



## Ofício 185/2023

---

**De:** Grazielle M. - DAA - PC

**Para:** Decio Prates da Fonseca

**Data:** 11/01/2023 às 09:41:58

**Setores envolvidos:**

DAA - PC, SES - GAB

### Solicitação de assinatura do Plano Operativo 2023 para novo Convênio

Prezado Sr.

**Décio Prates da Fonseca**

Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba

Considerando as tratativas para a celebração de um novo convênio, encaminhamos para assinatura, via sistema 1Doc da prefeitura, o Plano Operativo de 2023.

**Obs.:** A solicitação de assinatura do Sr. Décio foi enviada ao e-mail pessoal cadastrado como [pratesdafonseca@hotmail.com](mailto:pratesdafonseca@hotmail.com). O mesmo deverá acessar o e-mail e aceitar a solicitação de assinatura.

Atenciosamente,

—

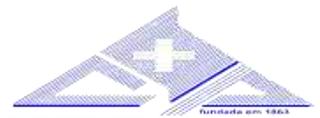
*Grazielle Cristina da Silva Monteiro*

*Oficial de Administração*

Prestação de Contas Sec. Municipal de Saúde

**Anexos:**

5\_Plano\_Operativo\_da\_Santa\_Casa\_2023.pdf



## PLANO OPERATIVO 2023

### INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA CONTRATADA

**Razão Social:** Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba  
**CNPJ:** 54.122.213/0001-15  
**Inscrição Estadual:** Insenta  
**Inscrição Municipal:** 25286 – Atividades de atendimento hospitalar  
**CNES:** 2755092      **CEBAS** Portaria SAS nº 1.433 de 01/09/2017  
**Endereço:** Rua Major José dos Santos Moreira, 466 – Pindamonhangaba/SP – 12410-050  
**Telefone:** (12) 3643-2644      **Fax:** (12) 3643-1230      **e-mail:** santacasapinda@santacasapinda.com

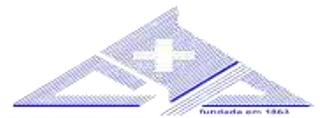
### RESPONSÁVEIS LEGAIS DA CONTRADADA

**PROVEDOR:** Decio Prates da Fonseca  
**VICE-PROVEDOR:** Dr. Thiers Fernandes Lobo  
**Diretor Administrativo:** Luciano Rodrigues Nascimento  
**Diretor Técnico:** Francisco Paulo Martins Freire      CRM/SP: 103.472  
**Diretor Clínico:** Renato Mayer Schmidt      CRM/SP: 176.211  
**Diretora de Enfermagem:** Vanessa Elaine Gomes Bueno Moreira COREN/SP: 0128674

### INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO CONTRATANTE

**Razão Social:** Município de Pindamonhangaba  
**CNPJ:** 45.226.214/0001-19  
**Secretaria Gestora:** Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba  
**Endereço:** Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1734, Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
**Telefone:** (12) 3550-8936      **e-mail:** [saude@pindamonhangaba.sp.gov.br](mailto:saude@pindamonhangaba.sp.gov.br)  
**Prefeito Municipal:** Isael Domingues  
**Secretária de Saúde:** Ana Claudia Macedo dos Santos  
**Secretária Adjunta:** Silvia Mendes de Almeida

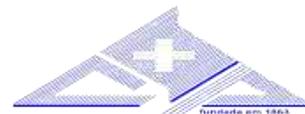




**SUMÁRIO**

1.	OBJETIVOS DO PLANO OPERATIVO .....	2
2.	CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATADA .....	2
3.	CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA E SERVIÇOS DISPONÍVEIS .....	2
4.	INFRAESTRUTURA DA CONTRATADA .....	2
4.1.	LEITOS PARA INTERNAÇÃO .....	3
5.	RECURSOS HUMANOS E EQUIPE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR .....	3
5.1.	EQUIPE DE RETAGUARDA E SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS .....	3
6.	EXAMES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO SOLICITADOS NA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL E ESTADUAL .....	4
7.	SOLICITAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO .....	4
7.1.	REGULAÇÃO MUNICIPAL DE INTERNAÇÃO .....	5
7.1.1.	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR .....	5
7.2.	PROGRAMA MAIS SANTAS CASAS .....	6
8.	ATENDIMENTO AOS PACIENTES INTERNADOS .....	6
8.1.	SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO PACIENTE INTERNADO .....	7
8.2.	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AO PACIENTE INTERNADO / URGÊNCIA .....	7
8.3.	SERVIÇOS EXTERNOS AO PACIENTE INTERNADO .....	8
9.	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS / AMBULATORIAIS .....	8
9.1.	CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE .....	8
10.	SERVIÇO DE HEMODIÁLISE/NEFROLOGIA .....	12
11.	SERVIÇO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA .....	13
12.	SERVIÇO DE HEMODERIVADOS .....	13
13.	POSTO DE COLETA DO LEITE HUMANO – PCLH .....	13
14.	DIAGNÓSTICO DE ANÁLISE CLÍNICA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICAS .....	14
15.	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRÍCO E GINECOLÓGICO .....	14
15.1.	OBJETIVOS .....	14
15.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
15.3.	DEFINIÇÕES .....	14
15.4.	ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL .....	15
15.5.	FLUXO DE ATENDIMENTO .....	16
16.	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO .....	17
17.	EXAMES DE MAMOGRAFIA AMBULATORIAL .....	17
18.	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA .....	17
19.	EXAMES OTORRINOLARINGOLÓGICOS .....	18
20.	CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS .....	19
21.	EXAMES DE IMAGENS .....	19
22.	PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	20
22.1.	OBJETIVOS .....	20
22.2.	ESTRUTURA TÉCNICA DOS SERVIÇOS .....	20
22.3.	PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	21
22.4.	ESTRUTURA FÍSICA DOS SERVIÇOS .....	21





22.5.	ATIVIDADES EDUCACIONAIS .....	21
22.6.	ACONSELHAMENTO .....	21
22.7.	ATIVIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS .....	21
22.8.	MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS .....	22
22.9.	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	22
22.10.	FLUXO DOS SERVIÇOS .....	22
22.11.	HORÁRIOS E DIAS DE ATENDIMENTOS .....	23
22.12.	FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS .....	24
23.	RECURSOS PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS .....	24
24.	METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS .....	24
24.1.	METAS QUALITATIVAS .....	25
24.2.	METAS QUANTITATIVAS .....	26
25.	RELATÓRIOS TÉCNICOS .....	27
26.	COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNIO – CAC .....	27
27.	AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS DA CONTRATADA .....	28
28.	RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES .....	28
29.	FINANCIAMENTO .....	29
30.	MEMORIA DE CALCULO DOS SERVIÇOS .....	29
31.	PRAZO DE VIGÊNCIA E REAJUSTE DE VALORES .....	34
32.	PREVISÃO DE EXECUÇÃO .....	34

## 1. OBJETIVOS DO PLANO OPERATIVO

O presente instrumento foi elaborado pelos representantes da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pindamonhangaba e Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba e tem por objetivo definir as ações, os serviços, as atividades, as metas qualitativas e quantitativas, indicadores de gestão e prazo de vigência pactuados entre as partes. Estabelecer as diretrizes da boa prática de saúde, humanização e acolhimento.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATADA

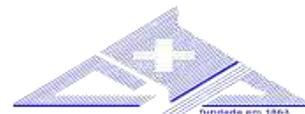
A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba caracteriza-se como um Hospital filantrópico, sem fins lucrativos, cujo objetivo é prestar assistência médico-hospitalar gratuitamente aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, dentro de sua capacidade instalada, utilizando-se de profissionais capacitados e melhores técnicas possíveis, para melhorar a qualidade de vidas das pessoas, de acordo com os princípios de qualidade, humanização e segurança do SUS.

## 3. CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA E SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Para fins de realização dos serviços, objeto deste instrumento, **A CONTRATADA** utilizará sua capacidade física instalada, serviços e equipamentos disponíveis, conforme as informações inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que deverá ser atualizada sempre que a **CONTRATADA** realizar alterações em sua estrutura, devendo utilizar de suas referências regionais quando necessário.

## 4. INFRAESTRUTURA DA CONTRATADA





A **CONTRATADA** destinará para execução do Convênio, os Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, Consultas e Procedimentos, de acordo com os equipamentos relacionados no CNES.

#### 4.1. LEITOS PARA INTERNAÇÃO

A **CONTRATADA** dispõe no limite SUS da tabela abaixo, os leitos especializados de internações aos usuários SUS, gratuitamente:

Tipos de leito por Especialidades	Nº. de leitos existentes no Hospital	Nº. de leitos SUS
Clínica Cirúrgica	30	30
Clínica Geral	20	00
Clínica Médica	45	45
Maternidade (Ginecologia e Obstetrícia)	36	36
Pediatria	20	16
Policlínica	19	00
UCI Neonatal Convencional	10	07
UTI Adulto Tipo II	20	17
UTI Neonatal Tipo II	10	07
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>158</b>

**CONTRATADA** compromete-se informar a todos órgãos responsáveis sobre quaisquer inserções, exclusão e alteração dos leitos conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Todas as inserções, exclusões e alterações deverão ser encaminhadas a Secretaria Municipal de Saúde para alteração no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

#### 5. RECURSOS HUMANOS E EQUIPE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

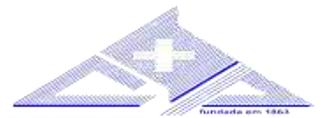
A **CONTRATADA** dispõe de recursos humanos e equipes especializadas direta e indireta para prestar assistência ao paciente SUS internado, garantindo segurança, resolutividade e acesso aos serviços da rede de atendimento SUS. Para atendimento integral aos usuários SUS A **CONTRATADA** manterá em pleno funcionamento de acordo com o estabelecido no **CNES**.

#### 5.1. EQUIPE DE RETAGUARDA E SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

A **CONTRATADA** disponibilizará nos termos da Resolução CFM nº 1.834/2008 os serviços médicos especializados. Os plantões de sobreaviso (retaguarda médica especializada) caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados.

As especialidades definidas como essenciais para uma boa prática de serviço de saúde, são:





SERVIÇO E RETAGUARDA DE ANESTESIA
SERVIÇO E RETAGUARDA DE CIRURGIA GERAL
SERVIÇO CARDIO NEO E ADULTO ECOCARDIOGRAFIA
SERVIÇO DE GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA
SERVIÇO E RETAGUARDA DE NEUROCIRURGIA
RETAGUARDA DE OFTALMOLOGIA
SERVIÇO E RETAGUARDA DE ORTOPEDIA
RETAGUARDA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
SERVIÇO E RETAGUARDA DE CIRURGIA PEDIATRICA
SERVIÇO E RETAGUARDA DE UROLOGIA
SERVIÇO E RETAGUARDA DE UTI NEONATAL
SERVIÇO E RETAGUARDA DE UTI ADULTO
SERVIÇO E RETAGUARDA DE VASCULAR
RETAGUARDA DE CIRURGIA TORACICA
SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA
RETAGUARDA RADIOLOGIA
SERVIÇO DE PEDIATRIA CLÍNICA
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
SERVIÇO EM COLONOSCOPIA
SERVIÇO E RETAGUARDA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA
SERVIÇO DE AVALIAÇÕES CARDIOLÓGICA CLÍNICA
SERVIÇO DE APOIO DE COLETA DO LEITE HUMANO
SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA – BERA COM E SEM SEDAÇÃO

**A CONTRATADA** deverá estar em conformidade com as diretrizes do sistema de trabalho estabelecidas pela Resolução CFM 2.077/14. Os atendimentos contemplados por Equipes de Retaguarda serão disponibilizados aos pacientes internados, sempre que solicitados e no menor tempo possível.

