

PLANO OPERATIVO – ANO 2016

Plano Operativo que se refere ao Convênio nº 43/16, celebrado entre o Município de São Carlos, através da Secretaria Municipal de Saúde, Gestora do Sistema Único de Saúde - SUS Municipal, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

1. DOS OBJETIVOS

O presente Plano Operativo foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, Gestora do Sistema Único de Saúde – SUS Municipal e pela Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, e tem por objetivo definir as ações, os serviços, as atividades, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores que foram pactuados entre as partes interessadas.

2. DA MISSÃO INSTITUCIONAL

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos caracteriza-se como um hospital filantrópico, sem fins lucrativos, cuja missão é prestar assistência médico-hospitalar a quem a procura, nos exatos termos do seu Estatuto Social, utilizando-se de profissionais e capacidades e das melhores técnicas possíveis, para melhorar a qualidade de vida das pessoas, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

3. CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA E SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Para fins de realização dos serviços objeto do convênio, a CONVENIADA 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 houver alteração.

	Leito Existente	Leito SUS
Cirurgia Geral	86	52
Clínica Geral	99	60
Neonatologia	15	9
Clínica Obstétrica	43	00
Clínica Pediátrica	53	32
UTI Neonatal Tipo II	00	00

UTI Pediátrica Tipo II	5	5
UTI Adulto Tipo II	20	15
Unidade de Isolamento	8	6
Total	334	210

4. DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos deverá atuar, com eficiência e eficácia, nas seguintes áreas:

4.1. ATENÇÃO À SAÚDE

A assistência à saúde a ser prestada pela Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos deverá se desenvolver de modo a garantir a realização dos procedimentos ofertados nos termos desse Plano Operativo que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários do município de São Carlos e demais municípios da Região, Coração do DRS III Araraquara (Descalvado, Dorrado, Ibatê, Perito Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos) que lhe forem encaminhados pelo SUS, de acordo com sua capacidade instalada, credenciamentos e habilitações.

Os serviços conveniados serão prestados diretamente por profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que prestem serviços neste estabelecimento conforme os preceitos de seus Conselhos de Classe.

4.1.1. Assistência ambulatorial:

4.1.1.1. A assistência ambulatorial compreende:

4.1.1.1.1. Consultas médicas nas áreas clínicas de ginecologia, obstetrícia, Clínica Geral, nefrologia, Oncologia, cirurgia geral, Cirurgia Pediátrica, endocrinologia e metabolismo, hematologia, pediatria, neurologia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, cardiologia, anestesiologia e otorrinolaringologia. Estes atendimentos especializados referem-se às interconsultas geradas nos serviços de urgência e emergência da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

4.1.1.1.2. Assistência ambulatorial em pré-anestesia a pacientes, encaminhado na forma prevista neste Plano Operativo para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e exames pactuados que necessitem de sedação.

4.1.1.1.3. Atendimento de urgência e emergência; pequenas cirurgias; cirurgias ambulatoriais; exames de patologia clínica; radiodiagnóstico; ultrassonografia;

[Handwritten signatures and initials]

ressonância magnética; tomografia computadorizada; ações executadas por profissionais de enfermagem; anatomia patológica; outras diagnoses e terapias; hemoterapia e outros atendimentos de profissionais de nível superior, desde que custeados pelo SUS ou Secretaria Municipal de Saúde.

4.1.1.2. As atividades ambulatoriais e seus respectivos quantitativos estão indicados na Ficha de Programação Orçamentária – FPO, no Anexo I.

4.1.1.3. Os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade serão realizados pela instituição após a autorização pelo Complexo Regulador, com exceção dos atendimentos de urgência e emergência.

4.1.2. Assistência hospitalar:

4.1.2.1. A assistência hospitalar aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS será executada com a utilização de 210 (duzentos e dez) leitos, até o limite de 1.136 (um mil, cento e trinta e seis) Autorizações de Internações Hospitalares – AIH's/mês, respeitando os parâmetros definidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo as áreas discriminadas no Anexo IX.

4.1.2.2. Na assistência técnico-profissional e hospitalar, a Imandade do Santa Casa de Misericórdia de São Carlos se obriga a utilizar todos os recursos disponíveis de diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos pacientes, desde que previstos na tabela SUS e inseridos no cadastro da instituição, até o limite físico e financeiro definido pelos parâmetros do Convênio, entretanto, havendo necessidade de realização de procedimento não previsto na Tabela SUS, indispensável para salvar a vida do paciente a CONVENIADA, solicitará a CONVENIENTE, em caráter de exceção, a autorização para a realização do procedimento, em qualquer prazo. Disponibilizar 25 (vinte e cinco) leitos de UTI, sendo 15 (quinze) UTI Adulto, 05 (cinco) UTI Neo-Natal e 05 (cinco) UTI Infantil, conforme CNES, para retaguarda dos leitos ora conveniados, perfazendo um máximo de 750 (setecentos e cinquenta) diárias/mês, a pacientes provenientes do SUS, pagos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Ocorrendo produção de diária/mês acima do quantitativo do parágrafo anterior e apontadas nos sistemas de informação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde, compromete-se a ressarcir no período da avaliação da contratualização.

4.1.2.2.1. Utilizar sala de cirurgia, todos os recursos de diagnóstico e tratamento e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas, disponíveis na instituição, necessários ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, não em caráter exclusivo até o limite legal;

4.1.2.2.2. Disponibilizar médicos responsáveis pela internação para acompanhamento e evolução dos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;



- 4.1.2.2.3. Disponibilizar médicos cirurgiões para a realização dos procedimentos cirúrgicos ora contratados, bem como para acompanhamento e cuidados na evolução dos pacientes dos leitos cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;
- 4.1.2.2.4. Disponibilizar médicos anestesistas nas 24 (vinte e quatro) horas presencial;
- 4.1.2.2.5. Disponibilizar equipe de enfermagem para atuação exclusiva junto aos leitos contratados junto ao SUS;
- 4.1.2.2.6. Fornecer os medicamentos receitados preferencialmente de acordo com o elenco de referência da Conveniada e outros materiais necessários ao tratamento, inclusive sangue e hemoderivados, enquanto o paciente estiver sob cuidado médico hospitalar, exceto os não preconizados pelo SUS;
- 4.1.2.2.7. Executar serviços de hotelaria, tais como roupas para os pacientes; fornecer materiais médicos e hospitalares quando necessário;
- 4.1.2.2.8. Fornecer alimentação, com observância das dietas prescritas e necessidades nutricionais dos pacientes, inclusive nutrição parenteral nos casos indicados;
- 4.1.2.2.9. Realizar os exames e procedimentos abaixo:
- 4.1.2.2.10. Exames laboratoriais;
- 4.1.2.2.11. Exames ultrassonográficos;
- 4.1.2.2.12. Exames endoscópicos;
- 4.1.2.2.13. Procedimentos especiais como broncoscopia normal e/ou com biópsia, endoscopia digestiva, colonoscopia, hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, diagnóstico por imagens, tomografias, ressonância magnética, e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento do paciente internado, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade, desde que custeados pelo SUS ou Secretaria Municipal de Saúde;

4.1.2.3. Para cumprimento do objeto deste, a instituição disponibilizará, além dos recursos necessários ao atendimento dos pacientes, os serviços abaixo especificados:

- 4.1.2.3.1. Serviços de assistência social;
- 4.1.2.3.2. Serviços de assistência farmacêutica, de nutrição, bem como outros indicados e necessários ao restabelecimento da saúde dos pacientes;
- 4.1.2.3.3. Serviços de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, serviços gerais.
- 4.1.2.3.4. Os dados referentes às Autorizações de Internação Hospitalar - AIH's serão analisados comparativamente aos valores mensais repassados, a fim de subsidiar estudos sobre custos da assistência prestada no âmbito do presente Programa.

4.1.2.3.5. A internação eletiva se condiciona à apresentação de laudo médico assinado por profissional especificamente designado pelo MUNICÍPIO ou da respectiva Autorização de Internação Hospitalar - AIH's.

4.1.2.3.6. A internação de emergência ou de urgência independe da apresentação de qualquer documento.

4.1.2.3.7. A área de urgência e emergência deverá ser priorizada pela instituição, sendo referência para o recebimento de internações designadas como "vaga zero", conforme definido na Clausula Quarta, inciso XXVI, Parágrafo Único do Convênio nº 13/16, definida pela Portaria do Ministério da Saúde, conforme regionalização pactuada entre as partes e especificidade da área de atendimento.

4.1.2.3.8. As partes poderão programar a realização de "mutirões" de cirurgias, acordados através de termo aditivo ou convênio específico por Lei Municipal e Portaria Ministeriais.

4.1.3. Internação hospitalar e acompanhamento do paciente:

4.1.3.1. Para atender ao objeto deste Plano Operativo, a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos se obriga a realizar os seguintes tipos de internação:

4.1.3.1.1. Internação de Cirurgia Eletiva devidamente autorizada pela "CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO".

4.1.3.1.2. Internação de emergência ou de urgência;

4.1.3.1.3. As internações de emergência ou de urgência serão efetuadas pela instituição, sem a exigência prévia de apresentação de qualquer documento;

4.1.3.1.4. Nas situações de urgência ou emergência o médico procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade de internação, emitindo laudo médico que será enviado pela instituição CONVENIADO a Secretaria Municipal de Saúde, no prazo de 72 horas, para análise da pertinência da solicitação;

4.1.3.2. No tocante a internação e ao acompanhamento hospitalar ao paciente, será cumprida os procedimentos abaixo:

4.1.3.2.1. Os pacientes serão internados em enfermarias ou quartos com o número máximo de leitos previstos em normas técnicas para hospitais mantidos por entidades filantrópicas, salvo a utilização de capacidade hospitalar de emergência, e serão atendidos por profissionais indicados pela instituição;

4.1.3.2.2. Nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, parturientes e de idosos acima de 60 (sessenta) anos conforme estabelecido na Lei nº 8842/94, e/ou portadores de patologias especiais, será assegurada a presença de acompanhante no hospital, em tempo integral, desde que respeitadas as normas do hospital;

4.1.3.2.3. A instituição poderá acrescer à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondente ao alojamento e a alimentação;

4.1.3.2.4. A instituição fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos conveniados, ainda que, por falta ocasional de leito na categoria conveniada em enfermaria, tenha que acomodar o paciente em instalação de nível superior à ajustada neste convênio, sendo que havendo extra-teto financeiro a Secretaria Municipal de Saúde ressarcirá a Santa Casa conforme a cláusula 8ª do Convênio 13/10;

4.1.3.2.5. Não será permitida a cobrança de sobre preço pelo leito superior utilizado;

4.1.4. Urgência e Emergência:

4.1.4.1. Nos casos de urgência e emergência a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos deverá:

4.1.4.1.1. Garantir o atendimento médico aos usuários que procuram o Serviço Médico de Urgência. A Secretaria Municipal de Saúde enveredará esforços para a diminuição de entrada de baixa e média complexidade ao Serviço de Urgência e Emergência com o objetivo de privilegiar os casos de alta complexidade conforme as portarias ministeriais.

4.1.4.1.2. Apresentar a Secretaria Municipal de Saúde as rotinas e fluxos de atendimento no Serviço Médico de Urgência, a fim de dar conhecimento aos demais parceiros do sistema de urgência e emergência do município;

4.1.4.1.3. Comunicar a Secretaria Municipal de Saúde as alterações da rotina do atendimento de urgência/emergência, que porventura venham a ocorrer no Serviço Médico de Urgência;

4.1.4.1.4. Participar das discussões para implantação da regulação informatizada da urgência/emergência no município.

4.1.5. Cirurgias eletivas de Média e Alta complexidade:

4.1.5.1. As cirurgias eletivas de média complexidade serão disponibilizadas aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais da rede municipal de saúde.

4.1.5.2. Dessa forma, a rede de apoio responsável pelo pré-operatório do paciente será a Seção de Regulação Pré-Hospitalar. O procedimento será realizado pelo Serviço Hospitalar da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e o acompanhamento pós-operatório do paciente também será realizado pela Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, até a respectiva alta.

4.1.5.3. A viabilização desses atendimentos se fará pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com os credenciamentos e pactuação com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

4.1.5.4. A identificação da origem da indicação do internamento eletivo deverá ser efetivada por ocasião da emissão do Laudo Médico para emissão de AIH.

