



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

**Ofício nº 217/ 2023**

**Assunto: Celebração de Novo Convênio para Pactuação de serviços do Sistema  
Único de Saúde – SUS no período de Janeiro à Junho/ 2024 (Recurso de Origem  
Federal e Municipal)**

À  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
AMARILIS BIASI DE TOLEDO PIZA  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NOVO HORIZONTE – SP

A Irmandade São José de Novo Horizonte – Santa Casa De Misericórdia de Novo Horizonte, entidade privada sem fins lucrativos, regularmente inscrita no CNPJ do MF sob o n.º 53.174.827/0001-88, CNES 2088487, com sede nesta cidade de Novo Horizonte, à Rua 28 de Outubro, nº 1.202 - Vila Patti, CEP 14.960-154, vem por meio deste, solicitar celebração de novo convênio para pactuação de serviços do Sistema Único de Saúde com origens de recurso de fonte FEDERAL e MUNICIPAL para o exercício de 2024.

Em anexo, segue planilhas com levantamento histórico de 2023, entre os meses de Janeiro à Outubro (período com faturamento encerrado).

Também encaminhamos a sugestão para pactuação das internações, procedimentos, exames e consultas internas para análise e se estiver de acordo prosseguir para pactuação referente 2024.

Para pactuação dos exames e procedimentos EXTERNOS enviamos o levantamento histórico para melhor análise e AGUARDAMOS as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde para conclusão da pactuação para 2024.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE**  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**  
CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

Haverá variação de valor para os exames de colonoscopias que se contratados serão no R\$ 800,00 cada exame, visando cobertura do valor do custo atual. Também informamos que há solicitação protocolada dia 07/12/2023 do serviço de imagem solicitando reajuste nos valores de exames, onde aguardamos a resposta sobre a viabilidade de reajuste dos exames que se aprovado, se aplicarão nos exames internos e externos.

O período de vigência deverá ser de 01/01/2024 até 31/12/2024, período de atendimento anual.

No aguardo de poder contar com o atendimento desta solicitação, renovamos os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Novo Horizonte, 12 de Dezembro de 2023.

---

Claudemir Simon Falcão

Provedor

Irmandade São José de Novo Horizonte



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE**  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**  
CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

## **JUSTIFICATIVA**

### **Assunto: Aditamento do Convênio nº 03/2022, processo nº 1647/2022 para Pactuação de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS no período de Janeiro à Junho/ 2024 (Recurso de Origem Federal e Municipal)**

A Irmandade São José de Novo Horizonte – Santa Casa De Misericórdia de Novo Horizonte, entidade privada sem fins lucrativos, regularmente inscrita no CNPJ do MF sob o n.º 53.174.827/0001-88, CNES 2088487, com sede nesta cidade de Novo Horizonte, à Rua 28 de Outubro, nº 1.202 - Vila Patti, CEP 14.960-154, vem à presença de Vossa Senhoria, informar que atende todos os munícipes que necessitam de atendimentos através do Sistema Único de Saúde.

Neste momento, a Santa Casa solicita o aditamento do convênio nº 03/2022, processo nº 1647/2022 para continuidade dos serviços oferecidos através do Sistema Único de Saúde para o ano de 2024.

A sugestão de pactuação, no plano de trabalho (anexo) foi baseada em levantamento histórico, mesclando com a real necessidade e estimativa futura.

Para finalizar, sugerimos as quantidades de procedimentos, consultas e internações enquadrando no repasse Federal e complementação de repasse Municipal.

Desta forma, o valor total de repasse será de R\$ 3.569.606,58, sendo R\$ 1.081.213,32 de recurso municipal e R\$ 2.488.393,26, sendo R\$ 2.277.257,16 referente a pactuação e R\$ 211.136,10 referente à complemento salarial da equipe de enfermagem.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE**  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

Sem mais, permanecemos à disposição para quaisquer providências ou informações que entender pertinentes, aproveitando o ensejo para manifestar protestos de estima e distinta consideração.

Saudações,

Novo Horizonte, 18 de Dezembro de 2023.

---

Claudemir Simon Falcão  
Provedor  
Irmandade São José de Novo Horizonte



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

**PLANO DE TRABALHO**

**CONVÊNIO 03/2022 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – 2024**

**VIGÊNCIA: 01/01/2024 À 30/06/2024**

**I. DADOS CADASTRAIS**

<b>Dados Cadastrais da Entidade – Proponente</b>		
<b>Razão Social</b> Irmandade São José de Novo Horizonte		
<b>Nome Fantasia</b> Santa Casa de Misericórdia de Novo Horizonte		
<b>CNPJ N°</b> 53.174.827/0001-88		
<b>Endereço Completo</b> Rua 28 de Outubro, 1202 – Vila Patti		
<b>Cidade</b> Novo Horizonte	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 14960-154
<b>E-mail</b> contato@santacasanh.com.br	<b>Fone</b> (17) 3542 – 9292	

<b>Representante Legal do Proponente</b>		
<b>Nome</b> Claudemir Simon Falcão		<b>Cargo</b> Provedor
<b>CPF N°</b> 080.703.448 - 73	<b>RG N°</b> 14.721.727 - 1	<b>Orgão Expedidor</b> SSP-SP
<b>Endereço Residencial</b> Rua Santos Fonseca, nº 779 - Centro		
<b>Cidade</b> Novo Horizonte – SP	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 14.960-070
<b>E-mail</b> administracao@santacasanh.com.br	<b>Fone:</b> (17) 3542-120 – Ramal 9222	



