Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

DOCUMENTO DESCRITIVO AO CONTRATO Nº 022/2019

ENTRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPEZAL - MT

E A CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA PARA O

HOSPITAL SANTA MARCELINA DE SAPEZAL

SAPEZAL – MT

Scanned with CamScanner

Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

AGOSTO/2020

REPRESENTANTES LEGAIS HOSPITAL:

IRMÃ ROSANE GHEDIN

DIRETOR (A) PRESIDENTE

Ana Paula Fernanda de Souza
Diretora Administrativa
CPF: 289.209.678-01
RG: 33.622.727-9

ANA PAULA FERNANDA DE SOUZA

DIRETOR (A) ADMINISTRATIVA

GISELE SILVA BOZELI SALCI

DIRETOR (A) CLÍNICO

Drª Gisele S. B. Salci
Diretora Clínica
CRM/MT 8837

DIOGO ARRUDA VIANNA

DIRETOR (A) TÉCNICO

Scanned with CamScanner

Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

EQUIPE DE ELABORAÇÃO HOSPITAL:

Ana Paula Fernanda de Souza
Diretora Administrativa
CPF: 269.202.678-01
RG: 33.622.727-9

ANA PAULA FERNANDA DE SOUZA

DIRETOR (A) ADMINISTRATIVA

Scanned with CamScanner

Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

REPRESENTANTES LEGAIS SMS:

RALPHE NEVES DE LIMA

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Keisa Camacho B. Marcelino
Secretária Adjunta de Saúde
Portaria 821/2019

KEISA CAMACHO

SECRETÁRIA ADJUNTA

3

Scanned with CamScanner

Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

EQUIPE DE ELABORAÇÃO SMS:

RALPHE NEVES DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

KEISA CAMACHO
Keisa Camacho B. Marcelino
Secretária Adjunta de Saúde
Portaria 821/2019
SECRETÁRIA ADJUNTA

Scanned with CamScanner

SUMÁRIO

1 OBJETIVO 7
2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 8
3 CAPACIDADE INSTALADA E CONTEXTO TECNOLÓGICO 8
4 LEITOS POR ESPECIALIDADE 8
5 INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA 9
6 ESPECIALIDADES MÉDICAS 9
7 SERVIÇOS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (NÃO MÉDICOS) 10
8 SERVIÇOS CADASTRADOS 10
9 SERVIÇO DE APOIO 10
10 EQUIPAMENTOS ESSENCIAIS 11
11 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES PACTUADAS 12
12 DAS CONDIÇÕES PARA O INTERNAMENTO DO USUÁRIO DO SUS 12
13 DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO 13
14 ASSISTÊNCIA À SAÚDE 14
15 ATENDIMENTO AMBULATORIAL 14
16 ATENDIMENTO HOSPITALAR ELETIVO 14
17 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 15
18 METAS QUANTITATIVAS E VALORES CONTRATUAIS 15
18.1 PRONTO SOCORRO – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 15
18.2 SOBREAVISO DE ESPECIALIDADES 27
18.3 HOSPITALAR 28
18.4 VALORES 32
18.4.1 AMBULATORIAL 32
18.4.2 HOSPITALAR 32
18.4.3 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA TOTAL 32
19 MODO DE ENTREGA E VALIDAÇÃO DOS DADOS 33
20 ACOMPANHAMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS 33

Scanned with CamScanner

20.1 METAS QUALITATIVAS 35
20.1.1 PARÂMETRO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO QUALITATIVO 36
20.1.2 TABELA DE VALORIZAÇÃO DE DESEMPENHO QUALITATIVO (40%) 37
20.2 METAS QUANTITATIVAS 37
20.2.1 METAS PARA OS INDICADORES DE DESEMPENHO 37
20.2.2 PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO QUANTITATIVO 38
20.2.3 DO SOBREAVISO DE ESPECIALIDADE MÉDICA.....39
20.2.4 TABELA DE VALORIZAÇÃO DE DESEMPENHO QUANTITATIVO (60%) 40

Scanned with CamScanner

1. OBJETIVO

Este Documento Descritivo trata de ações para execução anual, contextualizado nas diretrizes do SUS e da política para a contratualização de hospitais com base na Portaria Nº 2.567/2016 que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Portaria Nº 3.410/2013 que estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

As atividades pactuadas, bem como as diretrizes, metas físicas e de qualidade estabelecidas para cada uma das áreas contempladas levaram em consideração a atenção direta à saúde e as atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

O Documento Descritivo foi elaborado de acordo com as necessidades de saúde definidas pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e considerou a realidade sanitária regional.

Trata-se do instrumento onde se apresentam as ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e os indicadores pactuados entre o Município e o Hospital Santa Marcelina de Sapezal, representando na prática as diretrizes previstas na Portaria Nº 2.567 de 25 de novembro de 2016 e Portaria Nº 3.410/2013.

O acompanhamento e a avaliação da efetividade do contrato celebrado entre as partes visam:

a) A prestação de assistência integral à saúde dos usuários do SUS, particularmente na área de média complexidade, ambulatorial/pronto socorro e hospitalar prestados pelo Hospital Santa Marcelina de Sapezal;

b) O aprimoramento dos processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial e hospitalar do Hospital Santa Marcelina de Sapezal vinculados ao SUS.