4.1.5.5. Todos os Laudos Médicos de solicitação de AIH eletiva deverão ser autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Os internamentos eletivos somente deverão ser efetivados, pela instituição conveniada, após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

4.1.5.6. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos deverá disponibilizar para o SUS uma cota de 105 cirurgias e em havendo demanda desconsiderando as cirurgias Oftalmológicas.

Especialidade	Cota/mês ROTINA
Cirurgia Geral	14
Cirurgia Ginecológica	14
Cirurgia Oncológica	14
Cirurgia Pediátrica	09
Cirurgia Plástica	12
Cirurgia Torácica	01
Cirurgia Vascular	01
Cirurgia Urológica	12
Cirurgia Otorrinolaringologia	06
Neurocirurgia	04
Ortopedia/Traumatologia	14
Cirurgia Bucomaxilo	01
Cirurgia Oftalmológica	01
Total	105

4.1.5.7. Fica autorizado o pagamento de duas vezes a tabela SUS para os serviços profissionais e hospitalares das cirurgias;

4.1.5.8. As cirurgias de média complexidade de natureza emergencial deverão ter como origem o Serviço Médico de Urgência da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. Essa origem será identificada pelo número do registro eletrônico

atendimento na unidade de emergência da instituição, até a implantação do Núcleo Interno de Regulação NIR;

4.1.6. Retaguarda para Programas Especiais do SUS:

4.1.6.1. A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos deverá manter os atendimentos pactuados com o município de São Carlos e Região Coração do DRS III Araraquara para o desenvolvimento dos seguintes Programas Especiais existentes em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde:

- Serviço de Acompanhamento e Intervenção ao Bebê de Pisco (SAIBE)
- Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação.
- Núcleo Epidemiológico Hospitalar.
- Serviço Médico de Captação de órgãos.

4.2. POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

4.2.1. Humaniza SUS

4.2.1.1. A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos deverá desenvolver e implementar os seguintes projetos e ações/sínteses:

4.2.1.1.1. Implementação de ouvidoria institucional para escuta de usuários e trabalhadores, com sistemática de respostas e divulgação dos resultados;

4.2.1.1.2. Central de Acolhimento implementada com avaliação de risco e prioridades de atendimento;

4.2.1.1.3. Adequação de área física com sinalização e informação sobre o serviço para conforto dos usuários, familiares e trabalhadores;

4.2.1.1.4. Desenvolver protocolos para abordagem de problemas e situações selecionadas;

4.2.1.1.5. Redefinição do fluxo hospitalar para facilitar o acesso a pacientes e familiares aos pacientes internados;

4.2.1.1.6. Visita Aberta implementada no mínimo 1h/dia e considerando horários especiais (integrais) para acompanhante de crianças, gestantes e “casos especiais”.

4.2.1.1.7. Pesquisa de Satisfação do Usuário;

4.2.1.1.8. Implantação/ implementação de atividades humanizadoras tais como: Hospital Amigo da Criança, Amigos do Sorriso (atividade lúdico-terapêutica destinada aos usuários da pediatria), Programa Pedagógico Educacional para crianças hospitalizadas, Programas Amigos da Leitura (aproximação da criança e do

adecuada ao hábito da leitura tendo em vista a diminuição do stress da internação), Semana da Criança Dodói (atividades artísticas), registro civil do recém nascido no próprio hospital de acordo com a disponibilidade do Cartório de Registro Civil, Aniversariante Dodói, Oficina de Artes Terapêuticas na Unidade da Unidade Materno Infantil; Oficina de Canto "Coral" (destinada aos colaboradores da instituição); Ginástica Laboral aos Colaboradores

4.2.2. Política Nacional de Medicamentos

4.2.2.1. Promoção do uso racional de medicamentos, destacando a adoção de medicamentos genéricos;

4.2.2.2. Garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4.2.3. Saúde do Trabalhador

4.2.3.1. Incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e absenteísmo;

4.2.3.2. Notificação das doenças relacionadas à Saúde do Trabalhador (RENAST).

4.2.4. Sangue

4.2.4.1. Constituir Comitê Transfusional ativo;

4.2.4.2. Proporcionar continuamente atendimento ao doador de sangue, oferecendo ambiente adequado e bom nível de satisfação.

4.2.5. Alimentação e Nutrição

4.2.5.1. Elaborar e atualizar protocolos clínico-nutricionais para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital, diferenciados para as fases do ciclo de vida (principalmente crianças, adultos e idosos); e por nível de atendimento (Ambulatorial, emergência, cirúrgico, pediátrico, internações gerais e unidade intensivas);

4.2.5.2. Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;

4.2.5.3. Responsabilizar-se pela elaboração dos cardápios para dieta normal e para as patologias específicas, com fracionamento e intervalos de tempo específicos (dentro ou não da rotina do Serviço de Alimentação e Nutrição do hospital), bem como acompanhar o processo de elaboração dos mesmos;

4.2.5.4. Acompanhar a implantação e o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas enterais e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

4.2.5.5. Padronizar as dietas específicas para preparo de exames, quando solicitados pelo médico;

4.2.5.6. Garantir a segurança, a qualidade dos alimentos e a prestação de serviços neste contexto, de forma a fornecer uma alimentação saudável aos pacientes e adequada às dietas prescritas, mesmo que o Serviço de Alimentação e Nutrição não seja responsabilidade do hospital;

4.2.6. Saúde da Mulher

4.2.6.1. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde;

4.2.6.2. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DSTs;

4.2.6.3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;

4.2.6.4. Manter serviço de assistência pré-natal em gestante de alto risco e disponibilizar contracepção cirúrgica;

4.2.6.5. Manter representantes nos Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal implantados e atuantes, informando ao gestor municipal os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados quando solicitados;

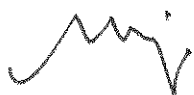
4.2.6.6. Descrever a implantação / implementação / de projetos especiais / inovadores para a área;

4.2.6.7. Garantir plantão presencial de anestesista 24 horas por dia nos sete dias da semana na Maternidade Dona Maria Francisca Jacinta, como previsto na Rede Cegonha e em Portaria nº. 1.020 de 2013;

4.2.6.8. Garantir o profissional enfermeiro obstétrico, conforme previsto na Portaria nº. 1.020 de 2013 para Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2.

4.2.6.9. Garantir e monitorar o progresso do trabalho de parto, fazendo uso do partograma recomendado pela OMS, de acordo com Lei Estadual 15.759 de 2015.

4.2.7. HIV/DST/AIDS



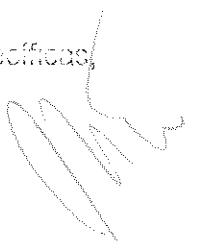
- 4.2.7.1. Realização de teste rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal;
- 4.2.7.2. Realizar teste rápido para AIDS nos usuários que procuram o serviço de urgência;
- 4.2.7.3. Realização de VDRL e TPHA confirmatório (reagentes para VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto ou aborto;
- 4.2.7.4. Disponibilizar administração de AZT xarope na maternidade para os RN filhos de mães soropositivas para HIV diagnosticadas no pré-natal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto;
- 4.2.7.5. Garantir a disponibilidade de leitos para portadores de AIDS;
- 4.2.7.6. Manutenção do serviço de interconsultas, quando solicitado por outras especialidades aos usuários portadores de DST/AIDS.

4.2.8. Urgência e Emergência

- 4.2.8.1. Descrição do processo de adesão à Política de Vaga Zero nas Urgências;
- 4.2.8.2. Acolhimento ao Paciente em ambiente adequado com classificação de risco;
- 4.2.8.3. Acolhimento e suporte para Familiares / Acompanhante;
- 4.2.8.4. Desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- 4.2.8.5. Horizontalidade do Cuidado Médico e de Enfermagem;
- 4.2.8.6. Prestação de Assistência Policlínica;
- 4.2.8.7. Adoção de linhas de cuidados multidisciplinares nas diversas especialidades em que atua a instituição;
- 4.2.8.8. Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- 4.2.8.9. Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- 4.2.8.10. Manutenção e Atualização do prontuário do paciente;
- 4.2.8.11. Garantir sistema de alta com referência dos usuários aos serviços de saúde da rede SUS possibilitando a continuidade do cuidado, conforme fluxos pactuados com o Município;

4.3. GESTÃO HOSPITALAR

- 4.3.1. Apresentação do plano diretor do hospital, no prazo de 06(seis) meses contados após assinatura do presente convênio;
- 4.3.2. Apresentação do planejamento hospitalar com metas setoriais específicas, indicadores de produção, de processo e de resultado devidamente pactuados;
- 4.3.3. Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam:



- 4.3.3.1. horizontalização da gestão;
- 4.3.3.2. Qualificação gerencial;
- 4.3.3.3. Enfrentamento das questões corporativas;
- 4.3.3.4. As rotinas técnicas e operacionais;
- 4.3.3.5. Sistema de avaliação de custos;
- 4.3.3.6. Sistema de informação;
- 4.3.3.7. Realizar formalmente avaliação de satisfação do usuário do SUS;
- 4.3.4. Acompanhamento trimestral da Comissão de Acompanhamento de Convênio;
- 4.3.5. Estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação, com definição de indicadores, e instrumento jurídico:
 - 4.3.5.1. Comissão de Acompanhamento de Convênio;
 - 4.3.5.2. Plano Operativo de Metas;
 - 4.3.5.3. Convênio;
 - 4.3.5.4. Elaboração do Plano Anual de Gerenciamento de Resíduos hospitalares;
- 4.3.6. Descrição da implantação e implementação de um projeto de "manualização" e "roteirização" dos processos de trabalho através da definição da metodologia e do padrão para o hospital, para os vários processos do hospital.

4.4. APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL

Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital visando ao desenvolvimento profissional e o fortalecimento do trabalho multiprofissional, a eliminação da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral. Por exemplo, organizando os serviços do hospital de acordo com as necessidades de cuidado dos pacientes, ampliando o diálogo entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, criando espaços de discussão de equipe para definição das condutas em relação aos casos internados etc.

- 4.4.1. Participar por meio do seu corpo clínico das equipes de referência matricial de acordo com seu perfil de especialização objetivando a construção de linhas de cuidado;
- 4.4.2. Participar de iniciativas que promovam integração e relações de cooperação técnica entre os diferentes serviços do hospital e a rede do SUS mediante o estabelecimento de espaços de diálogo para a continuidade do seguimento das altas hospitalares ou para a preparação para internações;
- 4.4.3. Contribuir para a formação de profissionais em serviços de saúde que contemplem as necessidades do SUS em relação ao atendimento integral, universal e equânime, no âmbito de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe multiprofissional e a atenção integral.

4.5. AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES (RESIDÊNCIA)



4.5.1. Ambulatório de Especialidades Médicas (Residência Médica) as Especialidades serão definidas em conjunto conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Será disponível as vagas de consultas para a Central de Regulação Municipal onde ocorrerá os agendamentos. Depois de atendido será encaminhado ao setor de auditoria para avaliação das consultas realizadas e posteriormente o MUNICÍPIO repassará para a CONVENIADA o custeio de R\$ 20,00 por consulta. Tendo como Teto máximo 1.500 atendimentos por mês.

4.6. PRODUÇÃO FAEC

4.7. RESSARCIMENTOS MENSAL DAS DESPESAS PELA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS E HOSPITALARES FAEC FUNDO DE AÇÃO ESTRATÉGICA DE COMPENSAÇÃO, CONFORME PRODUÇÃO E DEVIDA COMPROVAÇÃO DOS CORRETOS E ADEQUADOS REGISTROS OS DEVIDOS VALORES FATURADOS.

4.8. APÓS A AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO, CASO HAJA EXTRA TETO NA PRODUÇÃO PODERÁ REEMBOLSAR ATÉ 10% (DEZ POR CENTO) DOS VALORES PROGRAMADOS E CASO HAJA AVALIAÇÃO INFERIOR AO REPASSE REALIZADO A COMISSÃO ENCAMINHARÁ A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA QUE SEJA FEITO UM NOVO TERMO ADITIVO.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. O GESTOR MUNICIPAL DEVERÁ COMPOR AS COMISSÕES COM APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS MENCIAIS, MEDIDAS ADOTADAS, ETC.