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

<b>Diretor Técnico</b>		
<b>Nome</b> Geraldo Savio Ramos		<b>Cargo</b> Diretor Técnico
<b>CPF N°</b> 092.315.348-90	<b>RG N°</b> 16.523.593-7	<b>Orgão Expedidor</b> SSP-SP
<b>Endereço Residencial</b> Rua Diomar Zeviani, n° 50		
<b>Cidade</b> Catanduva	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 15.812-123
<b>E-mail</b> vaqueiroramos@yahoo.com.br	<b>Fone</b> (17) 99635-3899	

<b>Diretor Clínico</b>		
<b>Nome</b> Osvaldo Munhoz Neto		<b>Cargo</b> Diretor Clínico
<b>CPF N°</b> 353.969.008-57	<b>RG N°</b> 30.366.823-8	<b>Orgão Expedidor</b> SSP-SP
<b>CONSELHO PROFISSIONAL</b> CRM - SP	<b>N° CONSELHO</b> 155.492	
<b>Endereço Residencial</b> Rua 15 de Novembro, n° 1.716, Vila Patti		
<b>Cidade</b> Novo Horizonte	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 14.960.154



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

<b>Dados Cadastrais do Enfermeiro Responsável pela Instituição</b>		
<b>Nome</b> Aline Pereira de Almeida		<b>Cargo</b> Enfermeira
<b>CPF N°</b> 031.678.535-06	<b>RG N°</b> 1430628677	<b>Orgão Expedidor</b> SSP-SP
<b>CONSELHO PROFISSIONAL</b> COREN - SP	<b>N° CONSELHO</b> 398.003	
<b>Endereço Residencial</b> Rua Campos Salles, nº 328, Jd. Aeroporto		
<b>Cidade</b> Novo Horizonte	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 14.962-402
<b>E-mail</b> alinepereiraalmeida@santacasanh.com.br	<b>Fone</b> (17) 3542-1020 – Ramal 9256	

<b>Dados Bancários da Entidade</b>		
<b>Razão Social</b> Irmandade São José de Novo Horizonte		
<b>CNPJ N°</b> 53.174.827/0001-88		
<b>E-mail</b> financeiro@santacasanh.com.br	<b>Fone</b> (17) 3542-2726 - Ramal 9224	
<b>Conta para pagamento do Sistema Único de Saúde - SUS</b>		
Banco: 001 (Banco do Brasil)	Agência: 119-8	Conta Corrente: 26.520-9



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

<b>Dados Cadastrais do Concedente</b>		
<b>Órgão</b> Prefeitura Municipal de Novo Horizonte		<b>CNPJ</b> 45.152.139/0001-99
<b>Endereço</b> Praça Dr. Euclides Cardoso Castilho – Centro		
<b>Cidade</b> Novo Horizonte	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 14960-000
<b>E-mail :</b> gabinete@novohorizonte.sp.gov.br	<b>Fone :</b> (17) 3543-9001	
<b>Responsável pelo Órgão :</b> Fabiano de Mello Belentani	<b>Cargo :</b> Prefeito	





**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

## II. CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

### Missão da Instituição:

A Irmandade São Jose de Novo Horizonte caracteriza-se como uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos e de direito privado. Fundada em 1934, tem como missão: Prestar assistência integral à saúde dos usuários do SUS, particularmente nas áreas de baixa e média complexidade hospitalar e Pronto-Atendimento de Urgência e Emergência, bem como aprimorar os processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial e hospitalar dos hospitais vinculados ao SUS.

Natureza Jurídica: **Filantrópico**

Certificado CEBAS nº 25000.179117/2020-06, Portaria nº 1005 de 28/11/2023 com data de validade em **31/12/2024**.

A entidade possui atualmente o total de 83 leitos (incluindo 10 leitos para UTI – Tipo - Adulto), sendo 49 leitos para atendimento SUS.

## III. CARACTERIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA PARA:

### PRONTO ATENDIMENTO (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)

SALA/ SERVIÇO	QUANTIDADE
Atende por demanda espontânea:	Sim
Sala de observação:	03
Sala de estabilização (vermelha)	01
Consultórios médicos	03 (01 para médico pediatra, 02 para médico clínico geral )
Sala de atendimento (triagem e classificação de risco)	01
Sala pequena cirurgia, curativos (procedimentos invasivos)	01
Sala de Gesso	01
Sala de expurgo (depósito de resíduos e rouparia)	01
Área Coberta para ambulância	01



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

- **SADT**

	<b>Nº. Salas</b>	<b>Nº. Aparelhos</b>
Laboratório de Análises Clínicas	05	09
Banco de Sangue	03	08
Ultrassonografia	<b>01</b>	<b>01</b>
RX	<b>02</b>	<b>03</b>
Tomografia	<b>01</b>	<b>01</b>
Eletrocardiógrafo	-	<b>03</b>
Endoscópio de vias urinárias	-	<b>01</b>
Laparoscópico/vídeo	-	<b>02</b>

- **CENTRO CIRURGICO:**

<b>SALA/ SERVIÇO</b>	<b>QUANTIDADE/ DESCRIÇÃO</b>
Horário de funcionamento: <b>24 horas</b>	
Sala de cirurgia	03
Sala de recuperação	01
Sala de parto normal	01
Sala de pré-parto	01
Sala de expurgo (depósito de resíduos e rouparia)	01
Sala de higienização	01

- **INTERNAÇÃO:**

Nº. de leitos distribuídos por especialidade:

<b>Tipos de leito por especialidades</b>	<b>Nº de leitos SUS</b>	<b>Total de leitos Existentes</b>
Leito Cirúrgico Geral	08	12
Leito Clínico Geral	21	40
Leito Obstétrico Cirúrgico	03	06
Leito Obstétrico Clínico	04	06
Leito Pediátrico Cirúrgico	02	04



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

Leito Pediátrico Clínico	03	05
UTI Tipo II ADULTO	08	10
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>83</b>

Obs: A Entidade possui atualmente 83 leitos, onde destina 49 à pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

**IV. COMISSÕES ATUANTES:**

As principais comissões implantadas e atuantes na entidades são:

- 1) Comissão de Revisão de Óbitos;
- 2) Comissão de Revisão de Prontuários;
- 3) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- 4) Comissão de segurança do paciente;
- 5) Comissão de Políticas de Humanização/ Satisfação;
- 6) Comissão de Ética Médica;
- 7) Alta Qualificada;
- 8) CIPA;
- 9) Comissão para acompanhamento das metas pactuadas;

**V. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:**

O instrumento do presente convênio tem por objeto integrar a Irmandade São José de Novo Horizonte no sistema único de saúde – SUS, visando internações hospitalares, cirurgias, atendimentos em pronto socorro, realização de procedimentos, realização de exames SADT e atendimento em UTI Adulto tipo II.

**VI. HABILITAÇÕES**

A Instituição possui registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), Conselho Municipal de Assistência Social, CRCE (Cestidão de Regularidade Cadastral de Entidades), Certidão de Utilidade Pública Municipal, Certidão de Utilidade Pública Estadual, CEBAS (Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social).



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292  
E-mail: [contato@santacasanh.com.br](mailto:contato@santacasanh.com.br)

## VII. CERTIFICAÇÕES

Alvará da Vigilância Sanitária

## VIII. INCENTIVOS

A Santa Casa de Novo Horizonte recebe incentivos fixos dos entes federais e estaduais, conforme portarias e tabela abaixo:

A Planilha abaixo elaborada consta valores referentes aos recebimentos de recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, Programa Santa Casa Sustentável e Pró Santa Casa.

<b>NATUREZA DOS SERVIÇOS</b>	<b>RECURSOS FEDERAIS VALOR MENSAL</b>	<b>RECURSOS ESTADUAIS VALOR MENSAL</b>
SIA/ SUS	56.133,82	-
SIH/ SUS	108.670,33	-
IAC	77.177,89	-
INTEGRASUS	6.160,82	-

Vale ressaltar que também recebe recursos variáveis do ente municipal.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

**IX. METAS**

**IX.I. METAS QUANTITATIVAS:**

**IX.I.I. PRONTO ATENDIMENTO** – quantitativo de procedimentos contratados agrupados em:

**A) Consultas médicas** – quantitativo por especialidades contratadas

META	ESPECIFICAÇÃO DA META	QUANTIDADE	AÇÃO	CÁLCULO
META 01	Consulta nível superior -consulta com profissionais de nível superior (não médicos) – enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social	5	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de consultas com profissionais de nível superior (não médicos) realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de consultas com profissionais de nível superior (não médicos) realizadas no período* 100/ N° de consultas com profissionais de nível superior (não médicos) contratada.
META 02	Consulta especialidade – consulta em ortopedia	260	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de consulta em ortopedia realizada e o % atingido.	Cálculo: Número de consulta em ortopedia realizada no período* 100/ N° de consulta em ortopedia contratada.
META 03	Observação – pacientes que necessitam de observação	350	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de pacientes que necessitam de observação no mês e o % atingido.	Cálculo: Número de de pacientes que necessitaram de observação no período* 100/ N° de observações contratada.
META 04	Consulta urgência em atenção especializada	30	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de consultas de urgência em atenção especializada realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de consultas de urgência em atenção especializada realizadas no período* 100/ N° de consultas de urgência em atenção especializada contratada.
META 05	Consulta PS (atendimento de urgência e emergência)	2.850	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de consultas no PS realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de consultas realizadas no PS no período* 100/ N° de consultas no PS contratada.
META 06	Imobilização	50	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de Imobilizações realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de Imobilizações realizadas no período* 100/ N° de Imobilizações contratada.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 07	Acolhimento c/Classificação	3.000	Enviar mensalmente relatórios informando o número de acolhimentos com classificação de risco realizados e o % atingido.	Cálculo: Número de acolhimentos com classificação de risco realizados no período* 100/ N° de acolhimento com classificação de risco contratado.
META 08	Medicação	2.200	Enviar mensalmente relatórios informando a quantidade de medicações realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de medicações realizadas no período* 100/ N° de medicações contratada.

**B) Exames/ Procedimentos – quantitativo por áreas e por subgrupo**

		PACTUAÇÃO INTERNA MENSAL	PACTUAÇÃO EXTERNA MENSAL	TOTAL PACTUADO MENSAL	AÇÃO	CÁLCULO
META 09	Coleta de Material	1	0	1	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de coleta de material realizada e o % atingido.	Cálculo: Número de coleta de material realizada no período* 100/ N° de coleta de material contratada.
META 10	Laboratório clínica	1.000	4.635	5.635	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames laboratoriais realizados e o % atingido, relacionando separadamente a quantidade realizada interna e externa.	Cálculo: Número de exames laboratoriais realizados no período* 100/ N° de exames laboratoriais contratados.
META 11	Exame de Gasometria	1	1	2	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exame de gasometria realizado e o % atingido.	Cálculo: Número de exames de gasometria realizados no período* 100/ N° de exame de gasometria contratado.
META 12	Anatomo Patológico	0	40	40	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de anatomo patológico realizado e o % atingido, relacionando separadamente a quantidade realizada	Cálculo: Número de anatomo patológico realizado no período* 100/ N° de anatomo patológico contratado.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