## **6. EXAMES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO SOLICITADOS NA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL E ESTADUAL**

**A CONTRATADA** realizará exames, procedimentos e cirurgias no limite de sua capacidade instalada. Quando houver necessidade de procedimentos, exames ou cirurgias que estejam além da capacidade instalada, habilitação e/ou credenciamento da Instituição serão solicitadas através do sistema de regulação do Ente responsável.

Todo e qualquer paciente que necessite de transferência, seja para realização de exames, procedimentos, internações e outros, o transporte deverá ser solicitado a Secretaria Municipal de Saúde, a qual será responsável pelo veículo e motorista, quando for o caso.

## **7. SOLICITAÇÕES DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO**





**A CONTRATADA** deverá atender aos critérios de regulação e programas estabelecidos da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba e Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, sendo:

a) Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba

A solicitação e disponibilidade dos leitos hospitalares dar-se-á:

- Através da rede de urgência e emergência de atendimento municipal (PASG, Ambulatório Ortopédico de Urgência, SAMU e outros definidos neste Instrumento)
- Pronto Socorro Municipal
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- Cirurgias Eletivas (atendendo os critérios do item 9.1 deste Instrumento)

b) Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo

A solicitação e disponibilidade dos leitos hospitalares dar-se-á:

- Através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde;
- CROSS – **A CONTRATADA** poderá receber pacientes provenientes do Programa Mais Santas Casas, através de regulação e critérios estabelecidos pelo Programa.

## **7.1. REGULAÇÃO MUNICIPAL DE INTERNAÇÃO**

**A CONTRATADA** disponibilizará o quantitativo de leitos para Internação Hospitalar conforme quadro do item 4.1 – Leitos SUS. As solicitações deverão seguir critérios, conforme descritos abaixo:

a) **NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO)**: Todas as solicitações de internação deverão ser encaminhadas via sistema CROSS ou na sua indisponibilidade por escrito e/ou por e-mail ao NIR da **CONTRATADA**, contendo identificação completa do paciente, quadro clínico atualizado e recurso solicitado. A solicitação será avaliada pelos profissionais do NIR e estando dentro da capacidade instalada da **CONTRATADA**, o caso deverá ser aceito.

b) **Emissão de AIH**: Todas as solicitações aceitas pelo Núcleo Interno de Regulação serão encaminhadas ao órgão solicitante para emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), da qual deverá ser preenchida pelo Médico solicitante. A AIH deverá ser preenchida em sua totalidade de forma clara e legível, com assinatura e carimbo do solicitante para posterior apresentação ao órgão fiscalizador e autorizador da Secretaria de Saúde.

### **7.1.1. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR**

O Núcleo Interno de Regulação funcionará 24 horas por dia, durante os 07 dias da semana e será composto por profissional médico habilitado e qualificado para avaliação de todos os casos de solicitações de internações. O NIR tem por objetivo avaliar as solicitações respeitando os critérios técnicos e operacionais da Instituição. As avaliações deverão seguir os seguintes critérios:

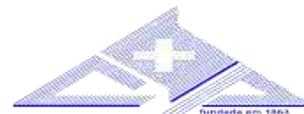
a) **Vaga**

Todas as solicitações serão avaliadas observando a conformidade com os números de vagas disponíveis, conforme quadro do item 4.1 – Leitos SUS.

b) **Especialidade dos Leitos**

As solicitações deverão ser compatíveis com as especialidades de leitos contidas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) e conforme capacidade técnica instalada da Instituição.





### c) Complexidade de Serviços

As solicitações serão avaliadas em conformidade com a hipótese diagnóstica e/ou patologia clínica/cirúrgica, conforme “Rol” de especialidades e serviços contidos no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde).

Caso qualquer solicitação encaminhada seja negada pelo NIR, esta deverá ser justificada e assinada pelo médico que realizou a avaliação. Poderá ainda o médico do NIR solicitar esclarecimentos, resultados de exames e avaliações e/ou procedimentos complementares para auxiliar ou compor informações pertinentes as solicitações. Todos os registros de solicitações, homologações e recusas deverão ser registradas em livro de registro ou sistema informatizado, com número de controle próprio.

Os profissionais envolvidos poderão prestar apoio técnico em intercorrências clínicas e avaliações que resultem na melhora da assistência, objetivando maior rotatividade e menor tempo de permanência dos pacientes.

## 7.2. PROGRAMA MAIS SANTAS CASAS

**A CONTRATADA** através de convênio com o Programa Mais Santas Casas disponibilizará vagas de internação conforme quadro do item 4.1 – Leitos SUS. As vagas serão disponibilizadas no sistema CROSS de informações, através do endereço eletrônico <http://www.cross.saude.sp.gov.br/> - módulo Leitos. Todas os relatórios de solicitações, recusas e aceites de vagas deverão ser encaminhados em relatório mensal a Secretaria Municipal de Saúde, para controle e ciência dos leitos ocupados por pacientes provenientes de outros Municípios.

A relação de fluxo e atendimento à CROSS deverá obedecer aos critérios pactuados entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, conforme protocolos e manuais próprios do Programa, obedecendo grade de referência estabelecida.

As metas estabelecidas no convênio e seus resultados deverão ser encaminhados a Secretaria Municipal de Saúde para acompanhamento e ciência. A avaliação das metas do programa e eventuais penalizações estão sob responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde irá acompanhar todo o processo.

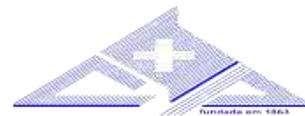
## 8. ATENDIMENTO AOS PACIENTES INTERNADOS

**A CONTRATADA** compromete-se em atender de forma humanizada, segura, responsável e procurar todos os meios e recursos necessários, buscando a resolutividade na assistência à saúde dos pacientes internados. **A CONTRATADA** irá dispor de recursos e assistências, conforme capacidade técnica instalada, observando seus recursos e serviços cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, e quando necessário irá buscar assistência junto aos órgãos reguladores de serviços de saúde, como por exemplo, CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – Estado de São Paulo, para oferecer toda assistência necessária ao paciente Internado.

**A CONTRATADA** deverá estabelecer os seguintes parâmetros de internação por meio de AIH.

Especialidade de Internação por AIH	Quantitativo Mês
Internações Obstétricas e Ginecológicas	180
Internações Clínica Médica (incluindo UTI's)	220
Internações Pediátricas (incluindo UTI's)	52
Internações Clínica Cirúrgica (Urgência)	102





Internações Clínica Cirúrgica (Procedimento Eletivo)	100
<b>Total</b>	<b>654</b>

Os serviços especializados e recursos aos pacientes internados estão vinculados, a complexidade do atendimento e capacidade técnica instalada da **CONTRATADA**. Outros serviços ora necessários deverão ser solicitados junto aos órgãos de regulação externo.

Os serviços, exames e procedimentos deverão estar sempre em conformidade com capacidade técnica instalada e serviços ofertados da **CONTRATADA**, observando sempre o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

### **8.1. SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO PACIENTE INTERNADO**

A **CONTRATADA** dispõe de serviços complementares para apoio diagnóstico e assistência terapêutica a todos os pacientes internados. Esses serviços serão descritos no processo de internação dos pacientes e deverão constar minimamente data e assinatura do serviço e profissional executor. No quadro abaixo alguns dos principais serviços:

<b>Tipo de Serviço</b>	<b>Natureza</b>
Serviço de análise clínica em hemodiálise	Exames diagnóstico em hemodiálise
Avaliação ao RN até 28 dias de vida	Avaliação médica em neonatologia
Serviço odontológico ao paciente internado	Consulta e Avaliação odontológica
Teste do Pezinho – Operacional	Procedimento ao recém nascido
Avaliação Comportamental (Neonatal)	Avaliação Fonoaudióloga em RN
Teste do Coraçãozinho (Neonatal)	Avaliação Cardíaca
Teste da Orelhinha	Avaliação médica em neonatologia
Teste do Olhinho	Avaliação médica em neonatologia
Teste da linguinha	Avaliação Fonoaudióloga em RN
Teste do Coraçãozinho	Avaliação médica em neonatologia
Exames e Procedimentos para Cirurgias Eletivas	Procedimentos e exames de apoio aos procedimentos cirúrgico eletivo (ECG, RX, Curativos)
Exames complementar em Ressonância Magnética c/ e s/ contraste e c/ e s/ sEDAÇÃO	Procedimento diagnóstico de imagem por ressonância magnética em serviço especializado
Exames complementar em Angiotomografia c/ e s/ contraste e c/ e s/ sEDAÇÃO	Procedimento diagnóstico de imagem por Angiotomografia em serviço especializado

Obs.: Havendo necessidade do reteste da orelhinha, A **CONTRATADA** será responsável pelo agendamento e disponibilização do teste em suas dependências, conforme estabelecido pela Política Nacional de Saúde Auditiva Neonatal.

### **8.2. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AO PACIENTE INTERNADO / URGÊNCIA**

A **CONTRATADA** dispõe de atendimento cirúrgico para pacientes que após avaliados necessitem de intervenção cirúrgica. Os procedimentos poderão ser solicitados, seguindo os seguintes critérios técnicos:





**a) Internados Eletivos:** Pacientes que foram internados e posteriormente apresentaram quadro cirúrgico necessário. Após avaliação e conclusão da Equipe Médica, o procedimento será solicitado ao centro cirúrgico e incluído no mapa cirúrgico para realização. Caso o procedimento solicitado não seja da complexidade da **CONTRATADA**, este paciente deverá ser incluído na Central de Regulação – CROSS, imediatamente.

**b) Urgência e Emergência:** Pacientes provenientes da rede de urgência e emergência, serão avaliados primeiramente pelo Médico ou Cirurgião do serviço, como por exemplo, Pronto Socorro Municipal. Após avaliação e conclusão da Equipe Médica/Cirúrgica, esta deverá comunicar o centro cirúrgico e solicitar apoio cirúrgico da equipe de retaguarda médica. Caberá a unidade solicitante o preenchimento da AIH, observando os critérios do item 7.1. Caso o procedimento solicitado não seja da complexidade da **CONTRATADA**, este paciente deverá ser incluído na Central de Regulação – CROSS, pela Unidade de urgência solicitante (Pronto Socorro), imediatamente.

O serviço manterá todos os documentos pertinentes a internações e procedimentos realizados para posterior auditamento. As auditorias serão realizadas em 100% das internações e deverá ser executado por médico auditor da Secretaria de Saúde do Município.

### **8.3. SERVIÇOS EXTERNOS AO PACIENTE INTERNADO**

Todos os pacientes que necessitam realizar consultas, avaliações, exames e procedimentos fora das dependências da Instituição (externo), encaminhados pela **CONTRATADA** ou **CONTRATANTE**, por regulação do serviço da rede pública de saúde deverão ter seu transporte garantido pela **CONTRATANTE**, qualquer que seja a complexidade do transporte. **A CONTRATADA** disponibilizará profissional de enfermagem quando necessário e/ou solicitado pelo serviço executor para transportar o paciente.

**A CONTRATADA** é responsável por solicitar formalmente o transporte a **CONTRATANTE**, devendo informar, conforme solicitação médica ou do serviço executante, o tipo de transporte adequado, devendo especificar a necessidade de ambulância de suporte básico ou suporte avançado (UTI) e neste caso deverá ser fornecida justificativa. A solicitação de transporte deverá ocorrer no menor tempo possível. As solicitações deverão estar integralmente preenchidas, com todos os dados do paciente e da solicitação médica, sendo que o transporte deve ser providenciado pelo município de origem do paciente, ou seja, o transporte quando for para outra referência, deverá ser solicitado a regulação do município de origem do paciente.