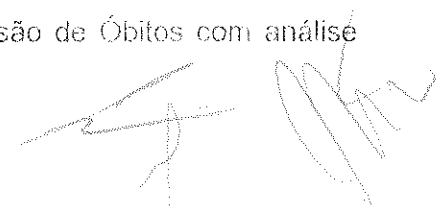
5.2. O GESTOR DA IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS DEVERÁ ELABORAR UM RELATÓRIO MENSAL COM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DAS METAS A SER ENTREGUE PARA A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO ATÉ O DIA 26 DO MÊS SUBSEQÜENTE AO TRIMESTRE, QUE AVALIARÁ O SEU ALCANCE;

5.3. A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO PODERÁ ENVIAR RELATÓRIO AO GESTOR LOCAL SUGERINDO OS INDICADORES A SEREM INCLUÍDOS NO PLANO OPERATIVO DE METAS E A APRESENTAÇÃO MENSAL;

6. DOCUMENTOS

6.1. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

6.1.1. Apresentação mensal de relatório da Comissão de Revisão de Óbitos com análise dos óbitos ocorridos por faixa etária e medidas adotadas.



6.1.2. Notificação dos óbitos maternos e neonatais identificando: nome da mãe, endereço, idade e unidade de saúde que realizou o pré-natal;

6.1.3. Encaminhar mensalmente relatório dos óbitos maternos e infantis ao Gestor local.

6.2. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

6.2.1. Apresentação trimestral do relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros.

6.3. OUTROS INDICADORES ESTABELECIDOS PELA ANVISA.

6.4. OUTROS A SEREM DEFINIDOS PELO GESTOR LOCAL DE ACORDO COM AS PRIORIDADES LOCO-REGIONAL.

7. CRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

7.1 AS ANÁLISES DOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS NO PLANO OPERATIVO SERÃO REALIZADAS ATRAVÉS DA COMPARAÇÃO ENTRE ESTE E AS QUANTIDADES APRESENTADAS.

8. VIGÊNCIA

8.1. ESTE PLANO OPERATIVO ESTARÁ VIGENTE ATÉ O ENCERRAMENTO DO CONVÊNIO 13/16 QUE FINDER SE-Á NA COMPETÊNCIA JANEIRO DE 2017.

São Carlos, 29 de janeiro de 2016.


Paulo Roberto Altomani
Prefeito Municipal


Marcus Alexandre Petrilli
Secretário Municipal de Saúde

Antônio Valério Morillas Júnior
Provedor da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia


Aronso Tadeu de Souza Pannacci
Diretor Técnico da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia


Adriano Marinovic
Diretor Clínico da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia



ANEXO I

Perfil do cadastro de ofertas em assistência ambulatorial

Atividades
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Endocrinologia e Metabolismo
Genética Clínica
Ginecologia
Hematologia
Neurologia
Obstetrícia
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Pré-Anestesia;
Ações Executadas por Profissionais de Enfermagem;
Anatomia Patológica;
Atendimento de Urgência / Emergência;
Cirurgias Ambulatoriais;
Diagnóstico por Imagem;
Endoscopia
Hemoterapia;
Procedimentos de Patologia Clínica;
Radiodiagnóstico;
Ressonância Magnética;
Tomografia;
Ultrassonografia;
Outras diagnoses;
Ações de outros profissionais de nível superior, conforme descritos na Ficha de Programação Orçamentária - FPO
Serviços Especializados
Cirurgia Cardíaca
Diálise
Gestante de Alto Risco
Hemodiálise
Oncologia

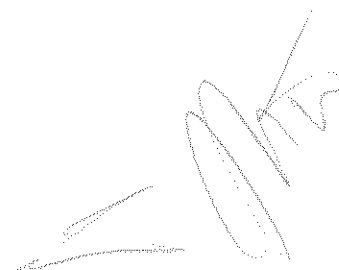
Ortopedia
Projeto SAIBE
Quimioterapia

ANEXO II

Distribuição dos Leitos por especialidade

Áreas	Leitos existentes	Leitos SUS
Clinica Cirúrgica	80	52
Clinica Geral	99	60
Neonatologia	15	09
Obstétrica	43	26
Clinica pediátrica	53	32
Clinica Complementar		
Unidade de Isolamento	08	06
Unidade de Internação Intensiva para adulto	20	15
Unidade de Internação Intensiva neonatal	05	05
Unidade de Internação infantil	05	05
Total Geral	334	210



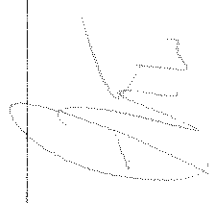
ANEXO III

Parâmetro para avaliação : de desempenho na área de assistência

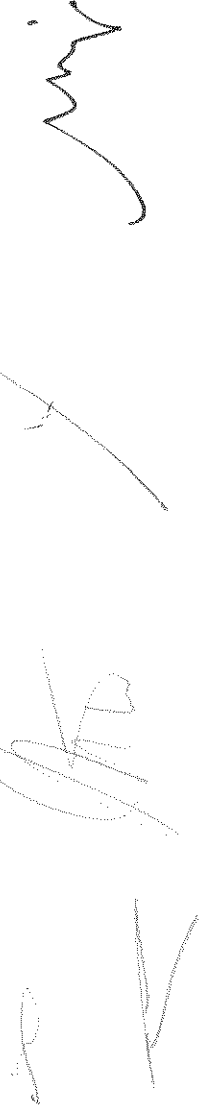
Parâmetro para avaliação de desempenho da assistência ambulatorial:

Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	Pontuação
Percentual de alcance das metas ambulatoriais estabelecidas na FPO	Mínimo 90%	100		
Percentual de alcance das metas de consultas ambulatoriais conforme FPO (Inter-consultas, Ambulatório Residência Médica)	Mínimo 90%	100		
Percentual de alcance dos exames realizados	Mínimo 90%	100		
Nº de exames de patologia clínica estabelecido na FPO	Mínimo 90%	100		
Nº de exames de radiodiagnóstico por 10 consultas médicas – Infância	Máximo 24	100		
Atualização Diária da Recepção dos Pacientes Agendados, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS	Mínimo 90%	100		
Disponibilização Mensal da Agenda, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS na data prevista	Mínimo 100%	100		
Consulta ambulatorial do serviço SAIBE e Gestão de Alto Risco agendada no momento de alta hospitalar	Mínimo 100%	100		
Avaliar as chamadas do Plantão de disponibilidade em seu tempo resposta.	Mínimo 100%	100		
Disponibilizar Escala médica em local visível conforme pactuado no Convênio	Mínimo 100%	100		
TOTAL		1000		

Parâmetro para avaliação de desempenho da assistência hospitalar				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	Pontuação
Percentual de alcance das metas hospitalares estabelecidas	Mínimo 90%	200		
Percentual de internamentos de média complexidade	Mínimo 80%	100		
Percentual de internamentos de alta complexidade	Mínimo 100%	100		
Internamentos eletivos com: AIH pré-autorizadas pela SMS	Mínimo 100%	100		
Internamentos de Urg./Emerg. com AIH autorizada pela SMS	Mínimo 90%	100		
Percentual de leitos SUS no hospital	Mínimo 60%	200		
Atualização Diária do Módulo de Regulação de Leitos, do Portal CROSS	Mínimo 100%	100		
Taxa de Ocupação (leitos SUS, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica)	Mínimo 75%	100		
Taxa de Ocupação de Leitos de Terapia Intensiva - Adulto	Mínimo 75%	100		
Tempo Médio de Permanência - Especialidade Clínica	Mínimo 75%	100		
Tempo Médio de Permanência - Especialidade Clínica Cirúrgica	Mínimo 75%	100		
Tempo Médio de Permanência - UTI Adulto	Mínimo 75%	100		
Percentual de realização de cirurgias eletivas de média complexidade com AIH autorizada pela SMS conforme conveniado	Mínimo 100%	100		
Taxa de utilização por sala cirúrgica	Mínimo 75%	100		
Percentual de leitos UTI/SUS em relação ao total de leitos/SUS	Mínimo 100%	100		
Taxa de Cesáreas (incluindo gestantes de risco)	Máximo 50%	100		
Alta Hospitalar Qualificada (Maternidade, Hipertensão e Diabetes)	Mínimo 50 %	100		
TOTAL		1800		

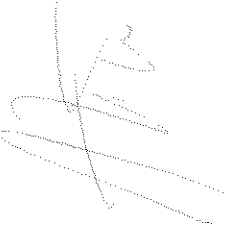




Parâmetros para avaliação de desempenho na área de humanização				
Indicadores a serem monitorados	Pontuação	Alcance	Pontuação	
Implantar e manter grupo e treinamento em humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZA-SUS, apresentando relatórios mensais.	100			
Cuidador implementada para escuta de usuários e trabalhadores, com sistematiza de respostas e apresentação dos relatórios trimestralmente após assinatura do convênio	100			
Central de Acolhimento implementada.	100			
Áreas físicas adequadas com sinalização e informação sobre o serviço	100			
Prontuários integrados (único), organizados, contendo anotações em nível dos profissionais, apresentando mensalmente a equipe de auditoria de SMS, quando solicitado	100			
Visita aberta implementada no mínimo 10h/dia e considerando prontuários especiais (integrals) para acompanhamento de crianças, gestantes e "casos especiais"	100			
Aplicar, bimestralmente, pesquisa de avaliação do nível de satisfação dos usuários do hospital por meio de metodologia (formulário, amostra, etc.) aprovada pela Comissão de Acompanhamento do Convênio. Com amostragem crescente.	200			
Percentual de paciente com acompanhante de acordo com a legislação, do total de internações	100			
TOTAL	900			



Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the right and several initials on the left.

Parâmetro para avaliação do desempenho na área de Saúde do Trabalhador				
Indicadores a serem monitorados	Pontuação	Atingido	Pontuação	
Levantamento trimestral de absenteísmo	100			
Incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do Serviço	100			
TOTAL	200			








Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Sangue

Indicadores a serem monitorados	Pontuação	Atingido	Pontuação
Relatório Anual do Comitê Transfusional	100		
Número de profissionais capacitados em sistema informatizado	100		
Índice de satisfação do doador atingido 30%, com base em questionário aplicado	100		
Informatização total dos dados das bolsas de hemocomponentes produzidas e distribuídas pelo Hemocentro, e que forem transfundidas ou eliminadas em até 30 dias após o encerramento.	100		
TOTAL	400		

[Assinatura]

[Assinatura]

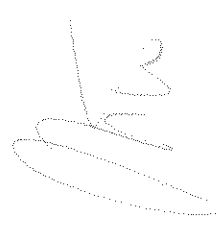
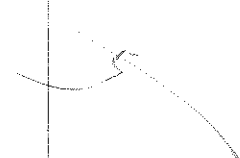
[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

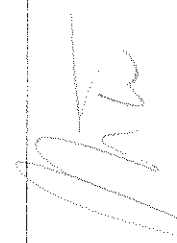
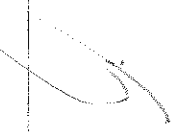
Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Alimentação e Nutrição

Indicadores a serem monitorados	Portuação	Atingido	Portuação
Número de protocolos clínico-nutricionais elaborados	100		
Número de atendimentos hospitalares de crianças com diagnóstico de nutrição grave	100		
Análise consolidada por semestre da evolução nutricional dos pacientes internados.	100		
Evolução nutricional das crianças internadas com desnutrição grave ou obesidade	100		
% de redução/aumento de prevalência de desnutrição hospitalar	100		
Reduzir taxa de mortalidade hospitalar de crianças internadas com diagnóstico de desnutrição grave	100		
TOTAL	600		



Parâmetros para avaliação do desempenho na área de Saúde da Mulher			
Indicadores a serem monitorados	Pontuação	Atingido	Pontuação
Razão de mortalidade materna	100		
Taxa de mortalidade neonatal	100		
Número de casos de transmissão vertical do HIV	100		
Número de profissionais capacitados para o atendimento humanizado às mulheres	100		
TOTAL	400		
Parâmetros para avaliação do desempenho na área de HIV/DST/AIDS			
Indicadores a serem monitorados	Pontuação	Atingido	Pontuação
Realização de 100% de Notificação compulsória de Sífilis congênita e de gestantes HIV+/crianças expostas.	100		
Garantir que 100% das interconsultas serão atendidas no prazo máximo de 48 horas	100		
Relatório trimestral do Núcleo Epidemiológico Hospitalar de ações ou intervenções	100		
Garantir a realização de 100% dos usuários que procura o serviço de urgência, com indicação médica para realização de teste rápido para AIDS	100		
TOTAL	400		