					interna e externa.	
META 13	SADT – RX	820	500	1.320	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames SADT – RX realizados e o % atingido, relacionando separadamente a quantidade realizada interna e externa.	Cálculo: Número de exames de SADT – RX realizados no período* 100/ N° de exames SADT – RX contratados.
META 14	Ultrassonografia	2	0	2	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames de Ultrassonografia realizados e o % atingido.	Cálculo: Número de exames de Ultrassonografia realizados no período* 100/ N° de exames de Ultrassonografia contratado.
META 15	Tomografia (sem contraste)	170	100	270	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames de Tomografia (sem contraste) realizada e o % atingido, relacionando separadamente a quantidade realizada interna e externa.	Cálculo: Número de exames de Tomografia (sem contraste) realizada no período* 100/ N° de exames de Tomografia (sem contraste) contratada.
META 16	Tomografia (com contraste)	2	15	17	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames de Tomografia (com contraste) realizada e o % atingido.	Cálculo: Número de exames de Tomografia (com contraste) realizada no período* 100/ N° de exames de Tomografia (com contraste) contratada.
META 17	Colonoscopia	0	30	30	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames de colonoscopia realizados e o % atingido.	Cálculo: Número de exames de colonoscopia realizados no período* 100/ N° de exames de colonoscopia contratado.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 18	Endoscopia	0	30	30	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de exames de endoscopia realizados e o % atingido.	Cálculo: Número de exames de endoscopia realizados no período* 100/ N° de exames de endoscopia contratado.
META 19	Eletrocardiograma	170	0	170	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de eletrocardiograma realizado e o % atingido.	Cálculo: Número de eletrocardiograma realizado no período* 100/ N° de eletrocardiograma contratado.
META 20	Tocardiografia ante parto	15	0	15	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de tocardiografia ante parto realizado e o % atingido.	Cálculo: Número de tocardiografia ante parto realizado no período* 100/ N° de tocardiografia ante parto contratado.
META 21	Tratamento clínicos de outras espec. (trat. Conservador de Fraturas	16	0	16	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de tratamento clínico realizado e o % atingido.	Cálculo: Número de tratamento clínico realizado no período* 100/ N° de tratamento clínico contratado.
META 22	Pequenas cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa – (suturas)	35	35	70	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de pequenas cirurgias realizadas e o % atingido, relacionando separadamente a quantidade realizada interna e externa.	Cálculo: Número de pequenas cirurgias realizadas no período* 100/ N° de pequenas cirurgias contratadas.
META 23	Cirurgia das Vias Aéreas (Remoção de Cerumen, Retirada de corpo estranho Ouvido	5	0	5	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de cirurgia das vias aéreas realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de cirurgia das vias aéreas realizadas no período* 100/ N° de cirurgia das vias aéreas realizadas contratadas.
META 24	Cirurgias do sist. Osteomuscular - ortopedia	9	0	9	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de cirurgias do sist. osteomuscular realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de cirurgias do sist. osteomuscular realizadas no período* 100/ N° de cirurgias do sist. osteomuscular contratadas.





**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 25	Cirurgia do aparelho geniturinário	2	0	2	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de cirurgia do aparelho geniturinário realizada e o % atingido.	Cálculo: Número de cirurgia do aparelho geniturinário realizada no período* 100/ N° de cirurgia do aparelho geniturinário contratada.
META 26	Cirurgia do aparelho circulatório	1	1	2	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de cirurgia do aparelho circulatório realizada e o % atingido.	Cálculo: Número de cirurgia do aparelho circulatório realizada no período* 100/ N° de cirurgia do aparelho circulatório contratada.
META 27	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	2	0	2	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal realizada e o % atingido.	Cálculo: Número de cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal realizada no período* 100/ N° de cirurgia do aparelho circulatório contratada.

**IX.I.II. INTERNAÇÃO** – número de AIH conveniadas/contratadas pelo SUS por especialidade:

		<b>LEITOS SUS (APENAS INFORMATIVO)</b>	<b>PACTUAÇÃO MENSAL</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>CÁLCULO</b>
META 28	Internação Cirúrgica	08	90	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de internações cirúrgicas realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de internações cirúrgicas no período* 100/ N° de internações cirúrgicas contratadas.
META 29	Internação Clínica	29 (21 - Internaçoão geral e 08 em UTI)	85	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de internações clínicas realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de internações clínicas no período* 100/ N° de internações clínicas contratadas.
META 30	Internação Obstétrica	07	23	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de	Cálculo: Número de internações obstétricas no



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

				internações obstétricas realizadas e o % atingido.	período* 100/ N° de internações obstétricas contratadas.
META 31	Internação Pediátrica	05	4	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade de internações pediátricas realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número de internações pediátricas no período* 100/ N° de internações pediátricas contratadas.
META 32	Total de Internações:	49	202	Enviar mensalmente relatório informando a quantidade total de internações realizadas e o % atingido.	Cálculo: Número total de internações no período* 100/ N° total de internações contratadas.

**IMPORTANTE:** Para todas as metas quantitativas, será emitido relatório SAI SUS de monitoramento mensal o qual será analisado pela comissão em vigência que fará as devidas considerações. Caso ocorrer necessidade de alterações momentâneas dentro da quantidade pactuada, sem alteração de valores, será relatado em ata ou ofício com concordância da Secretaria Municipal de Saúde e Entidade.

