do Centro de Material Esterilizado e suas adequações às normas vigentes.
Documentos: 1 - Declaração descrevendo o nome e o cargo do profissional responsável, a existência de Manual de Normas e Rotinas atualizado; 2 - Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência e com parecer favorável e licença de funcionamento. 3 - Declaração descrevendo o cronograma de manutenção preventiva.
Parâmetros de pontuação:
Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.
Dependência: "avaliação in loco"



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Bloco:13

Objetivo: Monitorar as condições de segurança e bem estar dos funcionários, juntamente com as medidas adotadas para atingir esse objetivo. Monitorar o envio das notificações de acidentes de trabalho ao CEREST, nos relatórios predeterminados.

Documentos:

- 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.
- 4 - Relatórios sobre as notificações e planilhas enviadas;
- 5 - Cópia das Relações de Remessas enviadas ao Cerest com o visto de recebimento.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Bloco:14

Objetivo: Monitorar a composição do Comitê Transfusional.

- Documentos:**
- 1- Declaração descrevendo a composição atual do Comitê, a vigência do mandato, a existência de Regimento Interno.
 - 2 - Apresentação de relatório sobre a quantidade de reuniões mensais e comprovação da frequência dos membros.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Bloco: 15

Objetivo: Monitorar o serviço de HEMOTERAPIA

Documentos:

- 1 - Cópia do Relatório de vistoria do Grupo de Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência e com parecer favorável e licença de funcionamento.
- 2 - Declaração com o nome do responsável técnico, a existência de Manual de Normas e Rotinas atualizado.

Parâmetros de pontuação:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.
Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 16
Objetivo: Monitorar a composição da Comissão Intra-hospitalar de captação de órgãos.
Documentos: 1- Declaração descrevendo a composição atual da Comissão, a vigência do mandato, a existência de Regimento Interno; 2 - Relatório das reuniões mensais apresentando comprovante de frequência dos membros. 3 – Planilha de controle CIHDOTT.
Parâmetros de pontuação:
Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.
Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:17
Objetivo: Monitorar a composição do Comitê de mortalidade materno e infantil com a designação de, no mínimo, dois representantes da Instituição.
Documentos: 1 - Declaração sobre a composição do Comitê com a designação de, no mínimo, dois representantes da Instituição; 2 - Declaração sobre a existência de Regimento interno e sua atualização, quantidade de reuniões mensais e frequência dos membros.
Parâmetros de pontuação:
Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt.
Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:18
Objetivo: Monitorar a oferta de diagnóstico de DST/HIV/AIDS para gestantes e tratamento para os recém-nascidos de mães soropositivas.
Documentos: 1 - Apresentação de planilha analítica com os percentuais sobre as realizações de testes rápidos para HIV nas parturientes que não realizaram teste HIV no pré-natal; 2 - Apresentação de planilha analítica com os percentuais sobre as realizações de exames de



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

VDRL e TPHA nas gestantes que ingressarem na maternidade para partos;
3 - Relatório analítico sobre a administração de AZT xarope aos recém-nascidos de mães soropositivas.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts**; Atendido parcialmente: **5 pts**; Não atendido: **0 pt**.

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 19

Objetivo: Monitorar a atualização dos Protocolos de condutas das patologias mais frequentes na Urgência e Emergência, Ginecologia/Obstetrícia, Traumato-ortopedia e Neurologia/Neurocirurgia.

Documentos: Declaração assinada pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico sobre a atualização dos protocolos de Urgência e Emergência, Ginecologia/Obstetrícia, Traumato-ortopedia e Neurologia/Neurocirurgia.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts**; Atendido parcialmente: **5 pts**; Não atendido: **0 pt**.

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:20

Objetivo: Monitorar o cumprimento dos prazos determinados à Instituição para a remessa de informações para as avaliações periódicas e designação de representantes para acompanhar o processo de avaliação.

Documentos: 1- Relação de remessa do envio das informações da Instituição para o processo de avaliação, com o visto de recebimento.
2 - Declaração sobre o nome dos representantes da Instituição para acompanhar a avaliação periódica.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts**; Atendido parcialmente: **5 pts**; Não atendido: **0 pt**.