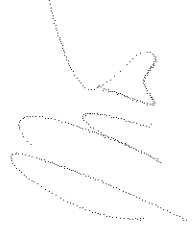
Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Urgência e Emergência/ Eletivos				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetros	Pactuado	Atingido	Pontuação
Total de cirurgias eletivas programadas, por especialidade		300	300	
Total de cirurgias eletivas realizadas por especialidade		300	300	
Taxa de cirurgias suspensas, por especialidade	Máximo 5%		100	
Tempo de permanência na UTI adulto	Máximo 15 dias		100	
Tempo de permanência na UTI Coronariana	Máximo 15 dias		100	
Tempo de permanência na UTI Neonatal	Máximo 50 dias		100	
Tempo de permanência na UTI Infantil	Máximo 15 dias		100	
Atualização do Módulo Pré-Hospitalar, do Portal CROSS	Atualização 100%		100	
Atendimento de Urgência/Emergência Referenciado na Central de Regulação de Urgências para São Carlos e Região Coração	mínimo 100%		100	
TOTAL			1300	



Parâmetros para avaliação de desempenho na área de gestão hospitalar			
Indicadores a serem monitorados	Pontuação Atingido	Pontuação	
Elaborar o Plano Anual e Metas da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e obter sua aprovação junto a sua mantenedora, até a assinatura do presente convênio	200		
Elaborar relatório mensal de acompanhamento de metas, apresentando-o regularmente ao Conselho de Acompanhamento do Convênio, até o 10º dia útil subsequente ao mês de referência.	100		
Aplicar, mensalmente, pesquisa de avaliação do nível de qualidade do Hospital, apresentando seus resultados, regularmente, ao Conselho de Acompanhamento do Convênio até o 10º dia útil subsequente ao mês de referência.	100		
CNES Atualizado mensalmente	100		
TOTAL	500		

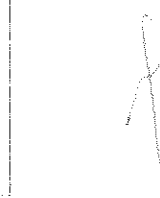
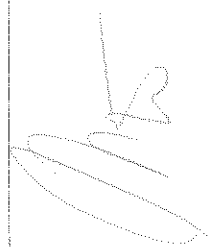
Observação I: Os indicadores que não tiverem monitoramento mensal serão automaticamente pontuados, a cada mês, de conformidade com a pontuação atingida na sua última avaliação.

Observação II: Os indicadores que não tiverem alcançado seu prazo estabelecido para o seu atingimento serão automática e integralmente pontuados.



Parâmetro para avaliação de desempenho na área do desenvolvimento profissional			
Indicadores a serem monitorados	Pontuação	Atividade	Pontuação
Capacitação de 80% dos profissionais médicos do Serviço médico de Urgência	100		
Capacitação de 30% dos colaboradores da área hospitalar com capacidade de refletir sobre sua prática e de participar do processo de mudança buscando a humanização (Educação Permanente)	100		
Apresentar relatórios de acompanhamentos de re-internação	100		
Diminuição da taxa de permanência nas unidades reestruturadas sob a lógica da atenção integral	100		
Mantiver atividades de cooperação realizadas entre técnicos do hospital e da rede de serviços	100		
Número de atividades desenvolvidas para os trabalhadores do hospital	100		
TOTAL	600		


ANEXON

Tabela de pontuação de desempenho

Faixas de pontuação	Percentual do valor máximo
8100	100%
7290	90%
6075	75%
4050	50%

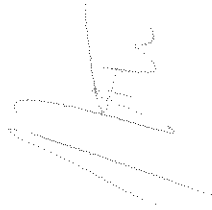
[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

ANEXO V

Capacidade física instalada e serviços disponíveis (Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde), emitida pelo Sistema de Cadastro Nacional de Saúde – MS.



ANEXO VI

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO

MÉDIA COMPLEXIDADE

Procedimento	Total	Cid Arredondada	Valor Total	Valor Unitário	Valor mensal
0121040002 COLETA EXTERNA DE LEITE MATERNO (POR DOADORA)	42	32	R\$ 1.200,00	R\$ 3,00	R\$ 96,00
0111040040 PASTEURIZAÇÃO DO LEITE HUMANO (CÓDIGO LITROS)	32	2	R\$ 331,60	R\$ 11,06	R\$ 22,12
0201010372 BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	1	1	R\$ 25,83	R\$ 25,83	R\$ 25,83
0201010531 PUNÇÃO LOMBAR	3	2	R\$ 63,96	R\$ 7,04	R\$ 14,08
0201010540 PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO	32	3	R\$ 477,00	R\$ 13,25	R\$ 66,25
0202010023 DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	1	1	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 2,01
0202010120 DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	41	5	R\$ 75,95	R\$ 1,85	R\$ 9,25
0202010130 DOSAGEM DE AMILASE	329	20	R\$ 615,25	R\$ 2,25	R\$ 45,00

[Handwritten signatures and initials]

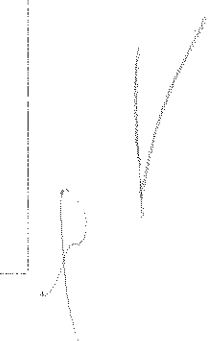
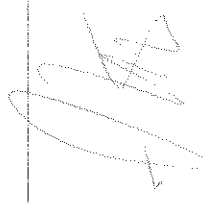
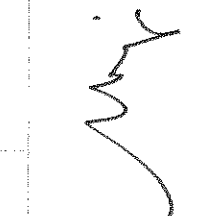
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	170	15	R\$ 2.117,70	R\$ 2,01	R\$ 30,15
0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	1359	150	R\$ 3.454,65	R\$ 1,85	R\$ 277,50
0202010250	DOSAGEM DE CLORETO	95	10	R\$ 177,60	R\$ 1,85	R\$ 18,50
0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	413	20	R\$ 747,63	R\$ 3,51	R\$ 70,20
0202010267	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	214	20	R\$ 751,14	R\$ 3,51	R\$ 70,20
0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	349	20	R\$ 337,50	R\$ 1,85	R\$ 37,00
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	3467	200	R\$ 4.523,95	R\$ 1,85	R\$ 370,00
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	54	5	R\$ 235,52	R\$ 3,93	R\$ 18,40
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE - FRACAO MB	992	70	R\$ 3.715,24	R\$ 4,12	R\$ 288,40
0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LACTICA	20	2	R\$ 12,60	R\$ 3,68	R\$ 7,36
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	939	50	R\$ 9.895,11	R\$ 15,59	R\$ 779,50
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	571	45	R\$ 2.004,21	R\$ 3,51	R\$ 157,95

[Handwritten signature]

0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	580	55	R\$ 1.366,80	R\$ 2,01	R\$ 110,55
0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1702	140	R\$ 3.377,20	R\$ 1,85	R\$ 259,00
0202010455	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	68	6	R\$ 239,68	R\$ 3,51	R\$ 17,55
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1286	150	R\$ 3.456,10	R\$ 1,85	R\$ 277,50
0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	3	1	R\$ 47,16	R\$ 7,86	R\$ 7,86
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	87	10	R\$ 323,16	R\$ 3,58	R\$ 36,80
0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	14	1	R\$ 23,14	R\$ 2,01	R\$ 2,01
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	2425	175	R\$ 4.119,25	R\$ 1,85	R\$ 323,75
0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	14	1	R\$ 19,60	R\$ 1,40	R\$ 1,40
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACAO G	915	50	R\$ 1.174,75	R\$ 1,85	R\$ 92,50
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	430	35	R\$ 893,05	R\$ 1,85	R\$ 64,75
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	193	15	R\$ 307,95	R\$ 2,01	R\$ 30,15

[Handwritten signature]

0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1553	150	R\$ 3.935,53	R\$ 2,01	R\$ 301,50
0212010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	580	45	R\$ 2.332,60	R\$ 4,12	R\$ 185,40
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	215	20	R\$ 734,65	R\$ 3,51	R\$ 70,20
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	404	315	R\$ 7.531,35	R\$ 1,85	R\$ 582,75
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	1	1	R\$ 4,42	R\$ 4,42	R\$ 4,42
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	70	8	R\$ 1.345,20	R\$ 15,65	R\$ 125,20
0202010739 TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	57	5	R\$ 432,85	R\$ 6,55	R\$ 32,75
0202020025 CONTAGEM DE PLAQUETAS	59	5	R\$ 131,07	R\$ 2,73	R\$ 13,65
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2	1	R\$ 5,46	R\$ 2,73	R\$ 2,73
0202020970 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	19	1	R\$ 61,57	R\$ 2,73	R\$ 2,73
0202020100 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	12	2	R\$ 100,00	R\$ 5,00	R\$ 18,00

0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	127	10	R\$ 762,79	R\$ 5,77	R\$ 57,70
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	142	12	R\$ 337,66	R\$ 2,73	R\$ 32,76
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	12	1	R\$ 32,76	R\$ 2,73	R\$ 2,73
0202020230 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	1	1	R\$ 4,60	R\$ 4,60	R\$ 4,60
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	105	105	R\$ 2.004,30	R\$ 1,53	R\$ 160,65
0202020371 HEMATOCRITO	1433	100	R\$ 1.513,99	R\$ 1,53	R\$ 153,00
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	3324	260	R\$ 13.653,64	R\$ 4,11	R\$ 1.058,60
0202020487 PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	10	1	R\$ 41,10	R\$ 4,11	R\$ 4,11
0202020495 PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	10	1	R\$ 21,30	R\$ 2,73	R\$ 2,73
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (T/D)	13	1	R\$ 35,49	R\$ 2,73	R\$ 2,73
0202030156 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	2	1	R\$ 17,16	R\$ 17,16	R\$ 17,16

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the right and several initials on the left.

0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	2	1	R\$ 18,50	R\$ 9,25	R\$ 9,25
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	48	5	R\$ 125,84	R\$ 2,83	R\$ 14,15
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 E HIV-2 (ELISA)	408	35	R\$ 4.363,00	R\$ 10,00	R\$ 350,00
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HBS)	827	50	R\$ 11.500,85	R\$ 18,55	R\$ 927,50
0202030672 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	1.171	140	R\$ 32.852,05	R\$ 18,55	R\$ 2.597,00
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	8	1	R\$ 65,00	R\$ 11,00	R\$ 11,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	40	5	R\$ 675,80	R\$ 16,97	R\$ 84,85
0202030734 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	2	1	R\$ 27,10	R\$ 18,55	R\$ 18,55
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O	170	15	R\$ 3.163,50	R\$ 18,55	R\$ 278,25

[Handwritten signature]

VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)					
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	5	1	R\$ 85,80	R\$ 17,16	R\$ 17,16
0202030849 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	3	1	R\$ 17,16	R\$ 17,16	R\$ 17,16
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	3	1	R\$ 11,61	R\$ 11,61	R\$ 11,61
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	32	2	R\$ 53,56	R\$ 18,56	R\$ 37,10
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HSC-IGM)	5	1	R\$ 18,56	R\$ 18,56	R\$ 18,56
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	155	15	R\$ 3,47	R\$ 16,55	R\$ 278,25
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	5	1	R\$ 17,16	R\$ 17,16	R\$ 17,16
0202030954 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O	2	1	R\$ 17,16	R\$ 17,16	R\$ 17,16

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

VIRUS HERPES SIMPLIS					
02020300970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBsAg)	1013	150	R\$ 34.127,68	R\$ 18,55	R\$ 2.782,50
0202031110 TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	222	20	R\$ 713,18	R\$ 2,83	R\$ 56,60
0202031179 VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM CESTANTE	33	10	R\$ 233,08	R\$ 2,83	R\$ 28,30
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	338	70	R\$ 7.974,00	R\$ 9,00	R\$ 630,00
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITOS	2	1	R\$ 7,30	R\$ 1,65	R\$ 1,65
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1	1	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 1,65
0212050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1747	135	R\$ 3.483,90	R\$ 3,70	R\$ 499,50
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1	1	R\$ 32,48	R\$ 6,12	R\$ 8,12
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	29	10	R\$ 200,96	R\$ 2,04	R\$ 20,40
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	2	1	R\$ 19,72	R\$ 9,86	R\$ 9,86
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROPINA CORIOICA	22	10	R\$ 800,70	R\$ 7,86	R\$ 78,50