**IX.II. INDICADORES DE PRODUÇÃO / DESEMPENHO:**

**A) AMBULATORIAL E PRONTO ATENDIMENTO (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)**

		AÇÃO	CÁLCULO	MÉTODO DE AVALIAÇÃO
META 33	Percentual de acolhimento por classificação de risco conforme Protocolo de Manchester	Enviar mensalmente relatório informando o número de atendimentos dividido pela classificação de risco conforme Protocolo de Manchester, para acompanhamento .	Cálculo: Razão entre o total de atendimentos classificados por cor * 100/ pelo total de atendimentos no pronto atendimento. (um cálculo para cada cor).	% Vermelho % Laranja % Amarelo % Verde % Azul



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 34	Percentual de pacientes que ficam na emergência mais de 12 horas aguardado resolutividade clínica.	Enviar mensalmente relatório contendo o número de atendimentos realizados no Pronto Atendimento que ficaram mais de 12 horas aguardando resolução clínica, bem como anexar a resolutividade: internação clínica, melhora do quadro, exames, alta ou transferência para a referência	Cálculo: Razão entre o número de pacientes que permaneceram no pronto atendimento por mais de 12 horas * 100 pelo total de atendimentos no pronto atendimento.	$\leq 70\%$ = excelente $> 70\%$ a $< 80\%$ = bom $> 80\%$ a $< 90\%$ = regular $> 90\%$ = ruim
META 35	Nível de Satisfação;	Enviar mensalmente relatório da satisfação dos pacientes, contendo o número de pacientes que classificaram como ótimo e bom o atendimento e bom o atendimento recebido.	Cálculo: Razão entre o número de pacientes que classificaram como ótimo e bom o atendimento x 100 / pelo total de pacientes que responderam a pesquisa de satisfação	$\geq 90\%$ = excelente $< 90\%$ a $> 80\%$ = bom $< 80\%$ a $> 70\%$ = regular $< 70\%$ = ruim
META 36	Média diária de pacientes no pronto socorro;	Enviar mensalmente relatório contendo o número de atendimentos realizados no Pronto Atendimento por dia (média).	Cálculo: Razão entre o número total de pacientes atendidos no pronto atendimento / pelo total de dias do mês.	Média de atendimento dia.
META 37	Percentual do número de atendimentos em pronto socorro cujo o transporte foi acionado através de chamadas via 192	Enviar mensalmente relatório contendo o número de atendimentos em pronto socorro, onde a proveniência do paciente foi pela ambulância 192 .	Cálculo: Razão entre o número de atendimentos em pronto socorro * 100 / pelo total de atendimentos realizados.	$\geq 90\%$ = excelente $< 90\%$ a $> 80\%$ = bom $< 80\%$ a $> 70\%$ = regular $< 70\%$ = ruim



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 38	Percentual do número de transferências de urgência realizadas para as referências	Enviar mensalmente relatório contendo o número de todas as transferências realizadas mensalmente.	Cálculo: Razão entre o número de transferências de urgências para as referências * 100 / pelo total de atendimentos no pronto atendimento.	< 70% = excelente > 70% a < 80% = bom > 80% a < 90% = regular > 90% = ruim
META 39	Percentual do número de altas realizadas (com o uso da ambulância)	Enviar mensalmente relatório contendo o número de altas realizadas que necessitaram do uso da ambulância	Cálculo: Razão entre o número de altas que utilizaram a ambulância x 100/ pelo número de altas realizadas.	Número de altas realizadas.
META 40	Percentual de alcance dos procedimentos/exames ambulatoriais realizados (Exames de Apoio e Diagnóstico)	Enviar mensalmente relatório contendo o quantitativo e percentual de procedimentos/exames ambulatoriais realizados (Exames de Apoio e Diagnóstico).	Cálculo: Número de exames realizados * 100/ pelo total de exames contratualizados. (um cálculo para a cota interna e um cálculo para cota externa).	≥ 90% = excelente < 90% a > 80% = bom < 80% a > 70% = regular < 70% = ruim
META 41	Percentual de exames agendados pelo Gestor (regulação municipal) - CROSS	Enviar mensalmente relatório contendo o quantitativo e percentual de exames agendados pela regulação municipal através do Sistema CROSS (cota externa), conforme contratualização	Cálculo: Razão entre o total de exames agendados pelo Gestor * 100/ pelo total de exames agendados.	Número de exames e %.

**B) HOSPITALAR**

**Das internações por especialidade de média complexidade;**

**Indicadores:**



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 42	Percentual de internações realizadas por especialidade (Ortopedia)	Enviar mensalmente relatório contendo o número de AIH apresentadas de acordo com cada especialidade. Os dados deverão ser extraídos do relatório do sistema de processamento hospitalar.	Cálculo: Razão entre o número de internações realizadas pela Ortopedia * 100/ pelo total de internações.	%
META 43	Percentual de internações de urgência (caráter de internação)	Enviar mensalmente relatório contendo o número de internações de urgência.	Cálculo: Razão entre o número de internações realizadas pela Urgência * 100/ pelo total de internações.	%
META 44	Tempo médio de permanência em leito clínico	Enviar mensalmente relatório contendo a média de permanência em leito clínico (duração média da estadia).	Cálculo: Razão entre o número de paciente-dia no período /Número de pacientes saídos no mesmo período (leito clínico)	≤ 5,2 dias
META 45	Tempo médio de permanência em leito cirúrgico	Enviar mensalmente relatório contendo a média de permanência em leito cirúrgico (duração média da estadia).	Cálculo: Razão entre o número de paciente-dia no período /Número de pacientes saídos no mesmo período (leito cirúrgico)	≤ 4,8 dias
META 46	Percentual de partos cesaria	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de partos cesáreos ocorridos no período.	Cálculo: Número de partos cesáreos * 100/ Número total de partos	15% do total de partos realizados < 90% = ruim < 90% a ≥ 80% = regular < 80% a ≥ 70% = bom < 70% = excelente
META 47	Taxa de mortalidade hospitalar	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de óbitos hospitalares ocorridos no período.	Cálculo: Número de óbitos de pacientes internados em determinado período*100 / Número de saídas no mesmo período	3% < 90% = ruim < 90% a ≥ 80% = regular < 80% a ≥ 70% = bom < 70% = excelente