## **9. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS / AMBULATORIAIS**

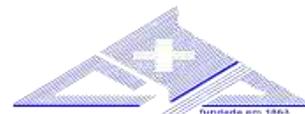
### **9.1. CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

**A CONTRATADA** disponibilizará mensalmente vagas de avaliação cirúrgica em seu ambulatório de cirurgia de média complexidade. A Central de Regulação agendará os pacientes oriundos de sua rede municipal através de sistema de regulação e após a avaliação do médico do ambulatório da **CONTRATADA**, será emitida AIH e encaminhada à regulação médica para autorização. Não serão autorizadas AIHs provenientes de fora da regulação municipal, ou seja, apenas para pacientes do Município de Pindamonhangaba.

**A CONTRATADA** disponibilizará serviço cirúrgico eletivo, contemplando:

**a) Ambulatório de Consultas, Avaliações e Procedimentos Ambulatoriais Eletivos:**





O serviço tem por objetivo realizar consultas médicas ambulatoriais eletivas de média complexidade, para efetivar o agendamento cirúrgico eletivo dos pacientes SUS, encaminhados da rede pública de saúde. Contará com as seguintes assistências:

- ✓ Consultas Médicas para Cirurgia Eletiva
  - Primeira Consulta
  - Consulta Subsequentes (retornos)
  - Interconsultas
- ✓ Avaliação Pré Anestésica
  - Avaliação e consulta do anestesista (internado)
- ✓ Avaliação de Risco Cardiológico
  - Consulta Médica Cardiológica
  - Eletrocardiograma
  - Rx de Torác (quando solicitado pelo médico cirurgião)
- ✓ Procedimentos pós cirúrgico
  - Retirada de Pontos Cirúrgicos
  - Curativos de avaliação pós cirúrgicos
  - Exames de Radiografia simples (casos ortopédicos)
- ✓ Solicitação de Exames Diagnósticos
  - Exames Laboratoriais de análises clínicas (excepto alta complexidade)
  - *Tomografias Computadorizadas\**
  - *Ultrassonografias Simples\**
  - *Ultrassonografias com Doppler\**

*\*Utilização das cotas de exames de imagens (recurso estadual), conforme item 21.*

Exames e procedimentos de complexidades maiores deverão ser encaminhados ao setor de regulação para prévia autorização e referenciamento da rede pública de saúde.

Todos os recursos humanos e materiais necessários para os atendimentos aos pacientes SUS, deverão ser de responsabilidade da **CONTRATADA**, exceto procedimentos e serviços referenciados.

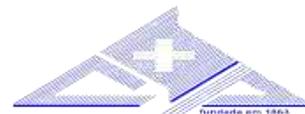
## b) Procedimento Cirúrgico Eletivos

Todos os pacientes que após serem avaliados no ambulatório cirúrgico eletivo da **CONTRATADA** e apresentarem condições plena de realização de cirurgia serão encaminhados para Internação eletiva.

A **CONTRATADA** realizará procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, conforme a seguinte programação:

Clínica Cirúrgica	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
Geral	AIH	40
Vascular	AIH	10
Otorrino	AIH	10
Ortopédica	AIH	10
Pediátrica	AIH	05





Ginecológica	AIH	15
Urológica	AIH	10
Oftalmológica*	APAC	40
<b>Total</b>		<b>140</b>

\*Cirurgia de catarata – critérios definidos no item 9.1, aliena “c”.

O quantitativo de procedimentos cirúrgicos eletivos será apurado mensalmente, estando permitido **A CONTRATADA** intercambiar os tipos de procedimentos, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

O serviço contemplará os seguintes recursos:

✓ **Processo de Internação:**

As internações serão realizadas por AIH pelo médico solicitante da **CONTRATADA**. Este serviço deverá encaminhar a AIH, com todos os campos preenchidos de forma clara e descrições compatíveis com o diagnóstico clínico, ao setor de regulação para autorização previa, com antecedência mínima de 10 dias, ou data consensuada e justificativa para autorização antecipada. Autorizada a AIH, **A CONTRATADA** procederá com a internação do paciente, entrando em contato com o mesmo e agendando a internação hospitalar.

✓ **Internação:**

Após realizado o processo de autorização da AIH, todos os pacientes, por via de regra, deverão ser internados no dia que antecede o procedimento cirúrgico. A especialidade da internação será a CLÍNICA CIRÚRGICA. A avaliação e consulta com o anestesista antecederá o procedimento cirúrgico.

✓ **Ato Anestésico:**

Todos os pacientes após internados serão encaminhados ao centro cirúrgico para realizar o ato anestésico. A equipe anestésica deverá acompanhar o ato cirúrgico do início ao final do procedimento e posteriormente realizar avaliação de alta cirúrgica. Todos os atendimentos deverão ser preenchidos em ficha de evolução e prontuário dos pacientes.

✓ **Ato Cirúrgico:**

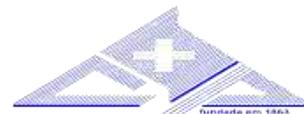
Após anestesiados os pacientes terão os procedimentos cirúrgicos realizados em conformidade com cada diagnóstico descrito na AIH. O procedimento será realizado pela Equipe Cirúrgica que realizou os atendimentos no ambulatório de cirurgia eletiva e/ou definidos por ela. Todos os atendimentos deverão ser preenchidos em ficha de evolução e prontuário dos pacientes. Caso seja identificado qualquer outra incidência que possa ser realizada no mesmo ato cirúrgico, caberá ao cirurgião avaliar a possibilidade de realizá-la e posteriormente justificar em prontuário médico para posterior homologação do médico auditor da Secretaria de Saúde. Os procedimentos excedentes autorizados pelo médico auditor serão computados como procedimentos múltiplos e/ou sequenciais e serão contabilizados na produção.

Procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia deverão ser definidos antecipadamente e serão realizados conforme critérios médicos.

✓ **Internação pós cirúrgica:**

Os pacientes operados poderão ter sua alta médica programada, obedecendo os critérios médicos legais. Após alta do centro cirúrgico todos os pacientes retornarão ao setor de clínica cirúrgica ou outro setor definido pela equipe médica ou anestésica e lá permanecerão até a alta médica. Todos os atendimentos deverão ser preenchidos em ficha de evolução e prontuário dos pacientes. Estará resguardado leitos de





UTI quando solicitado antecipadamente pelo médico cirurgião e em casos de intercorrências os leitos seguirão os critérios de vagas disponíveis, podendo o paciente ser regulado através da Central de Vaga CROSS.

✓ **Alta Hospitalar:**

É de responsabilidade do médico cirurgião realizar a alta médica do paciente. Todos os pacientes deverão receber alta hospitalar somente com condições clínicas para retornar ao serviço ambulatorial da rede pública de saúde. Os pacientes que receberem alta hospitalar deverão ser encaminhados novamente ao ambulatório de cirurgia eletiva para avaliação pós-operatória. Todos os atendimentos deverão ser preenchidos em ficha de evolução e prontuário dos pacientes

✓ **Consulta Pós-Operatória:**

**A CONTRATADA** se responsabilizará por todas as consultas pós-operatórias que se fizerem necessárias, bem como demais procedimentos (retirada de pontos, Rx, etc.) que se fizerem necessários com referência ao pós-operatório. **A CONTRATADA** fornecerá espaço físico, recursos humanos e insumos para a realização do pós-operatório.

Todos os recursos humanos e materiais necessários para a realização dos procedimentos cirúrgicos aos pacientes SUS, deverão ser de responsabilidade da **CONTRATADA**.

✓ **Procedimentos por Videolaparoscopia:**

**A CONTRATADA** poderá realizar cirurgias por videolaparoscopia devendo o médico definir os critérios técnicos. **A CONTRATADA** deverá realizar os devidos procedimentos cirúrgicos conforme quantitativo mensal definido, sendo:

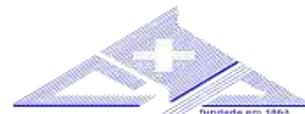
Descrição	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
Procedimento Cirúrgico por Videolaparoscopia	AIH	50

Os valores necessários para a execução dos procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia serão definidos com recursos estaduais, conforme quadro demonstrativo no item 29 (Recursos Complementares Estadual).

**c) Procedimentos cirurgicos em facoemocificação com implante de lente intra-ocular dobrável – CATARATA.**

**A CONTRATADA** realizará procedimento cirúrgico eletivo de facoemocificação com implante de lente intra-ocular dobrável aos pacientes SUS encaminhados do ambulatório de oftalmologia da rede pública de saúde de Pindamonhangaba. Os pacientes serão encaminhados a **CONTRATADA**, devendo estar realizar os atendimentos pré e pós cirúrgicos em consultório com recursos necessários para avaliação na especialidade oftalmológica. Todos os documentos prévios de autorização deverão ser encaminhados ao setor de regulação pelo próprio ambulatório de oftalmologia do Município e este os remeterá à **CONTRATADA**. Somente passarão por cirurgia os pacientes que tiverem suas APACs (AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL) preenchidas corretamente e estarem devidamente autorizadas pelo Setor de Regulação Municipal. Na alta hospitalar, o médico responsável deverá encaminhar os pacientes para o ambulatório oftalmológico da **CONTRATADA** para posterior acompanhamento. Exames e Procedimentos diagnósticos e complementares deverão ser solicitados pelo médico responsável, devendo ser justificados e encaminhados a regulação da rede municipal para efetivação.





## 10. SERVIÇO DE HEMODIÁLISE/NEFROLOGIA

A **CONTRATADA** dispõe de serviço terceirizado para realização de atendimento ambulatorial em hemodiálise e nefrologia para pacientes em tratamento SUS. Os pacientes são provenientes do município de Pindamonhangaba, Campos do Jordão, Roseira, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, cabendo ao setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde realizar a referência ao serviço, conforme disponibilidade técnica de atendimento. Todos os documentos prévios de autorização deverão ser encaminhados ao setor de regulação da rede pública de saúde de Pindamonhangaba. O instrumento de regulação para tratamento e atendimento em nefrologia e hemodiálise será a APAC – AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, devendo ser preenchida corretamente e constar autorização assinada pelo médico autorizador. Pacientes provenientes dos serviços de urgência e emergência poderão ser atendidos e os respectivos documentos encaminhados posteriormente para autorização, contudo deverá constar relatório ou laudo dos procedimentos realizados de acordo com tabela SUS.

O serviço contemplará os seguintes recursos:

- ✓ Consulta e avaliação em Nefrologia
  - Avaliação e Consulta Nefrológica para realizar a admissão e acompanhamento dos pacientes que estão em tratamento junto aos serviços credenciados, como por exemplo, sessões de hemodiálise, incluindo intercorrências.
- ✓ Acompanhamento Multiprofissional
  - Todos os pacientes serão acompanhados pelo serviço multiprofissional do setor. Este serviço contém Enfermagem, Nutricionista, Assistente Social e Psicóloga.
- ✓ Tratamento em Hemodiálise
  - Serviço de Terapia Renal Substitutiva
  - Hemodiálise 01 sessão por semana
  - Hemodiálise 03 sessões por semana
  - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite Be C, com 01 sessão por semana
  - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite Be C, com 03 sessões por semana
  - Cirurgia em Nefrologia do grupo tabela SUS – 0418
- ✓ Diagnóstico Clínico Laboratorial
  - Serviço de análise clínica laboratorial para paciente em tratamento de nefrologia e/ou hemodiálise

O serviço terá financiamento FAEC – FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO E MAC - LIMITE FINANCEIRO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR. Considerando o grupo de financiamento, apenas o serviço de Diagnóstico Clínico Laboratorial será financiado pelo MAC. O repasse do financiamento deverá ocorrer de forma integral, conforme produção apresenta. Os relatórios de produção deverão ser encaminhados a Secretaria Municipal de Saúde para análise, avaliação, fiscalização e controle, podendo esta realizar vistoria “*in loco*” dos relatórios encaminhados.