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

HUMANA (HCG, BETA HCG)						
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	53	5	R\$ 474,80	R\$ 8,96	R\$ 44,80
0202060276	DOSAGEM DE PARATHORMONIO	326	25	R\$ 14.090,38	R\$ 43,13	R\$ 1.079,25
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	3	1	R\$ 70,08	R\$ 8,76	R\$ 8,76
0202060361	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	32	5	R\$ 385,80	R\$ 11,60	R\$ 58,00
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	4	1	R\$ 14,84	R\$ 8,76	R\$ 8,76
0212060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA (T36 AF OS TRN)	2	1	R\$ 24,02	R\$ 12,01	R\$ 12,01
0212070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	182	15	R\$ 5.005,00	R\$ 27,50	R\$ 412,50
0202080013	ANTIBIOGRAMA	116	10	R\$ 677,68	R\$ 4,98	R\$ 49,80
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	52	5	R\$ 145,60	R\$ 2,90	R\$ 14,00
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	748	20	R\$ 1.393,52	R\$ 5,62	R\$ 112,40
0202080110	CULTURA PARA SAAR	61	5	R\$ 290,83	R\$ 5,63	R\$ 28,15

[Handwritten signature]

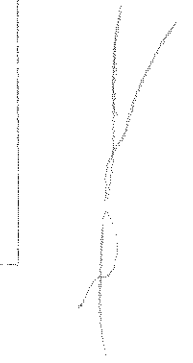
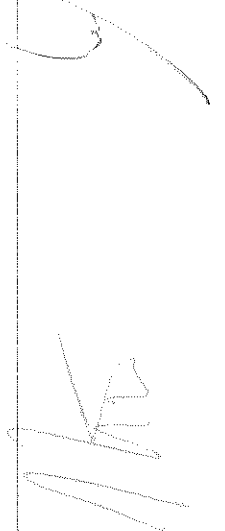
0202080153 HEMOCULTURA	14	1	R\$ 160,86	R\$ 11,49	R\$ 11,49
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA- HEMOLITICOS DO GRUPO A	13	1	R\$ 34,96	R\$ 4,33	R\$ 4,33
0202090960 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	10	1	R\$ 10,90	R\$ 1,09	R\$ 1,89
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	86	10	R\$ 131,52	R\$ 1,37	R\$ 13,70
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUID PRACO)	72	10	R\$ 98,64	R\$ 1,37	R\$ 13,70
0212120030 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	12	1	R\$ 33,76	R\$ 2,73	R\$ 2,73
0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO	26	2	R\$ 924,00	R\$ 24,00	R\$ 48,00
0204010012 DACRIOCISTOGRAFIA	9	1	R\$ 48,85	R\$ 48,85	R\$ 48,85
0204010039 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	3	1	R\$ 25,14	R\$ 8,38	R\$ 8,38
0204010047 RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-	14	1	R\$ 97,44	R\$ 5,96	R\$ 6,96

[Handwritten signature]

MALAR (AP+ OBLIQUAS)						
0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	13	1	R\$ 163,94	R\$ 8,38	R\$ 8,38
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	37	3	R\$ 430,98	R\$ 8,38	R\$ 34,40
0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	3	1	R\$ 27,45	R\$ 9,15	R\$ 9,15
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	343	95	R\$ 6.309,35	R\$ 7,52	R\$ 488,80
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	1	1	R\$ 5,74	R\$ 5,74	R\$ 5,74
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	2	1	R\$ 13,06	R\$ 9,03	R\$ 9,03
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	38	5	R\$ 273,60	R\$ 7,20	R\$ 36,00
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	135	15	R\$ 1.590,30	R\$ 8,38	R\$ 125,70
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	270	25	R\$ 1.975,40	R\$ 7,32	R\$ 183,00
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSIKA (PA +	2	1	R\$ 34,40	R\$ 7,20	R\$ 7,20

[Handwritten signatures and initials]

LATERAL + BRETTON)					
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	2	1	R\$ 16,66	R\$ 8,33	R\$ 8,33
0204020032 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	26	2	R\$ 214,94	R\$ 9,19	R\$ 18,38
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	342	65	R\$ 8.604,18	R\$ 10,29	R\$ 668,85
0204020068 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	368	70	R\$ 9.534,24	R\$ 13,66	R\$ 767,20
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	2	1	R\$ 23,80	R\$ 14,90	R\$ 14,90
0204020086 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	9	1	R\$ 151,92	R\$ 15,88	R\$ 15,88
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	70	6	R\$ 641,20	R\$ 9,16	R\$ 45,80
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	175	15	R\$ 1.717,48	R\$ 9,73	R\$ 145,95
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	37	5	R\$ 522,60	R\$ 7,80	R\$ 39,00

0204030030 MAMOGRAFIA	397	35	R\$ 8.932,50	R\$ 22,50	R\$ 787,50
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	231	20	R\$ 1.933,47	R\$ 6,37	R\$ 167,40
0204030145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	5	1	R\$ 50,10	R\$ 12,02	R\$ 12,02
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1326	95	R\$ 11.667,00	R\$ 9,50	R\$ 902,50
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	2372	185	R\$ 16.319,36	R\$ 6,88	R\$ 1.272,80
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	14531	900	R\$ 521,10	R\$ 45,00	R\$ 40.500,00
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	409	40	R\$ 3.013,98	R\$ 6,42	R\$ 256,80
0204040035 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	1022	80	R\$ 7.414,80	R\$ 7,40	R\$ 592,00
0204040043 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	5	1	R\$ 37,00	R\$ 7,40	R\$ 7,40
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	316	25	R\$ 2.453,32	R\$ 7,77	R\$ 194,25
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	133	16	R\$ 1.554,00	R\$ 7,40	R\$ 118,40

[Handwritten signatures and initials]

0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	601	50	R\$ 3.545,90	R\$ 5,90	R\$ 295,00
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	1442	110	R\$ 8.554,70	R\$ 6,30	R\$ 693,00
0204040108 RADIOGRAFIA DE MAC E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	14	1	R\$ 54,00	R\$ 6,00	R\$ 6,00
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	90	5	R\$ 473,80	R\$ 7,98	R\$ 39,90
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	1442	115	R\$ 9.554,22	R\$ 6,91	R\$ 794,65
0204050111 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	306	25	R\$ 3.263,38	R\$ 10,73	R\$ 268,25
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (M. TUBO DE 3 INCIDENCIAS)	11	1	R\$ 155,30	R\$ 15,30	R\$ 15,30
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	304	65	R\$ 5.898,08	R\$ 7,17	R\$ 466,05
0204050154 RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	12	1	R\$ 571,08	R\$ 47,59	R\$ 47,59
0204050170 URETROCISTOGRAFIA	38	5	R\$ 1.075,96	R\$ 52,11	R\$ 260,55

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

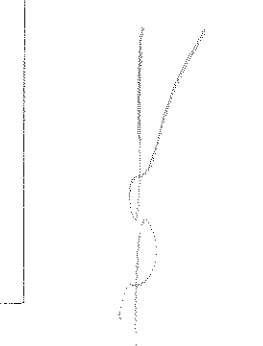
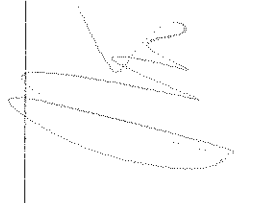
0204050189 UROGRAFIA VENOSA	135	10	R\$ 7.749,00	R\$ 57,40	R\$ 574,00
0204060036 ESCANOMETRIA	7	1	R\$ 54,39	R\$ 7,77	R\$ 7,77
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	512	40	R\$ 3.578,24	R\$ 7,77	R\$ 310,80
0204060079 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	1	1	R\$ 7,77	R\$ 7,77	R\$ 7,77
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	1330	115	R\$ 9.420,00	R\$ 6,50	R\$ 747,50
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	667	55	R\$ 5.102,59	R\$ 7,77	R\$ 427,35
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	110	15	R\$ 1.144,00	R\$ 6,50	R\$ 97,50
0204060117 RADIOGRAFIA DE COXA	468	40	R\$ 4.123,92	R\$ 8,94	R\$ 357,60
0204060125 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	1541	120	R\$ 10.437,98	R\$ 6,78	R\$ 813,60
0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	7	1	R\$ 50,12	R\$ 7,16	R\$ 7,16
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	1137	110	R\$ 9.471,66	R\$ 6,78	R\$ 745,80

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	870	55	R\$ 5.983,80	R\$ 8,94	R\$ 491,70
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	2	1	R\$ 79,88	R\$ 39,94	R\$ 39,94
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	65	5	R\$ 2.574,00	R\$ 39,60	R\$ 198,00
0205020020 PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	1723	135	R\$ 25.601,68	R\$ 14,81	R\$ 1.999,35
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	590	50	R\$ 14.276,00	R\$ 24,20	R\$ 1.210,00
0215020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	2252	175	R\$ 85.400,40	R\$ 37,95	R\$ 6.641,25
0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	1598	125	R\$ 38.671,60	R\$ 24,20	R\$ 3.025,00
0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	1094	85	R\$ 25.772,80	R\$ 24,20	R\$ 2.057,00
0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROFAL	84	10	R\$ 2.274,80	R\$ 24,20	R\$ 242,00
0205020089 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	97	10	R\$ 2.347,40	R\$ 24,20	R\$ 242,00
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	1968	155	R\$ 47.626,60	R\$ 24,20	R\$ 3.751,00

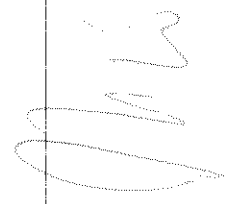

0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	337	30	R\$ 8.155,40	R\$ 24,20	R\$ 726,00
0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	755	60	R\$ 18.271,00	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00
0205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	2356	175	R\$ 54.595,20	R\$ 24,20	R\$ 4.235,00
0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	6	1	R\$ 237,60	R\$ 39,60	R\$ 39,60
0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	342	30	R\$ 8.273,40	R\$ 24,20	R\$ 726,00
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	39	5	R\$ 543,80	R\$ 24,20	R\$ 121,00
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	4889	360	R\$ 118.276,80	R\$ 24,20	R\$ 9.196,00
0209010010	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	1	1	R\$ 90,68	R\$ 90,68	R\$ 90,68
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	16	1	R\$ 770,56	R\$ 48,16	R\$ 48,16
0209040025	LARINGOSCOPIA	24	2	R\$ 1.131,36	R\$ 47,14	R\$ 94,28
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	1536	120	R\$ 7.910,40	R\$ 5,15	R\$ 618,00

[Handwritten signature]

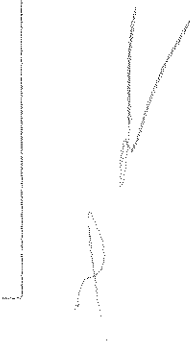
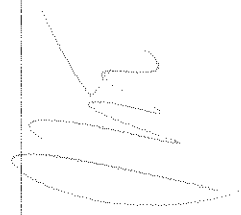
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	110	10	R\$ 3.300,00	R\$ 30,00	R\$ 300,00
0211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	15	1	R\$ 151,05	R\$ 10,07	R\$ 10,07
0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	2088	165	R\$ 3.525,72	R\$ 1,69	R\$ 278,85
0211050041	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	2829	220	R\$ 68.575,96	R\$ 24,24	R\$ 5.332,80
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO	2354	185	R\$ 94.190,00	R\$ 40,00	R\$ 7.400,00
0211060119	GONIOSCOPIA	1820	145	R\$ 12.265,80	R\$ 5,74	R\$ 977,30
0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	8453	650	R\$ 204.900,72	R\$ 24,24	R\$ 15.756,00
0211060143	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	3040	235	R\$ 73.689,60	R\$ 24,24	R\$ 5.696,40
0211060178	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	1924	150	R\$ 47.484,32	R\$ 24,68	R\$ 3.702,00
0211060185	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	1	1	R\$ 64,00	R\$ 64,00	R\$ 64,00
0211060216	TESTE DE SCHIRMER	570	45	R\$ 1.920,90	R\$ 3,37	R\$ 151,65
0211060269	TONOMETRIA	2	1	R\$ 6,74	R\$ 3,37	R\$ 3,37