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 48	Taxa de mortalidade materna hospitalar	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de óbitos maternos ocorridos no período.	Cálculo: Número de óbitos maternos em determinado período*100 / Número de saídas no mesmo período	A estimativa é que essa taxa seja zero ou o mais próxima de zero < 90% = ruim < 90% a ≥ 80% = regular < 80% a ≥ 70% = bom < 70% = excelente
META 49	Taxa de ocupação dos leitos	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de ocupação de leitos no período.	Cálculo: Razão entre o número de leitos ocupados (número de pacientes-dia)/ pelo número de leitos disponíveis em determinado período * 100	75 a 85%
META 50	Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de cirurgia suspensa por motivos administrativos.	Cálculo: Número de cirurgias realizadas /número de cirurgias agendadas no mesmo período * 100	A estimativa é que essa taxa seja zero ou o mais próxima de zero
META 51	Índice de infecção sítio cirúrgico	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de infecção em sítio cirúrgico.	Cálculo: Número de infecção de sítio cirúrgico/ número de cirurgias realizadas * 100	A estimativa é que essa taxa seja zero ou o mais próxima de zero
META 52	Taxa de adesão à lista de cirurgia segura	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de adesão à lista de cirurgia segura.	Cálculo: Número de adesão á lista de cirurgia segura/ número de cirurgias realizadas * 100	A estimativa é que seja próxima à 100%, o que demonstra segurança na realização da cirurgia e excelência nos serviços prestados.
META 53	Percentual de cirurgias eletivas realizadas	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de cirurgias eletivas realizadas no período.	Cálculo: Razão entre o número de cirurgias em caráter eletivo * 100/ pelo total de cirurgias realizadas.	%
META 54	Percentual de cirurgias de urgência realizadas	Enviar mensalmente relatório contendo o percentual de cirurgias de urgência realizadas no	Cálculo: Razão entre o número de cirurgias em caráter de urgência	%



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

		período.	x 100 pelo total de cirurgias realizadas.	
--	--	----------	---	--

**IX.III. METAS QUALITATIVAS:**

	<b>META</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>MÉTODO DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE</b>
META 55	Comissão de Revisão de óbitos implantada e atuante	Enviar relatório/ ata com análise dos óbitos ocorridos por faixa etária e medidas adotadas e notificação dos óbitos maternos e neonatais identificando: nome da mãe, endereço, idade e UBS que realizou pré-natal	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 56	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Enviar relatório/ ata descrevendo as ações realizadas para redução ou manutenção (em caso de índices baixos) das infecções hospitalares relacionadas à assistência à saúde, segundo a meta nacional	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 57	Comissão de Revisão de Prontuários	Enviar relatório/ ata contendo itens relacionados a organização dos prontuários e a qualidade dos registros (preenchimento) e medidas adotadas em caso de desorganização ou falta de preenchimento	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 58	Comissão de Segurança do paciente	Enviar relatório/ ata descrevendo as ações realizadas para redução dos impactos as iatrogênias	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 59	Comissão de Ética Médica	Enviar relatório/ ata que comprove a atuação	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

META 60	Pesquisa de Satisfação dos Usuários com formulário e metodologia de apuração, avaliação e divulgação dos resultados	Enviar relatório/ ata contendo formulário e metodologia de apuração, avaliação e divulgação dos resultados por unidades/setores hospitalar.	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 61	Educação Permanente, capacitações e treinamentos	Enviar relatório/ ata das estratégias/ações realizadas para qualificação dos profissionais , bem como apresentar anualmente calendário com a previsão de execução de todas as ações programadas para qualificação dos profissionais	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 62	Protocolo de acolhimento com classificação e avaliação de risco	Apresentar cópia integral do protocolo de acolhimento com classificação de risco e sempre que houver revisão apresentar nova cópia	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 63	Protocolo contendo fluxos e instrumento de registros de alta hospitalar e encaminhamento a Rede de atenção	Apresentar relatório contendo registro de todas as altas hospitalares referenciadas a Rede Básica do município.	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente
META 64	Escalas (plantão médico : na urgência e nas especialidades)	Apresentar escala mensal do mês subsequente até o último dia do mês e posteriormente apresentar as folhas/ relação de chamadas preenchidas, assinadas e carimbadas pelo responsável do plantão de urgência e emergência e do plantonista solicitado.	Em Implantação: regular Implantado: bom Atuante com ações : excelente