Todos os recursos humanos e materiais necessários para a realização dos procedimentos cirúrgicos aos pacientes SUS, deverão ser de responsabilidade da **CONTRATADA**.





## **11. SERVIÇO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA**

A **CONTRATADA** dispõe de serviço terceirizado, por prestadores médicos especializados em ortopedia cirúrgica para apoio ao paciente que necessita de procedimento cirúrgico de urgência/emergência em traumas ortopédicos. Tal setor realizará consultas e procedimentos pós operatórios no período de segunda a sexta-feira ininterruptamente aos pacientes que realizaram cirurgia de urgência/emergência na especialidade ortopédica. O setor contará com salas de consultas médicas especializada, procedimentos de RX, avaliação de sinais vitais, ECG, curativos, ajustes e retirada de talas e gessos, avaliação multiprofissional, cuidados de enfermagem e encaminhamentos referenciados.

## **12. SERVIÇO DE HEMODERIVADOS**

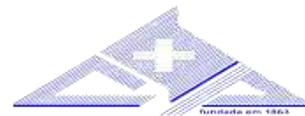
A **CONTRATADA** dispõe de serviço terceirizado para fornecimento de hemoderivados para os pacientes internados. O serviço deverá manter estoque disponível para uso ou recurso de busca emergencial para atendimento. O serviço deverá ser credenciado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da **CONTRATADA**. O serviço poderá ser passível de fiscalização e deverá manter todos os documentos e infraestruturas em conformidade com as legislações pertinentes. Todos os recursos humanos e materiais necessários para o serviço aos pacientes SUS, deverão ser de responsabilidade da **CONTRATADA**.

## **13. POSTO DE COLETA DO LEITE HUMANO – PCLH**

A **CONTRATADA** junto ao Programa Rede Cegonha irá manter serviço de coleta e distribuição de leite humano. Este serviço abrangerá a todas as muniçipes e recém-nascidos da rede de saúde de Pindamonhangaba. Todas as muniçipes das quais apresentam condições de doação do leite humano são atendidas por equipe multiprofissional (Enfermeiro e Nutricionista). A Equipe é responsável pelo cadastro e orientações em relação a coleta e distribuição do leite humano. Entre os trabalhos estão:

- ✓ Serviço a Muniçipe Internada:
  - Orientações sobre a importância do aleitamento materno
  - Diálogos na maternidade sobre a importância da doação de leite humano
  - Orientações e treinamentos sobre higienização corporal e das mamas
  - Cadastro de doadoras de leite humano
  - Orientação e coleta de exame laboratorial da muniçipe
  - Atendimento de Enfermagem sobre coleta e distribuição de leite humano
  - Atendimento de Nutricionista sobre coleta e distribuição de leite humano
  
- ✓ Serviço a Muniçipe Externa:
  - Orientações sobre a importância do aleitamento materno
  - Orientação da importância da doação de leite humano
  - Orientações e treinamentos sobre higienização corporal e das mamas
  - Cadastro de doadoras de leite humano
  - Orientação e coleta de exame laboratorial da muniçipe
  - Atendimento de Enfermagem sobre coleta e distribuição de leite humano
  - Atendimento de Nutricionista sobre coleta e distribuição de leite humano
  - Coleta residencial do leite humano
  - Fornecimento de frascos estéril para armazenamento do leite humano
  - Fornecimento de acessórios (toca, mascaró) para auxílio da coleta do leite humano





- ✓ Apoio diagnóstico:
  - serviço encaminha todo leite humano coletado para análise laboratorial e pasteurização em banco de leite credenciado

**A CONTRATADA** dispõe de serviço terceirizado de Banco de Leite Humano – BLT. Este serviço é responsável pela análise e pasteurização do leite humano capitado pela **CONTRATADA**, bem como pelo fornecimento para municípios cadastradas para o recebimento do leite humano. Todo processo de controle e relatórios deverão ser arquivados pela **CONTRATADA** e estarão passíveis de vistoria “in loco” pela **CONTRATANTE**.

#### **14. DIAGNÓSTICO DE ANÁLISE CLÍNICA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICAS**

**A CONTRATADA** dispõe de serviço terceirizado para coleta e análise de material biológico os pacientes internados. O serviço deverá manter seus recursos e equipamentos e pleno funcionamento. O serviço deverá ser credenciado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da **CONTRATADA**. O serviço poderá ser passível de fiscalização e deverá manter todos os documentos e infraestruturas em conformidade com as legislações pertinentes.

#### **15. PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRÍCO E GINECOLÓGICO - PASG**

##### **15.1. OBJETIVOS**

O plano operativo tem por objetivo a elaboração, implantação e implementação do serviço de atendimento humanizado em urgência e emergência para gestantes, em todos os níveis de cuidados, considerando a complexidade de atendimento da **CONTRATADA**, bem como suporte a vida ao recém-nascido até 27 dias.

##### **15.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Atendimento humanizado de gestantes nos serviços de urgência e emergência, com suporte a vida do recém-nascido. Serão realizadas consultas, procedimentos, exames e intervenções hospitalares (internações), com a finalidade de atender gestantes provenientes da rede básica de saúde, unidade de especialidade médica, unidade da saúde da mulher, pronto socorro municipal e contra-referenciada de outros serviços (CROSS). O serviço irá recepcionar todas as gestantes com porta aberta 24 horas por dia, durante 07 (sete) dias da semana e seus recém nascidos. Terão atendimentos todas as gestantes e recém-nascidos até 28 dias, em todos os níveis de cuidado, considerando a complexidade de atendimento e capacidade instalada da **CONTRATADA** e as pactuações regionais para o serviço de obstetrícia e o neonatologia, resguardadas as vedações para os casos de urgência.

##### **15.3. DEFINIÇÕES**

O processo de mudança de paradigma na atenção obstétrica e neonatal no país, ou seja, o renascimento do respeito ao fisiológico e natural conta com o apoio de programas e políticas públicas que buscam a melhoria da assistência às mulheres, recém-nascidos e famílias.

No contexto da humanização, o atendimento a parturiente deve ser realizado baseado em evidências científicas, conforme preconiza o Ministério da Saúde, através da Rede Cegonha, RAMI e políticas de humanização da assistência. Estas recomendações também estão baseadas nas boas práticas de assistência ao parto e nascimento da OMS, de 1996, que classifica as ações assistenciais em quatro categorias, dando orientações para o que pode e não pode ser realizado durante a assistência.





Algumas dessas recomendações sofreram alterações em virtude da atualização dos estudos e construção de novas evidências científicas, entretanto, cotidianamente, ainda são realizadas práticas de rotinas, que não possuem fundamento científico para justificar sua ação, dando espaço para a violência obstétrica. Para que haja assistência respeitosa faz-se necessário definir e classificar a parturiente quando ao risco do parto, na sua chegada a maternidade e durante todo o trabalho de parto.

Ainda que não distante dos objetivos essenciais à gestante é importante ressaltar que o recém-nascido deverá ser avaliado ainda no processo de atendimento de urgência e emergência, sendo que uma vez definido que existe risco a vida, este deverá ser considerado para atendimentos secundários, como intervenções de profissionais e internações em Unidade de terapia intensiva neonatal.

#### **15.4. ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL:**

O serviço de atendimento humanizado a gestante em urgência e emergência, contará com equipe técnica qualificada e todo o suporte logístico para o atendimento. O serviço contempla os seguintes profissionais com suas respectivas atribuições:

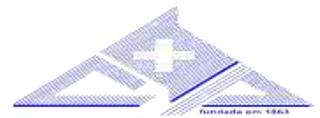
##### **a) Médicos Ginecologistas e Obstétricos:**

- ✓ Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Atender consultas de urgência e emergência de gestantes, em todos os níveis de cuidados de forma humanizada, com acolhimento, devendo prestar todas as informações necessárias a gestante e/ou acompanhante;
- ✓ Realizar procedimentos para a avaliação física das gestantes;
- ✓ Solicitar quando necessários exames e procedimentos complementares para avaliações e diagnósticos clínicos;
- ✓ Prescrever procedimentos e medicamentos para uso imediato e/ou para início de tratamentos com encaminhamentos aos serviços de referência da gestante, conforme critérios técnicos e níveis de atendimento;
- ✓ Prescrever indicações de referência e contra-referência para outros níveis de atendimento e outras unidades de serviços à saúde e assistência da gestante;
- ✓ Dar alta do serviço com ou sem referência de atendimento;
- ✓ Solicitar internações hospitalares.

##### **b) Equipe de Enfermagem do Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco à Gestante (Apenas Enfermeiros):**

- ✓ Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante;
- ✓ Atender as gestantes pelo nome social, com acolhimento e humanização;
- ✓ Realizar as consultas de enfermagem para a coleta de dados conforme classificação de risco;
- ✓ Atentar-se ao protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico disponível no setor;
- ✓ Anotar em ficha de atendimento todos os dados e informações pertinentes as queixas da paciente;
- ✓ Realizar procedimentos relacionados à gestão, conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico;
- ✓ Encaminhar as pacientes dentro do prazo estabelecido, após classificação para consulta com médico;
- ✓ Prestar apoio as necessidades das pacientes em consonância com suas queixas;
- ✓ Prestar orientações clara, precisas e de forma que todas as pacientes e acompanhantes possam entender;





- ✓ Prescrever indicações de referência e contra-referência para outros níveis de atendimento e outras unidades de serviços à saúde e assistência da gestante.

c) Equipe de Enfermagem do Serviço ao Atendimento pós consulta médica (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares):

- ✓ Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante;
- ✓ Atender as gestantes pelo nome social, com acolhimento e humanização;
- ✓ Realizar procedimentos e administração de medicamentos conforme solicitação médica;
- ✓ Encaminhar a pacientes para realizar internações no setor de recepção;
- ✓ Prestar orientações clara, precisas e de forma que todas as pacientes e acompanhantes possam entender.

d) Recepção e Equipe Administrativa

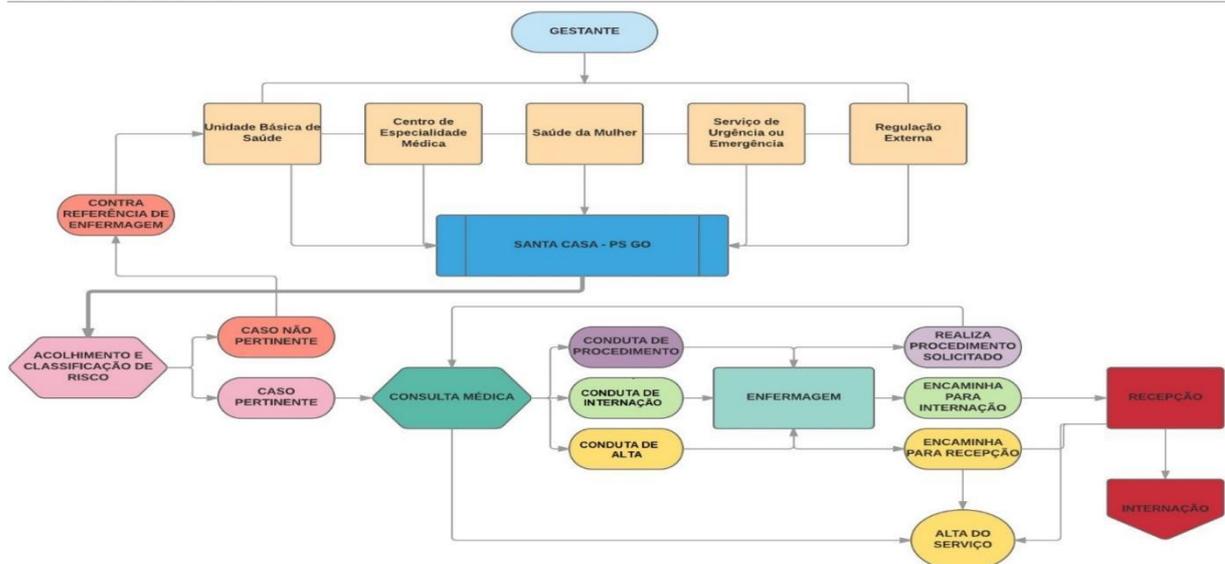
- ✓ Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante;
- ✓ Atender as gestantes pelo nome social, com acolhimento e humanização;
- ✓ Realizar cadastro com informações atualizadas, sempre orientando a paciente sobre seus dados;
- ✓ Emitir ficha de atendimento com triagem de risco;
- ✓ Recepcionar e encaminhar a paciente ao setor com todas as informações necessárias para garantir segurança e atendimento adequado;
- ✓ Realizar o cadastro de internação, quando solicitado pelo médico ginecologista;
- ✓ Prestar orientações sobre acompanhantes e visitantes nas dependências do hospital quando realizada a internação.