0211090267 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA	3135	245	R\$ 75.992,40	R\$ 24,24	R\$ 5.938,80
0211070050 AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	8	1	R\$ 144,00	R\$ 18,00	R\$ 18,00
0211070149 EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS POR TRIAGEM AUDITIVA	2105	165	R\$ 28.439,55	R\$ 13,51	R\$ 2.229,15
0212010016 EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS EM DOADOR DE SANGUE	4105	320	R\$ 61.575,00	R\$ 15,00	R\$ 4.800,00
0212010026 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	33	3	R\$ 592,32	R\$ 17,04	R\$ 51,12
0212010034 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	46	5	R\$ 732,84	R\$ 17,04	R\$ 85,20
0242010050 SOROLOGIA DE DOADOR DE SANGUE	4100	315	R\$ 307.500,00	R\$ 75,00	R\$ 23.625,00
0212020064 PROCESSAMENTO DE SANGUE	4102	320	R\$ 41.635,30	R\$ 10,15	R\$ 3.248,00
0301010046 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	968	80	R\$ 6.224,40	R\$ 6,30	R\$ 504,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	41637	4700	R\$ 415.370,00	R\$ 10,00	R\$ 47.000,00


0301010001 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiação DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	338	30	R\$ 19.516,12	R\$ 57,74	R\$ 1.732,20
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	25026	2010	R\$ 286.509,00	R\$ 11,00	R\$ 22.110,00
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	1	1	R\$ 11,00	R\$ 11,00	R\$ 11,00
0301060100 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	2011	205	R\$ 33.943,00	R\$ 13,00	R\$ 2.665,00
0301100012 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	17457	1350	R\$ 10.997,91	R\$ 0,63	R\$ 850,50
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	602	40	R\$ 2.344,34	R\$ 4,57	R\$ 186,80
0303050012 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	636	120	R\$ 26.539,04	R\$ 17,74	R\$ 2.128,80
0303050047 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	18	1	R\$ 1.428,84	R\$ 79,38	R\$ 79,38

[Handwritten signatures and initials]

0303050055	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	148	15	R\$ 18.941,04	R\$ 127,98	R\$ 1.919,70
0303050063	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	128	10	R\$ 1.592,32	R\$ 12,44	R\$ 124,40
0303050160	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	64	5	R\$ 6.274,56	R\$ 98,04	R\$ 490,20
0303050187	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	214	20	R\$ 31.380,96	R\$ 146,64	R\$ 2.932,80
0303050195	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	1	1	R\$ 138,25	R\$ 138,25	R\$ 138,25
0303050209	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	32	5	R\$ 12.855,32	R\$ 207,36	R\$ 1.036,80
0303050225	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª	225	20	R\$ 50.654,50	R\$ 226,02	R\$ 4.520,40

[Handwritten signatures and initials]

LINHAS						
0303090120	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)	6	1	R\$ 219,54	R\$ 36,59	R\$ 36,59
0303090154	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	12	1	R\$ 403,16	R\$ 40,68	R\$ 40,68
0303090162	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACÁRPICO	15	1	R\$ 267,75	R\$ 17,85	R\$ 17,85
0303090200	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	24	5	R\$ 1.420,62	R\$ 41,93	R\$ 209,65
0303090227	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	5	1	R\$ 208,15	R\$ 41,63	R\$ 41,63
0306010011	COLETA DE SANGUE P/ TRANSFUSÃO	4079	355	R\$ 100.738,00	R\$ 22,00	R\$ 7.810,00
0306010038	TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR (A) DE SANGUE	7493	555	R\$ 71.920,00	R\$ 10,00	R\$ 5.550,00
0306020041	SANGRIA TERAPEÚTICA	38	10	R\$ 412,72	R\$ 4,69	R\$ 46,90
0306020066	TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	186	15	R\$ 1.504,74	R\$ 8,09	R\$ 121,35

[Handwritten signature] 10/10

[Handwritten signature]

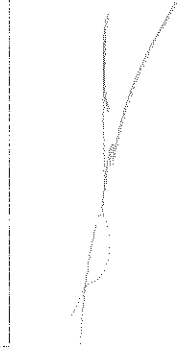
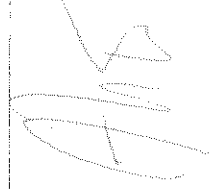
0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	734	65	R\$ 18.389,04	R\$ 23,16	R\$ 1.505,40
0401010074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	9	1	R\$ 112,14	R\$ 12,46	R\$ 12,46
0401010090	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	10	1	R\$ 11,84	R\$ 11,84	R\$ 11,84
0401010104	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	59	5	R\$ 698,56	R\$ 11,84	R\$ 59,20
0401010112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	2	1	R\$ 23,68	R\$ 11,84	R\$ 11,84
0404010091	DUCHA DE POLTZER (UNI / BILATERAL)	1	1	R\$ 11,28	R\$ 11,28	R\$ 11,28
0404010270	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	231	20	R\$ 1.408,40	R\$ 5,63	R\$ 112,60
0404010318	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	66	5	R\$ 1.743,72	R\$ 26,42	R\$ 132,10
0424010342	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	50	5	R\$ 850,00	R\$ 17,00	R\$ 85,00

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	11	1	R\$ 362,11	R\$ 33,01	R\$ 33,01
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE OCLUSAL DENTÁRIA	4	1	R\$ 192,96	R\$ 48,24	R\$ 48,24
0405010010 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPION ECTROPIO	4	1	R\$ 465,68	116,42	R\$ 116,42
0405010079 EXERSESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCÍLIOS	48	5	R\$ 2.150,00	R\$ 45,00	R\$ 225,00
0405010117 RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	1	1	R\$ 389,64	389,64	R\$ 389,64
0405010176 SUTURA DE PALPEBRAS	1	1	R\$ 82,28	R\$ 82,28	R\$ 82,28
0405030045 FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	1039	80	R\$ 45.405,00	R\$ 45,00	R\$ 3.600,00
0405030134 VITRECTOMIA ANTERIOR	13	1	R\$ 4.384,04	381,08	R\$ 381,08
0405040075 EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	1	1	R\$ 335,72	335,72	R\$ 335,72

0405040105	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	5	1	R\$ 2.672,85	R\$ 515,97	R\$ 515,97
0405040202	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	10	1	R\$ 3.223,40	R\$ 323,34	R\$ 323,34
0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	500	50	R\$ 27.000,00	R\$ 45,00	R\$ 2.250,00
0405050400	FACECTOMIA S/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	3	1	R\$ 4.208,00	R\$ 403,00	R\$ 403,00
0405050451	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	26	2	R\$ 20.663,88	R\$ 794,88	R\$ 1.589,76
0405050216	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	487	40	R\$ 47.940,26	R\$ 98,44	R\$ 3.937,50
0405050259	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	286	25	R\$ 7.150,00	R\$ 25,00	R\$ 625,00
0405050321	TRABECULECTOMIA	13	1	R\$ 6.672,42	R\$ 513,34	R\$ 513,34
0405050364	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	643	42	R\$ 73.601,30	R\$ 139,70	R\$ 5.867,40
0407040 96	PARACENTESE ABDOMINAL	8	1	R\$ 12,27	R\$ 12,27	R\$ 12,27

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

0408010126 REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DA CINTURA ESCAPULAR	4	1	R\$ 177,12	R\$ 44,28	R\$ 44,28
0408010134 REDUÇAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	61	5	R\$ 1.606,10	R\$ 41,10	R\$ 205,50
0408020164 REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO ÚMERO	53	5	R\$ 2.173,30	R\$ 41,10	R\$ 205,50
0408020199 REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	3	1	R\$ 112,84	R\$ 37,88	R\$ 37,88
0418020229 REDUÇAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	15	1	R\$ 552,50	R\$ 37,50	R\$ 37,50
0408020245 REDUÇAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXACAO DO PUNHO	136	15	R\$ 7.283,12	R\$ 36,74	R\$ 581,10
0408050195 REDUÇAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	22	2	R\$ 774,40	R\$ 35,20	R\$ 70,40
0408050217 REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	3	1	R\$ 103,60	R\$ 35,20	R\$ 35,20

[Handwritten signature]

0408050225 REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU C/ FRATURA DA FIBULA	2	1	R\$ 22,38	R\$ 44,69	R\$ 44,69
0408050352 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	30	2	R\$ 22,60	R\$ 28,42	R\$ 56,84
0409050023 POSTECTOMIA	4	1	R\$ 575,48	219,12	R\$ 219,12
0412050170 TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	2	1	R\$ 109,94	R\$ 54,97	R\$ 54,97
0417010052 ANESTESIA REGIONAL	218	20	R\$ 4.854,89	R\$ 22,27	R\$ 445,40
0417010060 SEDACAO PARA REALIZACAO DE EXAMES	58	25	R\$ 590,85	R\$ 15,15	R\$ 378,75
Total	24181	20.531	3.793.417,20	R\$ 15,69	R\$ 316.534,18

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Notas:

[Handwritten signatures and initials]

ANEXO VII

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRO - ALTA COMPLEXIDADE

Código	Descrição do Procedimento	Físico Mensal	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Físico Proposto	Valor Total Proposto R\$
204060028	Densitometria Ossea Duo-Energetica de Coluna (Vertebras Lombar)	60	55,10	3.306,00	84	R\$ 4.628,40
205010024	Ecocardiografia Transesofágica	1	165,00	165,00	1	R\$ 165,00
		85		R\$ 3.471,00	85	R\$ 4.793,40
206010010	Tomografia de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste	5	86,76	433,80	5	R\$ 433,80
	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo					
206010028	Sacra com ou sem Contraste	14	101,10	1.415,40	20	R\$ 2.022,00
	Tomografia Computadorizada da Coluna Torácica c/					
206010036	ou s/ contraste	6	86,76	520,56	5	R\$ 433,80
206010044	Tomografia de Face / Seios da Face/Artic.	14	86,75	1.214,50	14	R\$ 1.214,50
206010052	Tomografia Computadorizada de Pescoço	3	86,75	694,00	6	R\$ 520,50
206010060	Tomografia Computadorizada de Sela Turca	18	97,44	1.753,92	8	R\$ 779,52
206010079	Tomografia Computadorizada de Crânio	90	97,44	8.769,60	50	R\$ 4.872,00
	Tomografia Computadorizada de Articulações					
206020015	Membros Superior	1	86,75	86,75	1	R\$ 86,75
	Tomografia Computadorizada de Segmentos					
206020023	Apêndices	1	86,75	86,75	1	R\$ 86,75

[Handwritten signatures and initials]

206020031	Tomografia Computadorizada do Torax	20	136,41	2.728,20	25	R\$ 3.410,25
206030010	Tomografia Computadorizada do Abdomen Superior	24	138,63	3.327,12	24	R\$ 3.327,12
	Tomografia Computadorizada de Articulações					
206030029	Membros Inferior	1	86,75	86,75	1	R\$ 86,75
206030037	Tomografia Computadorizada de Pelve/Bacia	23	138,63	3.188,49	25	R\$ 3.465,75
		225		R\$ 24.305,84	185	R\$ 20.739,49
	Ressonancia Magnética de Articulação Temporomandibular (Bilateral)					
207010021	Mandibular(Bilateral)	1	268,75	268,75	1	R\$ 268,75
207010030	Ressonancia Magnética de Coluna Cervical	25	268,75	6.718,75	15	R\$ 4.031,25
207010048	Ressonancia Magnética de Coluna Lombo-Cervical	35	268,75	20.156,25	50	R\$ 13.437,50
207010058	Ressonancia Magnética de Coluna Torácica	10	268,75	2.687,50	5	R\$ 1.343,75
207010064	Ressonancia Magnética de Crânio	45	268,75	12.093,75	35	R\$ 9.406,25
207010072	Ressonancia Magnética de Sela Turca	3	268,75	806,25	2	R\$ 537,50
	Ressonância Magnética de Membro Superior					
207020027	Unilateral	12	268,75	3.225,00	10	R\$ 2.687,50
207020035	Ressonância Magnética de Torax	1	268,75	268,75	1	R\$ 268,75
207030014	Ressonancia Magnética de Abdomen Superior	2	268,75	537,50	5	R\$ 1.343,75
207030022	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve	11	268,75	2.956,25	10	R\$ 2.687,50
207030030	Ressonancia Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	44	268,75	11.825,00	44	R\$ 11.825,00
207030049	Ressonancia Magnética de Vias Biliares	1	268,75	268,75	1	R\$ 268,75
		230		R\$ 61.312,50	179	R\$ 48.106,25