**OBS: As metas serão consideradas cumpridas, desde que seja alcançada pelo menos 90% do pactuado.**

**X. COMPROVAÇÃO DE ATENDIMENTO~(PACTUAÇÃO DE SETEMBRO À DEZEMBRO)**

**FATURAMENTO:**

- **MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – SUS - 2024**





**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

**AMBULATÓRIO - 2024**

<b>ANEXO II - PLANO OPERATIVO - NOVA PACTUAÇÃO MENSAL 2024 - VIGÊNCIA DE 01/01/2024 A 30/06/2024</b>								
<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>PACTUAÇÃO INTERNO</b>	<b>VALOR UNITÁRIO INTERNO</b>	<b>VALOR TOTAL MENSAL INTERNO</b>	<b>PACTUAÇÃO EXTERNO</b>	<b>VALOR UNITÁRIO EXTERNO</b>	<b>VALOR EXTERNO</b>	<b>PACTUAÇÃO TOTAL GERAL</b>	<b>VALOR TOTAL GERAL</b>
0201 - Coleta de Material	1	11,89	11,89	-	-	-	1	11,89
0202 - Laboratório clínica	1.000	4,15	4.150,00	4.635	8,63	40.000,05	5.635	44.150,05
0203 - Anatomo Patologico	-	-	-	40	40,78	1.631,20	40	1.631,20
0204 - SADT – RX	820	11,18	9.163,50	500	12,39	6.195,00	1.320	15.358,50
0205 - Ultrassonografia	2	38,87	77,73	-	-	-	2	77,73
0206 - Tomografia (Sem contraste)	170	181,74	30.895,80	100	174,39	17.439,00	270	48.334,80
0206 - Tomografia (Com contraste)	2	242,32	484,64	15	232,52	3.487,80	17	3.972,44
0209 - Colonoscopia	-	-	-	30	700,00	21.000,00	30	21.000,00
0209 - Endoscopia	-	-	-	30	400,00	12.000,00	30	12.000,00
0211 - Eletrocardiograma	180	5,15	927,00	-	-	-	180	927,00
0211- Tococardiografia ante parto	15	1,69	25,35	-	-	-	15	25,35
0301010048 - Consulta nivel superior	5	6,30	31,50	-	-	-	5	31,50
0301010072 - Consulta especialidade	260	10,00	2.600,00	-	-	-	260	2.600,00
0301060029- Observação	350	12,47	4.364,50	-	-	-	350	4.364,50
0301060061 - Consulta urgencia atencao especializada	30	11,00	330,00	-	-	-	30	330,00
0301060096 - Consulta PS	2.850	11,00	31.350,00	-	-	-	2.850	31.350,00
0301060100 - Imobilização	50	13,00	650,00	-	-	-	50	650,00
0301060118 - Acolhimento c/Classificação	3.000	-	-	-	-	-	3.000	-
0301100012 - Medicação	2.200	0,63	1.386,00	-	-	-	2.200	1.386,00
0303 - Tratamento clínicos de outras espe (trat. Conservador de Fraturas	16	27,84	445,44	-	-	-	16	445,44
0401 - Pequenas cirurgias de pele,tecido subcutâneo e mucosa	35	18,78	657,30	35	18,78	657,30	70	1.314,60



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

0404 - Cirurgia das Vias Aéreas (Remoção de Cerumem, Retirada de corpo estranho Ouvido)	5	19,11	95,55	-	-	-	5	95,55
0408 - Cirurgias do sist. Osteomuscular	9	29,69	267,21	-	-	-	9	267,21
0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	2	22,42	44,84	-	29,84	-	2	44,84
0417-Anestesiologia	-	15,15	-	-	15,15	-	-	-
Captação de Córnea	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	2	13,18	26,36	-	-	-	2	26,36
Cirurgia do aparelho circulatório	1	29,86	29,86	1	29,86	29,86	2	59,72
Outras Cirurgias	-	29,86	-	-	-	-	-	-
Cistoscopia	1	18,00	18,00	-	-	-	1	18,00
020201073-2 - Exame de Gasometria	1	15,65	15,65	1	15,65	15,65	2	31,30
<b>TOTAL:</b>	<b>11.007</b>	<b>-</b>	<b>88.048,12</b>	<b>5.387</b>	<b>-</b>	<b>102.455,86</b>	<b>R\$ 16.394,00</b>	<b>190.503,98</b>

### INTERNAÇÃO - 2023

Internações	QTD. PACTUADA 2021			
Interação Cirúrgica	90	R\$	872,98	R\$ 80.568,20
Interação Obstétrica	23	R\$	549,17	R\$ 12.630,91
Interação Clínica	85	R\$	608,08	R\$ 51.686,80
Interação Pediátrica	4	R\$	429,12	R\$ 1.716,48
Captação de Córnea	0	R\$	-	R\$ -
<b>TOTAL:</b>	<b>202</b>		<b>-</b>	<b>R\$ 146.602,39</b>

A Comprovação do cumprimento pactuado se dará através de planilha emitida pelo faturamento e entregue mensalmente no mês subsequente para Secretaria Municipal de Saúde constando a quantidade e valores de procedimentos, consultas e internações realizadas.

Após a entrega dos documentos será realizada reunião mensal, na última terça-feira de cada mês (ou outra data a ser marcada), com a comissão de acompanhamento para avaliar o percentual atingido, emitindo assim ata de avaliação.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

No monitoramento poderá ocorrer readequação dos quantitativos e valores, desde que não haja alteração no valor total e visando atender às necessidades da população, registrando qualquer alteração em ata ou ofício.

## **XI. PLANO DE APLICAÇÃO**

O Plano de Aplicação de Média e Alta complexidade se dará de acordo com as necessidades de manutenção de atendimento SUS na Santa Casa, visando um atendimento de qualidade aos munícipes.