### 15.5. FLUXO DE ATENDIMENTO

O Atendimento deverá respeitar a referência e contra-referência, conforme protocolos e diretrizes definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba.

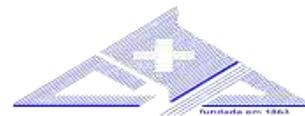
FLUXOGRAMA PS GO

Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba



O serviço conta com:





- ✓ Recepção de Triagem
- ✓ Sala de Triagem (Enfermagem)
- ✓ Sala de Espera (climatizada, poltronas e tv)
- ✓ Sala de Procedimento (poltronas, tv e climatização)
- ✓ Sala de Repouso e/ou observação com 03 leitos
- ✓ Consultório Médico com aparelho de Ultrassonografia e assessórios
- ✓ Posto de Enfermagem
- ✓ Banheiro

## 16. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

**A CONTRATADA** dispõe de Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU para atendimento ao público em geral. O serviço recebe demandas de reclamações, denúncias, informações, solicitações e elogios de diversas áreas da **CONTRATADA**. As demandas são registradas em controle informatizado e para cada registro é gerado um número de controle insubstituível, do qual cada usuário pode acompanhar sua demanda. Todas as demandas são encaminhadas para os setores responsáveis e posteriormente são respondidas aos usuários. O serviço funciona em horário administrativo e mantém vínculo com a Política de Humanização do Estado de São Paulo.

## 17. EXAMES DE MAMOGRAFIA AMBULATORIAL

**A CONTRATADA** executará exames diagnósticos de imagens em Mamografia em pacientes mulheres referenciadas da rede pública de saúde do Município de Pindamonhangaba. As pacientes serão encaminhadas através do sistema informatizado SISREG III, pelo setor de Regulação. **A CONTRATADA** deverá disponibilizar as agendas de vagas antecipadamente e deverá contribuir com a confirmação do agendamento com as pacientes, evitando o máximo de absenteísmo. Os exames serão realizados nas dependências da **CONTRATADA** e os laudos serão entregues no prazo máximo de 07 dias após a realização dos exames.

**A CONTRATADA** deverá seguir todos os protocolos clínicos e técnicos definidos pelo Ministério da Saúde mantendo-se atualizado conforme normas técnicas estabelecidas pelos conselhos de classe.

**A CONTRATADA** deverá a final de cada competência apresentar relatório quantitativo dos exames realizados, conforme quadro abaixo:

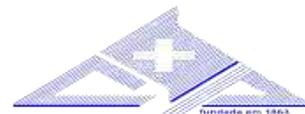
Descrição	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
Exame de Mamografia	SISREG III	500

Necessitando a paciente realizar a repetição do exame por questões clínicas, deverá o médico responsável da **CONTRATADA** emitir solicitação justificada por escrito e encaminhar a paciente à rede pública de saúde do Município para novo agendamento.

## 18. HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

**A CONTRATADA** executará procedimentos de histeroscopia diagnóstica por imagem em pacientes referenciadas da rede pública de saúde do Município de Pindamonhangaba. As pacientes serão encaminhadas através do sistema informatizado SISREG III, pelo setor de Regulação. **A CONTRATADA** deverá disponibilizar as agendas de vagas antecipadamente e deverá contribuir com a confirmação do agendamento com as pacientes, evitando o máximo de absenteísmo. Os procedimentos serão





realizados nas dependências da **CONTRATADA** e os laudos serão entregues após o mesmo, sendo que os resultados de biopsia serão entregues as pacientes conforme liberação dos estudos clínicos e citopatológicos. O procedimento será realizado no Centro Cirúrgico da **CONTRATADA**, podendo estar definir critérios de internações em casos de intercorrências médicas.

**A CONTRATADA** deverá seguir todos os protocolos clínicos e técnicos definidos pelo Ministério da Saúde mantendo-se atualizado conforme normas técnicas estabelecidas pelos conselhos de classe.

**A CONTRATADA** deverá a final de cada competência apresentar relatório quantitativo dos exames realizados, conforme quadro abaixo:

Descrição	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
Histeroscopia diagnóstica	SISREG III	10

Os serviços contemplarão os seguintes recursos:

- ✓ Consultas Médicas Especializadas
  - Consulta pré procedimento
  - Consulta pós procedimento (incluindo entrega do resultado da biopsia)
- ✓ Procedimento de Histeroscopia Diagnóstica em Centro Cirúrgico
  - Procedimento de Histeroscopia por Video
  - Coleta de material para biopsia (caso necessário)
  - Emissão de laudo médico especializado
- ✓ Exames pré operatório
  - Exame pré-operatório de análises clínicas
  - *Exames de imagens por ultrassonografia simples\**

*\*Utilização das cotas de exames de imagens (recurso estadual), conforme item 21.*

Necessitando a paciente realizar a repetição do procedimento por questões clínicas, deverá o médico responsável da **CONTRATADA** emitir solicitação justificada por escrito e encaminhar a paciente à rede pública de saúde do Município para novo agendamento.

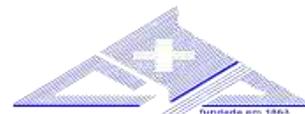
As pacientes que necessitarem de intervenção cirúrgica eletiva deverão ser encaminhadas ao setor de regulação do Município para novo agendamento, podendo a **CONTRATADA** justificar o caráter emergencial cirúrgico para adequação do critério de vaga.

## **19. EXAMES OTORRINOLARINGOLÓGICOS**

**A CONTRATADA** disponibilizará serviço de procedimentos na especialidade de otorrinolaringologia em pacientes referenciadas da rede pública de saúde do Município de Pindamonhangaba. As pacientes serão encaminhadas através do sistema informatizado SISREG III, pelo setor de Regulação. **A CONTRATADA** deverá disponibilizar as agendas de vagas antecipadamente e deverá contribuir com a confirmação do agendamento com as pacientes, evitando o máximo de absenteísmo. Os procedimentos serão realizados nas dependências da **CONTRATADA** ou em local prédefinido, realizado por profissional médico especializado conforme quadro abaixo:

Descrição	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
-----------	----------------------------	----------------





Nasofibrilaringoscopia	SISREG III	40
Nasofibrilaringoscopia com biopsia	SISREG III	03
BERA sem sedação	SISREG III	10
BERA com sedação	SISREG III	10

Os laudos dos procedimentos serão entregues após o mesmo, sendo que os resultados de biopsia serão entregues as pacientes conforme liberação dos estudos clínicos e citopatológicos. Os procedimentos com biopsia serão realizados no Centro Cirúrgico da **CONTRATADA**, podendo estar definir critérios de internações em casos de intercorrências médicas.

As pacientes que necessitarem de intervenção cirúrgica eletiva deverão ser encaminhadas ao setor de regulação do Município para novo agendamento, podendo a **CONTRATADA** justificar o caráter emergencial cirúrgico para adequação do critério de vaga.

A **CONTRATADA** deverá seguir todos os protocolos clínicos e técnicos definidos pelo Ministério da Saúde mantendo-se atualizado conforme normas técnicas estabelecidas pelos conselhos de classe.

A **CONTRATADA** deverá a final de cada competência apresentar relatório quantitativo dos procedimentos realizados.

## 20. CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS

A **CONTRATADA** disponibilizará serviço de consultas médicas especializadas ambulatoriais para pacientes referenciadas da rede pública de saúde do Município de Pindamonhangaba. As pacientes serão encaminhadas através do sistema informatizado SISREG III, pelo setor de Regulação. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar as agendas de vagas antecipadamente e deverá contribuir com a confirmação do agendamento com as pacientes, evitando o máximo de absenteísmo. As consultas serão realizadas nas dependências da **CONTRATADA** no ambulatório de especialidades médicas. O serviço terá horários de atendimento de segunda a sexta-feira, podendo atender aos sábados e feriados. As consultas médicas especializadas terão caráter clínico eletivos, devendo os casos urgentes serem referenciados aos serviços especializados. O serviço contará:

Descrição	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
Consulta em Otorrinolaringologia Clínica	SISREG III	100
Consulta em Urologia Clínica	SISREG III	100
Consulta em Neurologia Clínica	SISREG III	60

Os pacientes atendidos manterão prontuários médicos ativos nas dependências da **CONTRATADA**, devendo esta atender os critérios de guarda e sigilo definidos em lei.

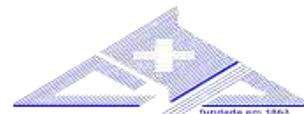
A **CONTRATADA** deverá seguir todos os protocolos clínicos e técnicos definidos pelo Ministério da Saúde mantendo-se atualizado conforme normas técnicas estabelecidas pelos conselhos de classe.

A **CONTRATADA** deverá a final de cada competência apresentar relatório quantitativo das consultas realizadas.

## 21. EXAMES DE IMAGENS

A **CONTRATADA** disponibilizará agenda para realização de exames ambulatoriais de imagens para pacientes referenciadas da rede pública de saúde do Município de Pindamonhangaba. Os pacientes serão encaminhados através do sistema informatizado SISREG III, pelo setor de Regulação. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar as agendas de vagas antecipadamente e deverá contribuir com a





confirmação do agendamento com os pacientes, evitando o máximo de absenteísmo. Os exames serão executados nas dependências da **CONTRATADA** com horários pré-definidos em agenda. Os exames terão caráter emergencial e serão para prestar apoio as demandas do Município. O serviço contará:

Descrição	Instrumento de solicitação	Quantidade mês
Tomografias Computadorizadas	SISREG III	50
Ultrassonografia Simples	SISREG III	200
Ultrassonografia com Doppler	SISREG III	150

A **CONTRATADA** deverá seguir todos os protocolos clínicos e técnicos definidos pelo Ministério da Saúde mantendo-se atualizado conforme normas técnicas estabelecidas pelos conselhos de classe.

A **CONTRATADA** deverá a final de cada competência apresentar relatório quantitativo dos procedimentos realizados.

## **22. AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

A **CONTRATADA** disponibilizará o Ambulatório de Planejamento Familiar (vasectomia, laqueadura tubária e Inserção de DIU de cobre pós-parto) e, inserção do Dispositivo Intra Uterino hormonal (DIU) em mulheres com patologias uterinas.

Dentro do atendimento no programa de planejamento familiar está incluso, avaliações e orientações técnicas multiprofissionais, atividades educativas, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos. No atendimento para tratamentos de patologias com sangramento uterino anormal e/ou endometrioses está incluso a avaliação médica, exames de USG e inserção de Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal.