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco:21

Objetivo: Monitorar a regularidade da Instituição junto à Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Documentos: 1 - Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência;

2 - Licença do Corpo de Bombeiros dentro do prazo de vigência.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 22

Objetivo: Monitorar os contratos de manutenção preventiva em vigência e o cronograma de manutenção periódica.

Documentos: 1 - Declaração descrevendo todos os contratos de manutenção preventiva vigentes;

2 – Relatórios de atividades executadas;

3 - Cronograma mensal ou anual de manutenção.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 23

Objetivo: Monitorar os contratos de limpeza das caixas d'água e controle de pragas em vigência e o cronograma das atividades.

Documentos:

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.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

Bloco: 24

Objetivo: Monitorar a qualificação da atenção ao parto e o direito da parturiente a 1 acompanhante de livre escolha durante o período de trabalho de parto.

Documentos:

1 – Apresentar o relatório dos cursos para gestantes realizados no quadrimestre, discriminando a frequência e o tema abordado;

2 - Relatório que comprove a presença de acompanhante durante os trabalhos de partos.

[Handwritten signatures]



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts**; Atendido parcialmente: **5 pts**; Não atendido: **0 pt.**

Dependência: "avaliação in loco"

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

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	207.591,81	2.491.101,72
Recurso Financeiro de fonte Municipal	Mensal	Anual
Plantões médicos	207.526,66	2.490.319,92
Custeio	20.898,50	250.782,00



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

Cateterismo e angioplastia **	8.000,00	96.000,00
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\$ 153.360,00 (cento e cinquenta e três mil, trezentos e sessenta reais) demonstrados na tabela acima.

VII – DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

As atividades contratualizadas serão avaliadas por Comissão de Avaliação nomeada para tal fim e composta por representantes do Município de São João da Boa Vista, representantes da conveniada e do Conselho Municipal de Saúde.

As avaliações serão realizadas quadrimestralmente, onde serão analisados os indicadores de desempenho e o cumprimento das metas pactuadas.

O cronograma para a entrega do material para avaliação seguirá o cronograma abaixo.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

AVALIAÇÕES	PERÍODO	PRAZO FINAL PARA ENTREGA
1º quadrimestre	01 de janeiro a 30 de abril	31 de maio
2º quadrimestre	01 de maio a 31 de agosto	30 de setembro
3º quadrimestre	01 de setembro a 31 de dezembro	31 de janeiro

A avaliação de desempenho consiste na análise dos resultados obtidos através do sistema de indicadores quantitativos e qualitativos e também da análise de documentos que serão validados através de avaliação “in loco”.

De acordo com a portaria 3.410, 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, devendo ser observado os parâmetros de aferição dos resultados atingidos, nos moldes dos quadros seguintes.

METAS QUANTITATIVAS (60% do recurso)

Objeto de avaliação	Pontos possíveis	Pontos obtidos	(%)
Procedimentos Ambulatoriais	80		
Procedimentos hospitalares (Internações)	90		
TOTAL	170		

Parâmetros de aferição

Percentual de cumprimento das metas quantitativas	Percentual referente ao repasse do recurso
70% a 100%	100%
60% a 69%	75%
Menor que 60%	50%



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

METAS QUALITATIVAS (40% do recurso)

Objeto de avaliação	Pontos possíveis	Pontos obtidos	(%)
Metas operacionais	90		
Metas financeiras	20		
TOTAL	110		

Objeto de avaliação	Pontos possíveis	Pontos obtidos	(%)
Análise de documentação	240		
TOTAL	240		

Parâmetros de aferição

Percentual de cumprimento das metas qualitativas	Percentual referente ao repasse do recurso
70% a 100%	100%
60% a 69%	75%
Menor que 60%	50%

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.



Prefeitura Municipal
São João da Boa Vista

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1520 – Jd. Sta Edwirges

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

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

São João da Boa Vista, 14 de novembro de 2017.



LÚCIO DOVAL

Diretor Municipal de Saúde



ANTÔNIO FERNANDES FILHO

Provedor

Santa Casa de Misericórdia
"Dona Carolina Malheiros"