210010029	Angiografia de Arco aortico	1	137,01	137,01	1	RS 137,01
210010045	Aortografia Abdominal	1	189,73	189,73	1	RS 189,73
210010053	Aortografia Toracica	1	170,44	170,44	1	RS 170,44
210010061	Arteriografia Cervico Toracica	1	201,01	201,01	1	RS 201,01
210010070	Arteriografia de Membro	3	179,46	538,38	2	RS 358,92
	Arteriografia para Investigação de Doença					
210010086	Arteriosclerotica Aorto-Iliaca e Distal	2	504,33	1.008,66	2	RS 1.008,66
	Arteriografia para Investigação de Hemorragia					
210010100	Cerebral	1	504,43	504,43	1	RS 504,43
210010118	Arteriografia para Investigação Isquemia Cerebral	3	504,43	1.513,29	2	RS 1.008,86
210010134	Arteriografia Seletiva de Carotida	2	190,31	380,62	2	RS 380,62
210010134	Arteriografia Seletiva de Carotida - Por Cateterismo	1	190,31	190,31	1	RS 190,31
210010142	Arteriografia seletiva por cateter (por vaso)	1	201,51	201,51	1	RS 201,51
210010151	Arteriografia seletiva vertebra	10	201,01	2.010,10	2	RS 402,02
210010177	Flebografia de Membro	2	145,94	291,88	30	RS 4.378,20
211020010	Cateterismo Cardiaco em Adulto	19	614,72	11.679,68	400	RS 245.888,00
		48		RS 19.017,06	447	RS 255.019,72
304010081	Check-Film (Por Mês)	36	30,00	1.050,00	30	RS 900,00
304010154	Máscara/Imobilização Personalizada (Por Tratamento)	19	66,00	1.235,00	15	RS 975,00
304010189	Planejamento Completo (Por Tratamento)	15	120,00	1.800,00	12	RS 1.440,00
304010200	Planejamento Simples (Por Tratamento)	1	60,00	60,00		RS 60,00

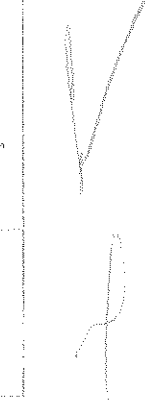
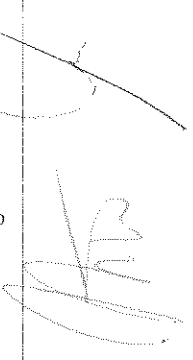
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

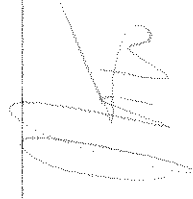
[Handwritten signature]

304010219	Radiocirurgia - Um Isocentro	1	5.000,00	5.000,00	1	RS 5.000,00
304010286	Radioterapia com Acelerador Linear/SO de Fobos (Por Campo)	1.390	30,00	50.700,00	1600	RS 48.000,00
304010308	Bloco de Colimação Personalizado (Por Bloco)	52	52,00	2.704,00	55	RS 2.360,00
304010316	Planejamento para Radioterapia Conformada Tridimensional	8	480,00	3.840,00	5	RS 2.400,00
		1.321		RS 66.389,00	1.719	RS 61.635,00

	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Color Retado IV					
304020010	ou Doença Recidivada (1ª Linha)	3	2.224,00	6.672,00	5	RS 11.120,00
304020028	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Color Retado IV ou Doença Recidivada (2ª linha)	1	2.224,00	2.224,00	5	RS 11.120,00
304020036	Hormonioterapia (Receptor Positivo) ou Quimioterapia do Adenocarcinoma do Endometrio	1	427,50	427,50	3	RS 1.282,50
304020044	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Estomago - Doença Metastatica ou Recidivada	4	571,50	2.286,00	5	RS 2.857,50
304020052	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Pancreas	3	1.986,00	5.958,00	5	RS 9.930,00
304020060	Hormonioterapia do Adenocarcinoma de Prostata Avancado com Supressão Androgenica Previa 2ª Linha	2	147,10	294,20	4	RS 588,40
304020079	Hormonioterapia do Adenocarcinoma de Prostata Avancado Sem Supressão Cirurgica Previa 1ª Linha	72	301,50	21.708,00	78	RS 23.517,00


304020087	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Prostata Resistente a Hormonioterapia	3	1.062,65	3.137,95	4	R\$ 4.250,60
304020095	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Reto Estadio IV ou Doença Recidivada (1ª linha)	1	2.224,00	2.224,00	2	R\$ 4.448,00
304020108	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Reto Estadio IV ou Doença Recidivada (2ª linha)	4	2.224,00	8.896,00	4	R\$ 8.896,00
304020133	Quimioterapia do Carcinoma de Mama (Doença Metastatica ou recidivada) - 1ª Linha	5	1.700,00	8.500,00	5	R\$ 8.500,00
304020141	Quimioterapia do Carcinoma de Mama (Doença Metastatica ou Recidivada) - 2ª Linha	6	2.378,90	14.273,40	10	R\$ 23.789,00
304020150	Quimioterapia do Carcinoma de Nasofaringe - Estadio IV ou Doença Recidivada	1	571,50	571,50	2	R\$ 1.143,00
304020168	Quimioterapia do Carcinoma de Rim - Ureter - Bexiga Urinaria - Doença Metastatica/ Recidivada/ Recorrente	1	571,50	2.286,00	2	R\$ 1.143,00
304020176	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide/Adenocarcinoma de Esofago - Doença Metastatica ou Recidivada	2	571,50	1.143,00	4	R\$ 2.286,00
304020184	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide/Adenocarcinoma do Colo Uterino - Estadio I, II ou Recidiva Fora de Alcançar Previamente Irradiada	1	571,50	571,50	1	R\$ 571,50


304020192	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide de Reto/Canal Anal Margem Anal - Estadio IV ou Doença Recidivada Inoperavel	1	800,00	800,00	1	R\$ 800,00
304020206	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide de Cabeça e Pescoço Metastatica ou Doença Recidivada Inoperavel	5	800,00	4.000,00	5	R\$ 4.000,00
304020214	Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar de Celulas não Pequenas (Estadio IIIB ou IV ou Doença Recidivada)	3	1.100,00	3.300,00	6	R\$ 6.600,00
304020222	Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar de Indiferenciado de Celulas Pequenas - Doença Extensas ou Metastatica ou Recidivada	1	1.100,00	1.100,00	1	R\$ 1.100,00
304020230	Quimioterapia do Melanoma Maligno Metastatico/Recidivado/Inoperavel	1	1.080,00	1.080,00	1	R\$ 1.080,00
304020249	Quimioterapia de Metastase de Carcinoma/Adenocarcinoma de Origem Desconhecida	2	571,50	1.143,00	2	R\$ 1.143,00
304020257	Quimioterapia de Metastase de Epidermoide de Origem Desconhecida	1	800,00	800,00	1	R\$ 800,00
304020265	Quimioterapia de Metastase de Neoplasia Maligna Indiferenciada de origem desconhecida	1	1.062,65	1.062,65	1	R\$ 1.062,65
304020273	Quimioterapia de Neoplasia Maligna Epitelial - Ovario ou da Tuba Uterina (Estadio IV ou Recidivada) 1ª Linha	1	1.450,00	1.450,00	1	R\$ 1.450,00





304020281	Quimioterapia de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da tuba Uterina (Estadio IV ou Radiativa) 2ª Linha	1	1.450,00	1.450,00	1	RS 1.450,00
304020290	Quimioterapia de Sarcoma de Partes Moles Metastática ou Recidivada	1	800,00	800,00	1	RS 800,00
304020311	Quimioterapia de Tumor do Estroma Gastrointestinal Avançado	1	17,00	17,00	1	RS 17,00
304020320	Quimioterapia de Tumor do Sistema Nervoso central Recidivante/Loco-regional Avançado Inoperável	1	800,00	800,00	1	RS 800,00
304020338	Hormonioterapia de Carcinoma de Mama Recidivante Positivo (Exclusivo para Pós Menopausa) - 2ª Linha	37	301,50	11.155,50	37	RS 11.155,50
304020346	Hormonioterapia de Carcinoma de Mama Recidivante Positivo- 1ª linha	7	76,75	538,25	10	RS 797,50
304020370	Quimioterapia do Carcinoma de Penis Avançado	4	800,00	3.200,00	2	RS 1.600,00
304020389	Quimioterapia do Carcinoma do Fígado	10	571,50	5.715,00	10	RS 5.715,00
304020400	Quimioterapia de Carcinoma Urotelial Avançado	3	1.300,00	3.900,00	2	RS 2.600,00
304030015	Quimioterapia de Doença Linfoproliferativa Rara - 1ª Linha	5	940,00	3.200,00	2	RS 1.280,00
304030031	Quimioterapia de Doença Mieloproliferativa Rara - 1ª Linha	21	150,00	3.150,00	21	RS 3.150,00
304030040	Quimioterapia de doença mieloproliferativa Rara - 2ª Linha	3	1.800,00	0,00	1	RS 1.800,00

[Handwritten signature]

304030058	Quimioterapia de Leucemia Linfocítica Crônica - 1ª Linha	3	407,50	1.222,50	3	R\$ 1.222,50
304030059	Quimioterapia de Leucemia Linfocítica Crônica - 2ª Linha					
304030060	Quimioterapia de Leucemia Linfocítica Crônica - 3ª Linha	1	1.800,00	1.800,00	1	R\$ 1.800,00
304030074	Quimioterapia de Leucemia Mielóide Crônica - Qualquer Fase - Controle Sanguíneo	1	80,75	80,75	1	R\$ 80,75
304030112	Quimioterapia de Leucemia Mielóide Crônica - 3ª Fase Crônica - Marcador positivo - 1ª Linha	4	17,00	68,00	4	R\$ 68,00
304030155	Quimioterapia de Leucemia Mielóide Crônica em fase de Transformação - Marcador Positivo - Sem Fase Crônica Anterior (1ª Linha)	1	17,00	17,00	1	R\$ 17,00
304030163	Quimioterapia de Linfoma Não Hodgkin B-cell - Grau de Malignidade - 1ª Linha	1	640,00	640,00	1	R\$ 640,00
304030171	Quimioterapia de Linfoma Não Hodgkin B-cell - Grau de Malignidade - 2ª Linha	1	1.080,00	1.080,00	1	R\$ 1.080,00
304030180	Quimioterapia de Neoplasia de Células Plasmáticas - 1ª Linha	3	427,50	1.282,50	2	R\$ 855,00
304030198	Quimioterapia de Neoplasia de Células Plasmáticas - 2ª Linha	1	1.715,60	1.715,60	1	R\$ 1.715,60
304030210	Quimioterapia de Tirocancer - 1ª Linha	1	5.700,00	5.700,00	1	R\$ 5.700,00
304030210	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Reto (Estádios II e III ou Dukes B e C)	1	571,50	571,50	1	R\$ 571,50

[Handwritten signature]

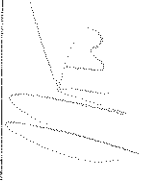
304040029	Quimioterapia do Carcinoma de Mama em Estadio III - 1ª Linha	8	1.400,00	11.200,00	10	R\$ 14.000,00
	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide/Adenocarcinoma do Colo Uterino em Estádios de IB 2 até IVA	1	1.300,00	1.300,00	3	R\$ 3.900,00
304040045	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide do Reto/Canal Anal/Margem Anal	0	800,00	0,00	1	R\$ 800,00
304040053	Quimioterapia do carcinoma Epidermoide dos Seios Para-Nasais/Laringe/Hipofaringe/Orofaringe	2	1.300,00	2.600,00	3	R\$ 3.900,00
304040070	Quimioterapia do Carcinoma de Bexiga	1	1.300,00	1.300,00	1	R\$ 1.300,00
304040088	Quimioterapia do Carcinoma de Nasofaringe em estadio de III até IVB	1	1.300,00	1.300,00	1	R\$ 1.300,00
304040096	Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar de Células Não Pequenas em Estádios III	1	1.100,00	1.100,00	1	R\$ 1.100,00
304040100	Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar Indiferenciado de Células Pequenas (Doença Limitada)	1	1.100,00	1.100,00	1	R\$ 1.100,00
304040118	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide/Adenocarcinoma de Esôfago em Estádios de I até IV A	1	1.300,00	1.300,00	1	R\$ 1.300,00
304040134	Quimioterapia de Neoplasia Maligna Epitelial do Ovario ou da Tuba Uterina (Estadio III ou IV) - 2ª Linha	1	1.450,00	1.450,00	1	R\$ 1.450,00