O valor de recebimento para Média e Alta complexidade (Sistema Único de Saúde) será um fixo a ser repassado à esta Entidade, com monitoramento realizado entre Município e Entidade, podendo haver alterações dentro da quantidade contratada desde que não haja alteração de valor, podendo ser registrado em ata ou ofício. Em caso de alteração de valor de repasse o presente contrato deverá ser aditado.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

**XII. CRONOGRAMA DESEMBOLSO 2024**

**CRONOGRAMA DESEMBOLSO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - 2024**

ESPECIFICAÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
SUS - Valor Pactuado Externo	102.455,86	102.455,86	102.455,86	102.455,86	102.455,86	102.455,86	614.735,16
SUS - Valor pactuado Interno	88.048,12	88.048,12	88.048,12	88.048,12	88.048,12	88.048,12	528.288,72
SUS - Internações	146.602,39	146.602,39	146.602,39	146.602,39	146.602,39	146.602,39	879.614,34
SUS - Iac - PT. 2035/2013	77.177,89	77.177,89	77.177,89	77.177,89	77.177,89	77.177,89	463.067,34
SUS - Integrasus	6.160,82	6.160,82	6.160,82	6.160,82	6.160,82	6.160,82	36.964,92
Diárias de UTI (R\$ 547,50 dia/ leito) PT. 3.209/2022	131.400,00	131.400,00	131.400,00	131.400,00	131.400,00	131.400,00	788.400,00
Outros Serviços de Terceiros - Consultoria	7.900,00	7.900,00	7.900,00	7.900,00	7.900,00	7.900,00	47.400,00
<b>TOTAL</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>3.358.470,48</b>

ESPECIFICAÇÃO (ORIGEM DE RECURSO)	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
Recurso Municipal	180.202,22	180.202,22	180.202,22	180.202,22	180.202,22	180.202,22	1081.213,32
Recurso Federal	379.542,86	379.542,86	379.542,86	379.542,86	379.542,86	379.542,86	2.277.257,16
<b>TOTAL</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>559.745,08</b>	<b>3.358.470,48</b>

OBS: A Santa Casa possui empréstimo consignado junto ao BNDES. Sendo assim, mensalmente a parcela deste empréstimo é descontada diretamente no repasse federal. Desta forma o valor contratado federal sofre desconto descrito mensalmente no pagamento realizado pelo Ministério da Saúde (Portal FNS e devidamente apresentado em recibo), devendo a Entidade receber apenas o valor de repasse real realizado ao fundo municipal de saúde.

Complemento Salarial da Equipe de Enfermagem (FEDERAL)	35.189,35	35.189,35	35.189,35	35.189,35	35.189,35	35.189,35	211.136,10
<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>594.934,43</b>	<b>594.934,43</b>	<b>594.934,43</b>	<b>594.934,43</b>	<b>594.934,43</b>	<b>594.934,43</b>	<b>3.569.606,58</b>

Obs: O Complemento Salarial da equipe de Enfermagem se houver pagamento pelo Ministério da Saúde será Federal. Caso o pagamento do complemento salarial da equipe de enfermagem for obrigatório e não houver repasse Federal, o pagamento será Municipal (sob análise).



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

**Programação financeira total do SUS: R\$ 3.569.606,58.**

**Recurso Federal (Pactuação): R\$ 379.542,86/ mensal, R\$ 2.277.257,16/ período.**

**Recurso Federal (Comp. Salarial Enfermagem): R\$ 35.189,35/ mensal, R\$ 211.136,10/ período.**

**Recurso Municipal: R\$ 180.202,22/ mensal , R\$ 1.081.213,32/ período.**

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: A Santa Casa possui empréstimo consignado junto ao BNDES, onde a parcela mensal é descontada do recurso federal à receber. Desta forma mensalmente a Instituição irá receber a pactuação de recurso Municipal de acordo com o plano de trabalho e para o recebimento da pactuação Federal é considerado o valor pactuado em plano de trabalho e descontada a mensalidade do empréstimo, que já é informado dessa forma no detalhamento de pagamento do FNS – Fundo Nacional de Saúde e devidamente apresentada junto ao recibo emitido mensalmente.

Obs: O Complemento Salarial da equipe de Enfermagem se houver pagamento pelo Ministério da Saúde será Federal. Caso o pagamento do complemento salarial da equipe de enfermagem for obrigatório e não houver repasse Federal, o pagamento será Municipal (sob análise).

**XIII. Comissão de Acompanhamento e Avaliação da execução dos indicadores de desempenho.**

A avaliação deverá ser realizada através da Comissão de Acompanhamento e Avaliação onde será verificado o cumprimento das metas físico-financeiro conforme Plano de Trabalho.



**IRMANDADE SÃO JOSÉ DE NOVO HORIZONTE  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**

CNPJ: 53.174.827/0001-88  
RUA: 28 DE OUTUBRO, 1202 – VILA PATTI.  
CEP: 14.960-000 – NOVO HORIZONTE - SP  
TELEFONE (17) 3542-1020 - FAX (17) 3542-9292 – RAMAL 234  
E-mail: [comunicacao@santacasanh.com.br](mailto:comunicacao@santacasanh.com.br)

**XIV. Validade do Plano de Trabalho/Operativo**

Vigência: 01/01/2024 à 30/06/2024.

Novo Horizonte, 18 de Dezembro de 2023.

**XV. ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS**

---

Claudemir Simon Falcão  
Provedor  
Irmandade São José de Novo Horizonte