A assistência ao planejamento familiar está pautada na lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Com alterações presentes na lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 onde visa oferecer à comunidade atendida, o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, com protocolos orientadores através de programas como PAISM – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e PNAISH – Programa Nacional de Atenção à Saúde do Homem.

A assistência à concepção inclui as orientações no campo da sexualidade e do correto reconhecimento do período fértil, bem como das alternativas de atendimentos existentes tanto na pré-concepção quanto na atenção ao pré-natal e seguintes, incluindo orientações para a concepção, informações quanto aos métodos anticoncepcionais, devendo constar suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo o direito à livre escolha dos mesmos, bem como a assistência necessária ao seu uso.

A Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba realiza atividades voltadas aos usuários SUS – Sistema Único de Saúde, através de contratos e convênios nas esferas Federal, Estadual e Municipal, possuindo a capacidade técnica necessária para serviços afim de atender ações e estratégias voltadas a Saúde da Mulher e do Homem do Município de Pindamonhangaba.

### **22.1. OBJETIVO**

Realizar ações de planejamento familiar com ofertas de serviços clínicos e cirúrgicos com equipe multiprofissional, incluindo todas as etapas de orientações e atividades que garantam a livre escolha, bem como tratamentos de patologias uterinas que não se enquadram nos critérios cirúrgicos, porém, se faz necessário a inserção do DIU hormonal.

### **22.2. ESTRUTURA TÉCNICA DOS SERVIÇOS**

Os serviços são pautados em três alicerces:





- Atividades educativas;
- Aconselhamento;
- Atividades clínicas e cirúrgicas.

### 22.3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O serviço envolve a atuação de uma equipe multiprofissional capacitada, incluindo:

- Médico Obstetra e Ginecológico e Urologista/Cirurgião Geral;
- Enfermeiro;
- Assistente Social;
- Psicóloga;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Equipes de Apoio (Atendentes, Secretárias, Recepcionistas, entre outros).

### 22.4. ESTRUTURA FÍSICA DOS SERVIÇOS

A unidade de atendimento contará com as seguintes estruturas para atendimento:

- Recepção de atendimento e acolhimento administrativo;
- Área de espera ambulatorial;
- Consultório Médico, incluindo mesa ginecológica;
- Sala de Pequeno Procedimento;
- Sala de Apoio de urgência e emergência;
- Sala cirúrgica para atendimento ginecológico e obstétrico;
- Área de repouso pós procedimento;
- Acomodações para internações;
- Sala de atendimento multiprofissional (Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo).

### 22.5. ATIVIDADES EDUCATIVAS

As atividades consistem na oferta de informações e conhecimentos necessários para que os interessados possam estabelecer a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado a suas necessidades. Para tanto, o serviço irá dispor de vídeos educativos com acessos às informações que possam orientar as decisões dos interessados, bem como atividades programadas em grupo, caso necessário. Será disponibilizado acesso a equipes multiprofissionais para complementação de informações e orientações técnicas para garantir e propiciar o questionamento e reflexão sobre o assunto.

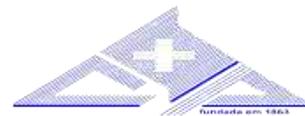
### 22.6. ACONSELHAMENTO

Consiste na atuação dos profissionais da equipe multiprofissional de forma individualizada por indivíduos ou casais interessados, visando o acolhimento para sanar dúvidas, preocupações e questionamentos sobre as questões do planejamento familiar. Esta etapa conecta a demanda do interessado com os serviços ofertados, podendo discutir e contextualizar questões características de cada indivíduo e/ou casal, apresentando neste ato os riscos e benefícios inerentes ao programa.

### 22.7. ATIVIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS

Todo processo clínico deve ser realizado posterior as atividades educacionais, a qual irá filtrar o momento temporal das decisões ou não de avançar no programa de planejamento familiar. Nesta etapa o serviço busca a proteção e recuperação da saúde dos interessados. O Serviço inclui a anamnese;





exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame de mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncótica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional. O serviço irá garantir o acompanhamento com consultas periódicas para reavaliar a adequação do método escolhido e sua eficácia, bem como prevenir possíveis intercorrências.

## 22.8. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

O serviço deverá ofertar todas as alternativas de métodos anticoncepcionais disponibilizados pelo Município de Pindamonhangaba e de acordo com o Ministério da Saúde. Seguem os métodos disponíveis na rede SUS.

- Anticoncepcional injetável IM mensal e /ou trimestral
- Anticoncepcional oral
- Preservativos feminino e masculino
- Dispositivo Intrauterino de cobre

As informações e ofertas incluem suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo informações necessárias para a opção de livre escolha e consciente dos interessados. A decisão estará pautada em considerações definidas através do fluxo de atendimento do serviço, observando os seguintes aspectos:

- A escolha do interessado e/ou casal;
- Características dos métodos (eficácia, efeitos secundários, disponibilidade, facilidade de uso, entre outros);
- Fatores individuais relacionados aos métodos (condição econômica, estado de saúde, personalidade, padrão de comportamento sexual).

## 22.9. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios técnicos de elegibilidade serão estabelecidos pelo serviço, tem como base os fluxos de atendimentos realizados e devem ser utilizados para orientar o interessado no processo de escolha do método anticoncepcional. A equipe profissional deve estabelecer quanto a seguinte classificação:

- O método pode ser usado sem restrição;
- O método pode ser usado com restrição;
- Os riscos decorrentes do uso superam os benefícios;
- O método não deve ser usado, risco inaceitável.

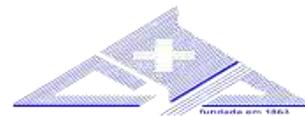
Quando o método a ser utilizado for classificado como “risco decorrente do uso supera o benefício”, faz-se necessário um acompanhamento rigoroso por parte do serviço. As diretrizes dos métodos ofertados estarão de acordo com o manual de Assistência em Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (ref: 4ª edição – Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 40 – 2002).

## 22.10. FLUXO DO SERVIÇO

O serviço disponibilizará agenda de consultas (1º acolhimento e subsequentes) pela equipe multiprofissional, garantindo o início das etapas a serem seguidas conforme protocolo pré-estabelecido. Em síntese o serviço contará com os seguintes atendimentos devendo integrar a rede de atenção a saúde do Município de Pindamonhangaba:

- Encaminhamento da Rede de Atenção à Saúde do Município de Pindamonhangaba.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- ✓ As unidades de saúde habilitadas, através de profissionais de saúde realizarão a inserção do interessado no sistema SISREG III – MS, para agendamento no serviço.
- 1º Contato com o Serviço
  - ✓ Após verificação do agendamento pré-definido, o serviço recebe o interessado em consulta com profissional Enfermeiro para iniciar as etapas de instruções e 1ª orientação;
  - ✓ Neste ato será realizada as primeiras orientações e triagem de elegibilidade;
  - ✓ Ocorre a orientação das ações educativas.
- Atendimento Multiprofissional
  - ✓ O serviço após primeiro contato disponibilizará atendimento multiprofissional com inserção do serviço de assistência social e psicólogo para efetiva garantia dos processos das atividades educativas e de aconselhamento, bem como as primeiras informações técnicas das atividades clínicas e cirúrgicas;
  - ✓ O serviço realiza a triagem de elegibilidade para posterior encaminhamento a 1ª consulta médica;
- Consulta Médica
  - ✓ O profissional médico especializado realiza a consulta para análise de escolha e método anticoncepcional a ser indicado;
  - ✓ O serviço disponibiliza consultas subsequentes para avaliação pré e pós métodos anticoncepcionais;
  - ✓ Nas situações que envolvem a necessidade de exames complementares o profissional realizará o pedido e encaminhará o interessado ao serviço da rede pública de saúde do Município de Pindamonhangaba;
  - ✓ Havendo escolha ou indicações de métodos que envolvam procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, o profissional médico emitirá solicitação ao setor de regulação para devida autorização e posterior agendamento do procedimento;
  - ✓ Após conclusos os procedimentos, orientações e informações, o profissional médico emite a alta do serviço de planejamento familiar.

Os insumos e medicamentos que envolvem a assistência do Planejamento Familiar serão complementados e fornecidos pela Secretaria de Saúde, sendo:

- Preservativos masculinos e femininos;
- Pílulas anticoncepcionais;
- DIU de Cobre; e
- Outros que envolvam o fornecimento pelas redes de assistências em saúde do Programa de Planejamento Familiar.

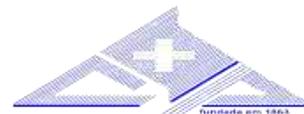
Os insumos e medicamentos deverão ser remetidos nota fiscal e/ou guia de remessa endereçada a **CONTRATADA** e/ou documento similar, contendo a descrição dos itens, apresentação e quantidade. As solicitações serão realizadas periodicamente através de e-mail entre as Instituições.

## 22.11. HORÁRIOS E DIAS DE ATENDIMENTOS

O serviço manterá a seguinte capacidade técnica de atendimento mensal:

Atendimento	Descrição	
At. Enfermagem	Triagem, atividades educativas e Aconselhamento	De segunda a sexta 08:00 as 12:00 e 14:00 as 17:00
At. Assistência Social	Atividades educativas e Aconselhamento	De segunda a sexta 08:00 as 12:00
At. Psicologia	Atividades educativas e Aconselhamento	De segunda a sexta 08:00 as 12:00 e 14:00 as 16:00





At. Médico	Atividades educativas, Aconselhamento e Atividades Clínicas	01 vez na semana com 10 consultas diárias
At. Médico	*Atividade Cirúrgica	01 vez na semana com capacidade programada

\*A capacidade estará sujeita a demanda conforme disponibilidade de sala e equipamentos cirúrgicos.

## 22.12. FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS

Os serviços serão financiados por 2 eixos, sendo 01 fixo e 01 variável.

Os valores fixos consistem em uma estrutura montada para atendimento conforme demanda encaminhada e deverá estar à disposição durante os horários estabelecidos de segunda-feira a sexta-feira para realizar atendimentos que envolvem as atividades educativas e aconselhamento, bem como manter estrutura de consultórios e sala de apoio para realização de procedimentos de menor porte, como por exemplo, curativos pós cirúrgicos.

Os valores variáveis consistem em procedimentos incertos de sua realização, podendo ser indicados ou não, sendo passível o financiamento apenas quando ocorrer. O financiamento compõe a integralidade dos procedimentos, incluindo exames de imagens e laboratoriais conforme protocolo de saúde, demais exames complementares poderão ser referenciados aos serviços da rede de atenção a saúde do Município de Pindamonhangaba.

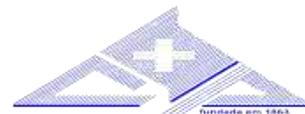
Financiamento	Descrição	Quantidade	Valor Unitário
Fixo	Ambulatório de Planejamento Familiar	-	R\$ 35.000,00
Variável por produção	Implantação de DIU Hormonal	05	R\$ 2.000,00
Variável por produção	Implantação de DIU Cobre - Pós Parto	05	R\$ 1.000,00
Variável por produção	Vasectomia	06	R\$ 700,00
Variável por produção	Laqueadura Tubária	06	R\$ 1.000,00

## 23. RECURSOS PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

**A CONTRATADA** deverá manter todos os recursos disponíveis para execução o referido plano operativo, incluindo instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e outros que fizerem necessários para o pleno funcionamento das atividades elencadas neste instrumento. Os recursos deverão estar cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, devendo manter em plena atualização, com comunicado formal à Secretaria de Saúde em casos de alterações, inclusões e exclusões de qualquer recurso. **A CONTRATADA** deverá submeter-se as vistorias anuais do Departamento de Vigilância Sanitária, atendendo as demandas e orientações técnicas emitidas pelo órgão. **A CONTRATADA** compromete-se a manter as disposições os locais de sua responsabilidade para vistorias “in loco” dos órgãos fiscalizadores. Os recursos necessários para a execução do plano operativo irão decorrer conforme quadro do item 29 deste Instrumento.