[Handwritten signature]

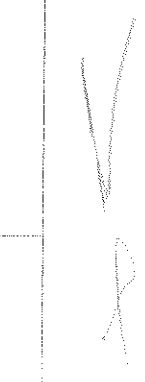
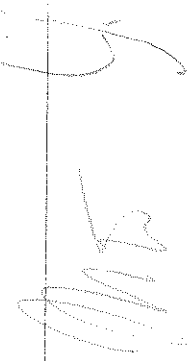
304040142	Quimioterapia de Neoplasia Maligna Enteroide de Ovario ou da tube Uterina (Estadio III ou IV) 1ª Linha	1	1.450,00	1.450,00	1	R\$ 1.450,00
304040169	Quimioterapia de Sarcoma Osseo/Osteossarcoma - 1ª Linha	1	1.447,70	1.447,70	1	R\$ 1.447,70
304040177	Quimioterapia do Adenocarcinoma de estômago (pré operatório)	30	1.300,00	39.000,00	5	R\$ 6.500,00
304050016	Quimioterapia Intra-Vesical	3	1.300,00	3.900,00	2	R\$ 2.600,00
304050024	Quimioterapia de Adenocarcinoma de Colon Em Estadio II ou III/Dukes B e C	5	2.224,00	11.120,00	5	R\$ 11.120,00
304050032	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Reto em Estadios II ou III/Dukes B e C)	3	427,50	1.282,50	3	R\$ 1.282,50
304050040	Hormonioterapia do Carcinoma de Mama receptivo em Estadio I Clinico/Patologico	48	79,75	3.828,00	50	R\$ 3.937,50
304050067	Quimioterapia do Carcinoma de Mama em Estadio III Clinico/Patologico	3	800,00	2.400,00	4	R\$ 3.200,00
304050075	Quimioterapia do Carcinoma de Mama em Estadio II Clinico ou Patologico Sem Linfonodos Axilares Acometidos	6	800,00	4.800,00	5	R\$ 4.000,00
304050110	Hormonioterapia do Carcinoma de Mama Receptor Positivo em Estadio III Clinico ou Patologico	36	79,75	2.871,00	45	R\$ 3.588,75
304050121	Hormonioterapia do Carcinoma de Mama Receptor Positivo em Estadio II Clinico ou Patologico	76	79,75	6.061,00	78	R\$ 6.220,50

[Handwritten signatures and initials]

304050130	Quimioterapia do Carcinoma de Mama em Estadio I Clínico/Patológico	3	571,50	1.714,50	3	R\$ 1.714,50
304050164	Quimioterapia do Carcinoma Epidermoide de Cabeça e Pescoço (Doença Residual Mínima)	1	1.300,00	1.300,00	1	R\$ 1.300,00
304050172	Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar de Células Não Pequenas em Estadio de IB até III	1	1.100,00	1.100,00	1	R\$ 1.100,00
304050180	Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar Indiferenciado de Células Pequenas (Doença Limitada)	1	1.100,00	1.100,00	1	R\$ 1.100,00
304050202	Quimioterapia de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovario ou de Tuba Uterina	1	1.450,00	1.450,00	3	R\$ 4.350,00
304050229	Quimioterapia de Sarcoma de Partes Moles de Extremidade	1	1.600,00	1.600,00	1	R\$ 1.600,00
304050253	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Estomago (côp operatória)	1	571,50	571,50	1	R\$ 571,50
304050288	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	50	800,00	40.000,00	5	R\$ 4.000,00
304050300	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	50	34,10	1.705,00	5	R\$ 170,50
304050319	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	25	34,10	852,50	5	R\$ 170,50
304050011	Quimioterapia da Doença de Hodgkin - 1ª Linha	1	1.258,64	1.258,64	1	R\$ 1.258,64
304050038	Quimioterapia da Doença de Hodgkin -2ª linha	1	1.258,64	1.258,64	1	R\$ 1.258,64

	Quimioterapia de Leucemia					
	Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt - 1ª Linha	0	2.300,00	0,00	1	R\$ 2.300,00
304060070	Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin Grau Intermediário ou Alto - 2ª Linha	1	1.447,70	1.447,70	1	R\$ 1.447,70
304060127	Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin Grau Intermediário ou Alto - 3ª Linha	1	1.447,70	1.447,70	1	R\$ 1.447,70
304060155	Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin Grau Intermediário ou Alto - 1ª Linha	2	800,00	1.600,00	2	R\$ 1.600,00
304060160	Quimioterapia de Tumor Germinativo de Ovario em Estadio de II Até IV	1	1.700,00	1.700,00	1	R\$ 1.700,00
304060178	Quimioterapia de Neoplasia Trofoblástica Gestacional - Baixo Risco	1	1.743,12	1.743,12	1	R\$ 1.743,12
304060208	Quimioterapia de Tumor Germinativo de Testículo - 1ª Linha	1	1.700,00	1.700,00	1	R\$ 1.700,00
304060216	Tumores Malignos de Testículo - 2ª Linha	1	1.700,00	1.700,00	1	R\$ 1.700,00
304060224	Quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células	1	6.164,84	6.164,84	1	R\$ 6.164,84
304060012	Fator Estimulante do Crescimento de Colônias de Granulócitos	1	871,00	871,00	1	R\$ 871,00
304060071	Inibidor de Osteólite	32	440,50	14.384,00	20	R\$ 8.960,00
		645		R\$ 331.561,84	545	R\$ 302.199,09


	Dialise Peritoneal Intermitente - DPI (Máximo de 2 sessões s...)	1	121,51	121,51	1	R\$ 121,51
305010026	Hemodiálise II (Excepcionalidade) Máximo 1 sessão/semana	2	179,03	358,06	5	R\$ 895,15
305010107	Hemodiálise II - Máximo 03 sessões/semana	1.750	179,03	313.673,40	1.750	R\$ 315.092,80
	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	20	263,41	5.308,20	10	R\$ 2.354,10
305010116	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DO HIV (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA)	20	263,41	5.308,20	10	R\$ 2.654,10
305010169	Manutenção e acompanhamento Domiciliar Pacientes submetido DPAC/PAC/Mês	32	168,88	5.404,16	20	R\$ 3.377,80
305010199	Manutenção e Acompanhamento Domiciliar Pacientes Submetido DPAC Pac./15 dias	10	168,88	1.688,80	10	R\$ 1.688,80
305010199	Manutenção e Acompanhamento Domiciliar Pacientes Submetido	10	168,88	1.688,80	10	R\$ 1.688,80
305010192	Treinamento Paciente Submetido a Dialise Peritoneal - DPAC-DPA - 9 dias	3	55,13	55,13	3	R\$ 165,39
		1.829		R\$ 338.606,25	1.829	R\$ 328.338,25
306020106	Transfusão de Plasma Fresco	1	8,09	8,09	1	R\$ 8,09
306020130	Transfusão de Substituição/Troca	1	8,09	8,09	1	R\$ 8,09



	(Exsangüineotransfusão)						
		2			R\$ 16,18	2	R\$ 16,18
	Litotripsia Extracorporea (Onda de Choque						
309030129	Parcial/Completa em 1 Região Renal	95	172,00		16.340,00	85	R\$ 14.620,00
		95			R\$ 16.340,00	85	R\$ 14.620,00
	Facemulsificação com Implante de Lente para Ocular						
405050372	Dobrável	30	643,00		19.290,00	30	R\$ 19.290,00
	Dilatação Percutânea de Estenoses Ureterais e						
409010111	Junção Uretero	1	88,91		88,91	1	R\$ 88,91
		31			R\$ 19.378,91	31	R\$ 19.378,91
		5.034			R\$ 880.898,38	5.107	R\$ 1.054.846,29

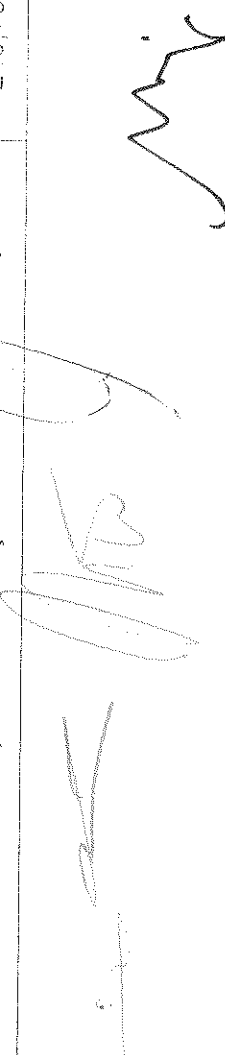
Atto *mir*

2

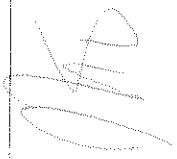
ANEXO VIII

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA FPO – FAEC

Descrição do Procedimento	Físico Mensal	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Físico Proposto	Valor Total Proposto R\$
Mamografia Unilateral	110	22,50	2.475,00	15	R\$ 337,50
Mamografia Bilateral	1.100	45,00	49.500,00	500	R\$ 22.500,00
Consulta para Diagnóstico / Reavaliação de de Glaucoma (Tonometria)	392	57,74	22.634,08	392	R\$ 22.634,08
Tratamento Oftalmológico de Paciente com Glaucoma Binoocular - Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	37	226,02	8.362,74	30	R\$ 6.780,60
Implantação de halo para radio cirurgia	1	35,00	35,00	1	R\$ 35,00
Facetomia c/implante de lente intra-ocular	25	443,00	11.075,00	2	R\$ 886,00
Facetomia sem implante de lente intra-ocular	1	403,00	403,00	1	R\$ 403,00
Facemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida	0	543,00	0,00	0	R\$ 0,00
Facemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Dobrável	300	643,00	192.900,00	300	192.900,00
Vasectomia	10	306,47	3.064,70	10	R\$ 3.064,70
Confição de Fístula Arterio - Venosa C/ Enxerto de Politetrafluoretileno (PTFE)	1	716,18	716,18	4	R\$ 2.864,72
Acesso para Hemodiálise: Criação ou Intervenção sobre	9	245,76	2.220,84	15	R\$ 3.701,40



Fístula						
Implante de Cateter de Longa Permanência (Estratégico)	1	57,05	57,05	1		R\$ 57,05
Acesso para Hemodiálise. Implante de Cateter de Duplo Lu	12	57,05	684,60	15		R\$ 855,75
Instalação de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar (DPA/DPAC)	1	57,05	57,05	1		R\$ 57,05
Retirada de Cateter Tipo Tenckhoff ou similar de Longa Perm.	1	54,33	54,33	1		R\$ 54,33
	2.001	R\$ 513,15	R\$ 294.239,67	1.288		R\$ 257.131,18
Cateter p/ Subclávia Duplo Lumen p/ Hemodiálise	12	64,75	712,36	12		R\$ 777,12
Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar de Longa Permanência para	1	149,75	149,75	1		R\$ 149,75
Instalação Domiciliar/Manutenção Máquina Ciclodora/Conjunto de Troca p/ DPA-Pac./mês	1	2.342,81	2.342,81	1		R\$ 2.342,81
Instalação domiciliar/Manutenção Máquina Ciclodora/Conjunto de Troca-DPA-Pac./15 dias	1	1.171,40	1.171,40	1		R\$ 1.171,40
Conjunto de troca para paciente submetido DPAC-Paciente/15 dias	1	1.791,56	1.791,56	1		R\$ 1.791,56
Conjunto de Troca Para paciente submetido DPAC - Paciente/mês	8	1.791,56	14.332,48	8		R\$ 14.332,48
Conjunto Troca para Treinamento Paciente Submetido	1	609,39	609,39	1		R\$ 609,39

DRA/DRAC - 2 dias						
Dilatador para Implante de Cateter Duplo Lumen	11	21,59	237,49	12		R\$ 259,08
Guia Metálico para Introdução de Cateter Duplo Lumen	11	15,41	169,51	12		R\$ 184,92
	40	R\$7.958,23	21.516,75	49		R\$ 21.618,51
TOTAL	2.047	R\$ 11.871,98	R\$315.759,22	1.337		R\$278.749,69