## 24. METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS





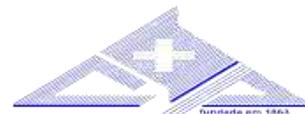
Metas são instrumentos de gestão para medir o processo de trabalho. O presente instrumento contém metas qualitativas e metas quantitativas que irão avaliar os processos de trabalhos contidos no Plano Operativo. As metas pactuadas entre as partes serão monitoradas pela Comissão de Acompanhamento do Convênio e poderão sofrer penalidades em relação as metas que apresentarem baixo resultado. Cada indicador será avaliado através de pontuação e sua variável, haja vista a necessidade de valoração do objetivo de cada meta estipulada. Caberá ao CAC analisar a pontuação obtida pela **CONTRATADA** e posteriormente encaminhar a Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

#### 24.1. **METAS QUALITATIVAS**

As metas qualitativas têm por objetivo avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela **A CONTRATADA**. A avaliação será realizada pelo CAC – Comissão de Avaliação do Convênio. As metas qualitativas deste instrumento são:

Meta	Indicador	Observação	Pontos
Comissões Obrigatórias	Relatório de atividades (ATA, protocolos) das comissões de ética médica, óbito, revisão de prontuário, controle de infecção hospitalar e grupo de trabalho de humanização	Avaliar as atividades e efetividades dos processos de trabalho das comissões frente as atividades da assistência prestada	400
Humanização do Atendimento ao Usuário	Relatório de atividade dos processos de humanização no atendimento ao usuário em conformidade com a Política Nacional de Humanização	Avaliar a qualidade das atividades do processo de humanização realizadas no setor do SAU – Serviço de atendimento ao Usuário, Programa de alta qualificada e pesquisa de satisfação do usuário.	400
Capacitação Continuada	Relatório de cursos, treinamentos, palestras, reuniões de projetos e afins que demonstre as atividades em educação continuada	Aprimorar as atividades em educação continuada da Instituição e seus colaboradores	400
Atenção Materno-Infantil	Relatórios de atividades na assistência materno-infantil, sendo: ✓ Notificação de transmissões verticais de sífilis e HIV ✓ Orientação do programa de aleitamento materno ✓ Teste rápido de HIV	Desenvolver atividades e aprimorar o atendimento materno-infantil na Instituição	400
Planejamento Familiar	Relatório Multiprofissional: Apresentar relatório de pacientes aptos e não aptos ao programa Apresentar relatório de tempo médio de atendimento (início e pós procedimento). Apresentar relatório de atividades	Instituir e aprimorar atividades multiprofissionais na atuação dos usuários do programa	400





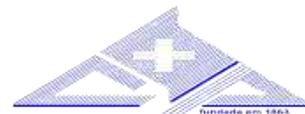
	educativas ao programa		
Qualidade de Informações	Relatório de atividades nas informações prestadas pela Instituição, sendo: ✓ Atualização do CNES ✓ Caracterização correta da AIH e APAC ✓ Registro correto de BPA-I e BPI-C	Desenvolver atividades e aprimoramento das informações da Instituições a órgãos de controle externo	500
<b>TOTAL</b>			<b>2500</b>

#### 24.2. METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas têm por objetivo avaliar a produção dos serviços ofertados pela **A CONTRATADA**. A avaliação será realizada pelo CAC – Comissão de Avaliação do Convênio, sendo que a CAC irá elaborar e validar as faixas de pontuações para cada meta.

As metas quantitativas deste instrumento são:

Meta	Indicador	Observação	Pontos
Produção PSGO	Apresentar relatório com número de atendimentos por paciente, com as seguintes descrições: Nº. Consultas Nº. de Classificação de Risco Obstétrico realizados Nº. de Procedimentos realizados Nº. de Internações realizadas	Avaliar o número de pacientes classificadas quanto ao risco X número de partos realizados.	300
Produção Hospitalar	Apresentar relatório com número de procedimentos e exames realizados no período aos pacientes internados.	Avaliar produtividade hospitalar.	200
Produção Ambulatorial	Apresentar relatório com número de procedimentos e exames realizados através do sistema ambulatorial de agendamento	Avaliar produtividade ambulatorial	200
Produção Cirúrgica Eletiva	Apresentar relatório com número de procedimentos cirúrgicos eletivos, sendo: Nº. de procedimentos cirúrgicos por especialidade Nº. de consultas médicas Nº. de pacientes operados no período Nº. de procedimentos pré-cirúrgico Nº. de exames pré-cirúrgico	Avaliar o quantitativo de procedimentos cirúrgicos eletivos pactuados X realizados.	300
Planejamento Familiar	Apresentar relatório de produção: Nº de consultas médicas Nº de consultas multiprofissionais Nº de procedimentos Laqueadura Nº de procedimentos Vasectomia	Avaliar produtividade	200



	Nº de implantação de DIU		
Produção de Hemodiálise e	Apresentar relatório com número de procedimentos realizados no serviço de hemodiálise/nefrologia, sendo: Nº. de pacientes atendidos no período Nº. de sessões em hemodiálise Nº. de intervenções cirúrgicas Nº. de pacientes internados Nº de atendimento Dpa/Dpac	Avaliar o número de pacientes atendidos nos serviços de hemodiálise e nefrologia.	100
Produção SIA	Apresentar relatório com o número de procedimentos ambulatoriais emitidos por APAC	Avaliar o número de APAC emitidas em um período X – nº de APAC apresentadas no período.	100
Produção SIHD	Apresentar relatório com o nº de internações gerador por AIH, com suas respectivas especialidades por período.	Avaliar o número de AIH emitidas em um período X – nº. de AIH apresentadas no período.	100
<b>TOTAL</b>			<b>1500</b>

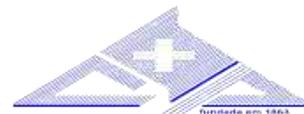
## 25. RELATÓRIOS TÉCNICOS

A **CONTRATADA** emitirá relatório técnico mensal com as metas qualitativas e quantitativas contidas neste instrumento. Esses relatórios serão encaminhados por meio físico a Secretaria de Saúde e por meio eletrônico aos membros do CAC. Os relatórios deverão conter informações claras e pertinentes aos serviços ofertados e a forma de execução. Todas as informações deverão sempre que possível conter fonte da origem, instituição emitente, responsável e data, podendo esta última ser referente ao período de análise.

## 26. COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNIO – CAC

A comissão de acompanhamento de convênio será constituída por membros da **CONTRATADA, CONTRATANTE, CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES**. Cada ente deverá nomear até 02 representantes para compor a Comissão. Os nomes dos indicados serão encaminhados ao Chefe do Poder Executivo para homologação e publicação, através de decreto municipal. Em primeira reunião dos membros indicados, os mesmos deverão nomear entre os representantes 01 Presidente e 01 Secretário para desenvolver o fluxo das reuniões e trabalhos administrativos. Os membros do CAC serão isentos de remuneração e suas atribuições serão reconhecidas em horário de trabalho por suas Instituições. Os membros participantes poderão acompanhar todas as execuções dos serviços, através de relatórios que serão apresentados mensalmente, sendo que poderão realizar visitas “*in loco*” sempre que solicitadas. A Comissão é responsável pela homologação final do relatório mensal de avaliação. Os relatórios serão enviados de maneira eletrônica a cada membro da comissão antes da reunião. Na ausência de um dos entes a reunião ocorrerá com os membros presentes. As substituições de quaisquer membros deverão ser solicitadas em reunião do CAC e posteriormente encaminhadas ao Chefe do Poder Executivo para homologação e publicação, tendo validade apenas após sua publicação.





## 27. AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** deverá encaminhar relatórios mensais com informações das metas qualitativas e metas quantitativas contidas neste instrumento, das quais serão avaliadas QUADRIMESTRALMENTE pelo CAC. O cumprimento das metas deverá ser avaliado pelos membros do CAC em reunião agendada pelo Presidente ou Secretário da Comissão. Poderá a qualquer momento os membros da Comissão solicitar informações complementares **A CONTRATADA** antes a reunião. **A CONTRATADA** manterá acesso aos locais e documentos, salvo as informações de sigilo garantidas por lei, a todos os membros da comissão. As avaliações poderão contar com presença de outros profissionais, haja vista a necessidade e complexidade técnica dos serviços contratados. Qualquer dos entes poderão solicitar parecer técnico de outros profissionais, sendo de responsabilidade sua aquisição. As avaliações deverão seguir os seguintes critérios:

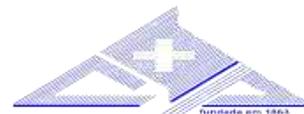
- As avaliações deverão ser realizadas e homologadas em reunião agendada pelo Presidente ou Secretário;
- As divergências quando possível deverão ser encaminhadas **A CONTRATADA** com antecedência, a fim de esclarecimento, sanar dúvidas e/ou apresentar justificativa;
- Em caso de divergência de opiniões caberá ao Presidente ou Secretário conduzir os debates e posteriormente solicitar votação dos membros presentes;
- As votações das divergências serão por maioria simples (50% +1);
- As decisões homologadas pelos membros presentes terão validade plena, salvo em casos que as decisões contrariem determinações legais;
- Todas as reuniões deverão conter uma ATA e lista de presença;
- As homologações serão encaminhadas a Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde para despacho e procedência de repasse financeiro;
- Condições adversas deverão ser encaminhadas a Comissão para análise e parecer (ex: Covid-19);
- As avaliações estão condicionadas aos dispositivos legais Estaduais e Federais através de suas Secretarias de Competência.

## 28. RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES

A **CONTRATADA** será avaliada QUADRIMESTRALMENTE, através de relatórios mensais emitidos a Secretaria Municipal de Saúde. O resultado dos pontos obtidos será de responsabilidade do CAC. A pontuação determinará as penalidades contratuais e financeiras que serão tratadas entre as partes. Havendo penalidades financeiras, esta será baseada nos serviços que correspondem a análise que gerou a devida sanção e a Secretaria Municipal de Saúde encaminhará juntamente com o parecer da CAC documento de reatificação. O progresso das metas deverá ser analisado com base no seguinte quadro:

Faixa de Pontuação	Percentual das metas
3400 a 4000	100%
3000 a 3399	85%
2400 a 2999	75%
Menos de 2399	60%
	Notificação da Conveniada e revisão do plano operativo





É de responsabilidade da Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde, após homologação do CAC, encaminhar o relatório com faixa de pontuação obtida e o referido desconto (se houver) ao Departamento de Administração e Finanças da Saúde para as devidas providências.

## 29. FINANCIAMENTO

O presente instrumento possui as seguintes modalidades de repasse financeira. Os repasses financeiros serão através de:

- Recurso Orçamentário MAC (Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar): Valor repassado através do tesouro municipal diretamente mês a mês.
- Recurso FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação): Valor repassado após liberação do recurso.
- Contrapartidas Municipais de Programa Federal e Estadual: Valor repassado através do tesouro municipal diretamente mês a mês.
- Recursos de Programas Estaduais: Valores repassados diretamente através de programas contratualizados bi ou tripartite com gestão compartilhada, sendo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba.
- Todas as portarias de repasse de recursos excepcionais para a realização de cirurgias, multirões, procedimentos e afins serão objeto de termo aditivo automático para repasses de recursos.

## 30. MEMORIA DE CALCULO DOS SERVIÇOS

### RECURSOS MAC

#### AIH DE INTERNAÇÕES

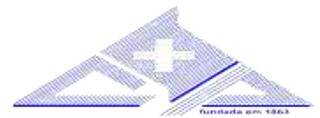
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
AIH OBSTETRICIA E GINECOLOGIA	R\$ 108.847,80
AIH CLÍNICA MÉDIA	R\$ 766.585,60
AIH PEDIATRIA	R\$ 107.110,64
AIH URGÊNCIA	R\$ 138.640,44
AIH CIRURGIAS ELETIVAS	R\$ 72.978,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.194.162,48</b>

#### MAC – FAEC - CIRURGIAS DE CATARATAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
CIRURGIAS DE CATARATAS ELETIVAS	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 48.000,00</b>

#### MAC – SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico)





DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
LABORATÓRIO ANÁLISES CLÍNICAS - NEFROVALE	R\$ 16.377,73
AMBULATÓRIO CIRURGIAS ELETIVAS	R\$ 15.937,04
TESTE OLHINHO, ORELINHA E COMPORTAMENTAL	R\$ 8.835,78
EXAMES E PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIO CIR ELETIVA	R\$ 4.789,56
CONSULTA RN ATÉ 28 DIAS	R\$ 2.934,76
TESTE PEZINHO	R\$ 3.000,00
TESTE LINGUINHA	R\$ 616,50
RETAGUARDA ODONTOLÓGICA	R\$ 31.698,09
ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER	R\$ 1.274,96
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA + ANGIO + CONTRASTE	R\$ 8.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 93.464,42</b>

**MAC – PROGRAMAS FEDERAIS**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
PROGRAMA REDE CEGONHA	R\$ 148.834,42
INTEGRASUS	R\$ 13.857,58
NEFROLOGIA (HEMODIÁLISE – FAEC)	R\$ 426.009,15
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 588.701,15</b>

**RECURSOS DO TESOIRO MUNICIPAL**

**AMBULATÓRIO ORTOPÉDICO PÓS URGÊNCIA**

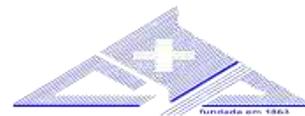
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA (SEG-SEX 4H POR DIA)	R\$ 7.309,79
PROCEDIMENTOS (CURATIVOS, ECG, SERVIÇO ENFERMAGEM)	R\$ 1.330,68
EXAMES DE RADIOGRAFIAS (DIGITAL E ANALÓGICO)	R\$ 2.129,09
TÉCNICO DE GESSO (SEG-SEX)	R\$ 3.978,95
MATERIAIS E RECURSOS DE GESSO	R\$ 1.219,79
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 15.968,30</b>

**EQUIPE DE RETAGUARDA E SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
------------------------	-------

Assinado por 3 pessoas: ANA CLAUDIA MACEDO DOS SANTOS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA e DECIO PRATES DA FONSECA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/6B2B-D10A-3471-8574> e informe o código 6B2B-D10A-3471-8574



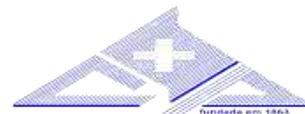


SERVIÇO E RETAGUARDA DE ANESTESIA	R\$ 118.000,00
SERVIÇO E RETAGUARDA DE CIRURGIA GERAL	R\$ 55.280,23
SERVIÇO CARDIO NEO E ADULTO ECOCARDIOGRAFIA	R\$ 10.200,00
SERVIÇO DE GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	R\$ 194.701,26
SERVIÇO E RETAGUARDA DE NEUROCIRURGIA	R\$ 15.463,00
RETAGUARDA DE OFTALMOLOGIA	R\$ 1.200,00
SERVIÇO E RETAGUARDA DE ORTOPEDIA	R\$ 35.962,52
RETAGUARDA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 1.000,00
SERVIÇO E RETAGUARDA DE CIRURGIA PEDIATRICA	R\$ 6.627,00
SERVIÇO E RETAGUARDA DE UROLOGIA	R\$ 17.000,00
SERVIÇO E RETAGUARDA DE UTI NEONATAL	R\$ 109.560,00
SERVIÇO E RETAGUARDA DE UTI ADULTO	R\$ 103.149,26
SERVIÇO E RETAGUARDA DE VASCULAR	R\$ 31.757,69
RETAGUARDA DECIRURGIA TORACICA	R\$ 10.000,00
SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA	R\$ 62.880,00
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA	R\$ 2.000,00
RETAGUARDA RADIOLOGIA	R\$ 16.567,50
SERVIÇO DE PEDIATRIA CLÍNICA	R\$ 13.249,86
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	R\$ 13.440,24
SERVIÇO EM COLONOSCOPIA	R\$ 2.500,00
SERVIÇO E RETAGUARDA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 960,00
SERVIÇO DE APOIO DE COLETA DO LEITE HUMANO	R\$ 3.187,41
SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA – BERA COM E SEM SEDAÇÃO (5 e 10 exames respectivos)	R\$ 6.593,70
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 831.279,67</b>

**PRONTO ATENDIMENTO SAÚDE GESTANTE - PASG**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
EQUIPE MÉDICA ESPECIALIZADA	R\$ 96.039,04
EQUIPE ASSISTENCIAL E RETAGUARDA NEONATOLÓGICA	R\$ 129.263,39
EQUIPE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS - ACR	R\$ 38.605,00
EQUIPE DE ENFERMAGEM – APOIO (AUXILIARES)	R\$ 15.515,00
EQUIPE DE RECEPÇÃO	R\$ 15.005,00
COBERTURA DIAGNÓSTICA POR IMAGENS	R\$ 27.994,18





COBERTURA DIAGNÓSTICA LABORATORIAL CLÍNICA	R\$ 3.326,70
COBERTURA DE EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	R\$ 1.946,12
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 327.694,43</b>

**MANUTENÇÕES PREVENTIVAS E CORRETIVAS DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE IMAGENS (TC E US)	R\$ 24.000,00
ENGENHARIA CLÍNICA	R\$ 3.500,00
MANUTENÇÃO DE GRUPO GERADOR	R\$ 1.328,00
MANUTENÇÃO DE CENTRAL DE MATERIAIS	R\$ 3.599,65
MANUTENÇÃO DE REDE DE MOTORES	R\$ 660,00
MANUNTEÇÃO DE EQUIPAMENTOS EM UTI NEO	R\$ 2.851,75
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 35.939,40</b>

**CONTRAPARTIDAS MUNICIPAIS DE PROGRAMAS (FEDERAL E ESTADUAL)**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
CONTRAPARTIDA MUNICIPAL – REDE CEGONHA	R\$ 57.213,55
CONTRAPARTIDA MUNICIPAL – MAIS SANTAS CASAS	R\$ 52.500,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 109.713,55</b>

**PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Descrição	Quantidade	Valor Unitário
Ambulatório de Planejamento Familiar	-	R\$ 35.000,00
Implantação de DIU Hormonal	05	R\$ 2.000,00
Implantação de DIU Cobre - Pós Parto	05	R\$ 1.000,00
Vasectomia	06	R\$ 700,00
Laqueadura Tubária	06	R\$ 1.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 60.200,00</b>

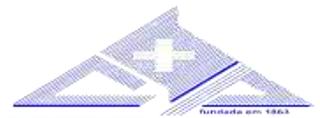
- Vide regra de financiamento do item 22.12

**RECURSOS DE PROGRAMAS ESTADUAIS**

**RECURSOS DE PROGRAMAS ESTADUAIS**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
------------------------	-------





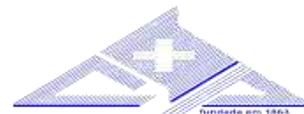
PROGRAMA MAIS SANTAS CASAS – ADESÃO	R\$ 74.192,94
PROGRAMA MAIS SANTAS CASAS – SUBVENÇÃO	R\$ 348.341,76
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 422.534,70</b>

**RECURSOS ESTADUAIS COMPLEMENTARES**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
EXAMES DE MAMOGRAFIA	R\$38.000,00
EXAMES OTORRINOLARINGOLÓGICOS	R\$12.500,00
NASOFIBRILARINGOSCOPIA SEM BIOPSIA	R\$6.600,00
NASOFIBRILARINGOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$900,00
EXAMES DE BERA COM SEDAÇÃO COMPLEMENTO	R\$5.000,00
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$5.000,00
CONSULTAS AMBULATORIAIS	R\$44.523,20
OTORRINOLARINGOLOGIA CLÍNICA	R\$12.000,00
UROLOGIA CLÍNICA	R\$12.000,00
NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$7.200,00
NEFROLOGIA CLÍNICA	R\$13.323,20
ANÁLISES CLÍNICAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS	R\$5.000,00
ADICIONAL DOS PROCEDIMENTOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA CIRURGIA ELETIVA	R\$17.500,00
NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO E INTERNISTAS	R\$73.200,00
PLANTÃO SEMANA (R\$2100 X 22 DIA X 18H/DIA)	R\$46.200,00
PLANTÃO FINAIS DE SEMANA (R\$3000 X 9)	R\$27.000,00
EXAMES DE IMAGENS URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	R\$27.830,00
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS	R\$6.480,00
ULTRASSONOGRAFIA SIMPLES	R\$9.680,00
ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	R\$11.670,00
COMPLEMENTO RETAGUARDA MÉDICA	R\$31.400,00
COMPLEMENTO RETAGUARDA SADT	R\$116.540,00
EXAMES DE COLONOSCOPIA	R\$52.500,00
EXAMES DE ENDOSCOPIA	R\$59.040,00
COMPLEMENTO ESTADUAL PARA RECURSOS HUMANOS NA EXECUÇÃO DOS PLANO DE TRABALHO.	R\$466.540,13
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 833.033,33</b>

Assinado por 3 pessoas: ANA CLAUDIA MACEDO DOS SANTOS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA e DECIO PRATES DA FONSECA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/6B2B-D10A-3471-8574> e informe o código 6B2B-D10A-3471-8574





### CONSOLIDADOS DE VALORES

SERVIÇOS	VALOR
RECURSOS MAC	R\$ 1.498.318,91
RECURSOS MAC – NEFROLOGIA	R\$ 426.009,15
RECURSOS DO TESOIRO MUNICIPAL	R\$ 1.380.795,34
RECURSOS DE PROGRAMAS ESTADUAIS	R\$ 1.255.568,03
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 4.560.691,43</b>

### 31. PRAZO DE VIGÊNCIA E REAJUSTE DE VALORES

Estabelece entre as partes havendo reajuste/correção com base no índice IPC-FIPE, no período de 12 meses, após assinatura e homologação do Instrumento.

### 32. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

O presente Plano Operativo tem uma vigência de 12 (doze) meses a partir de 01 de fevereiro de 2023.

Pindamonhangaba, 11 de janeiro de 2023.

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PINDAMONHANGABA**  
**Ana Cláudia de Macedo dos Santos**  
**Secretária Municipal da Saúde**

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA**  
**Decio Prates da Fonseca**  
**Provedor**





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 6B2B-D10A-3471-8574

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ANA CLAUDIA MACEDO DOS SANTOS (CPF 294.XXX.XXX-82) em 11/01/2023 09:55:12 (GMT-03:00)  
Papel: Assinante  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA (CNPJ 54.122.213/0001-15) em  
11/01/2023 10:55:31 (GMT-03:00)  
Papel: Assinante  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ DECIO PRATES DA FONSECA (CPF 246.XXX.XXX-34) em 11/01/2023 11:17:03 (GMT-03:00)  
Papel: Assinante  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/6B2B-D10A-3471-8574>