Scanned with CamScanner

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

HOSPITAL SANTA MARCELINA DE SAPEZAL			
Razão Social: CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA			**CNPJ:** 60.742.616.0021-03
Endereço: AVENIDA PIRAMBOIA, 960 CENTRO			
Município: SAPEZAL	**UF:** MT	**CEP:** 78365 – 000	**Fone:** (65)3383-3292
Responsável: Irmã Rosane Ghedin			**CPF:1284000028-17**

3. CAPACIDADE INSTALADA E CONTEXTO TECNOLÓGICO

O Hospital Santa Marcelina de Sapezal está inserido no Sistema Único de Saúde disponibilizando seus serviços aos usuários residentes no município de Sapezal.

4. LEITOS POR ESPECIALIDADE

O Hospital Santa Marcelina de Sapezal, possui um total de 53 leitos ativos para internação, sendo 34 para atendimento SUS e 19 Não SUS, conforme quadro abaixo:

Leitos			
Cirúrgico	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**	**Leitos Não SUS**
Cirurgia Geral	10	06	04
Clínico	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**	**Leitos Não SUS**
Clínica Geral/ Leito estabilização	20	14	06

Complementar	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**	**Leitos Não SUS**
Unidade Isolamento	01	01	0
Obstétrico	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**	**Leitos Não SUS**
Obstetrícia Clínica/Cirúrgica	08	04	04
Pediátrico	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**	**Leitos Não SUS**
Pediatria Clínica/ Berçário	14	09	05
	EXISTENTES	**SUS**	**Leitos Não SUS**
TOTAL	**53**	**34**	**19**

Scanned with CamScanner

5. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Instalação	**Quantidade**	**Leitos SUS**	**Leitos Não SUS**
Consultórios Médicos	01	00	00
Sala de Atendimento à Paciente Crítico/Grave	01	00	00
Sala de Atendimento Indiferenciado – Obs. Fem.	02	03	02
Sala de Atendimento Indiferenciado – Obs. Masc.	02	03	02
Sala de Pequeno Procedimento	01	01	00

HOSPITALAR			
Instalação	**Quantidade**	**Leitos**	
Sala de Cirurgia	02	00	
Sala de Parto Normal	01	00	
Sala de Recepção do RN pós parto	01	02	
Sala de Recuperação Pós Anestésica	01	02	
Unidade Berçário	01	04	
Sala de Inalação	01	00	

6. ESPECIALIDADES MÉDICAS

Especialidade	**Atendimento SUS**	
	Ambulatorial	**Hospitalar**
Ginecologia e Obstetrícia	SIM	SIM
Cirurgia Geral	SIM	SIM
Clínica Médica	SIM	SIM
Ortopedia	SIM	SIM
Pediatria	SIM	SIM
Anestesista	SIM	SIM

Scanned with CamScanner

7. SERVIÇOS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (NÃO MÉDICOS)

Serviço	Atendimento SUS	
	Ambulatorial	Hospitalar
Nutrição	SIM	SIM
Fisioterapia	SIM	SIM
Farmácia	SIM	SIM

8. SERVIÇOS CADASTRADOS

Serviço	Ambulatorial	Hospitalar
	SUS	SUS
Atenção à saúde da população indígena	SIM	SIM
Serviço de atenção ao parto e nascimento	SIM	SIM
Serviço de diagnóstico por imagem (Terceiro)	SIM	SIM
Serviço de diagnóstico por laboratório clínico (Terceiro)	SIM	SIM
Serviço de dispensação de órteses próteses e materiais especiais (Terceiro)	SIM	SIM
Serviço de endoscopia (Terceiro)	SIM	SIM
Serviço de hemoterapia assistencial (Terceiro)	SIM	SIM
Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	SIM	SIM
Serviço de cirurgia reparadora	SIM	SIM
Serviço de farmácia	SIM	SIM
Serviço de urgência e emergência	SIM	SIM

9. SERVIÇOS DE APOIO

Serviço	Característica
Central de esterilização de materiais	PROPRIO
Farmácia	PROPRIO
Nutrição	PROPRIO
Lavanderia	PROPRIO
S.a.m.e. (serviço de prontuário de paciente)	PROPRIO
Serviço de manutenção de equipamentos	TERCEIRIZADO

Scanned with CamScanner

10. EQUIPAMENTOS ESSENCIAIS

EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM					
Equipamento	**Existente**	**Em Uso**	**SUS**	**Próprio**	**Terceiro**
RAIO X ATÉ 100 MA	1	1	SIM		x
RAIO X MAIS DE 500MA	1	1	SIM		x
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM		x
MAMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	1	1	NAO		x
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA					
Equipamento	**Existente**	**Em Uso**	**SUS**	**Próprio**	**Terceiro**
GRUPO GERADOR	1	1	SIM	x	
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA					
Equipamento	**Existente**	**Em Uso**	**SUS**	**Próprio**	**Terceiro**
DESFIBRILADOR	5	5	SIM	x	
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	3	3	SIM	x	
INCUBADORA	2	2	SIM	x	
REANIMADOR PULMONAR/AMBU – ADULTO	26	26	SIM	x	
REANIMADOR PULMONAR/AMBU – PEDIÁTRICO	2	2	SIM	x	
REANIMADOR PULMONAR/AMBU – NEONATAL	4	4	SIM	x	
CARRINHO PARA ANESTESIA	6	5	SIM	x	
RESPIRADOR/VENTILADOR	14	11	SIM	x	
BOMBA DE INFUSÃO	25	25	SIM	x	
MONITOR DE ECG	2	2	SIM	x	
MONITOR DE PRESSÃO MULTIPARAMETROS	14	14	SIM	x	
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS					
Equipamento	**Existente**	**Em Uso**	**SUS**	**Próprio**	**Terceiro**
ELETROCARDIOGRAFO	2	1	SIM	x	
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS					
Equipamento	**Existente**	**Em Uso**	**SUS**	**Próprio**	**Terceiro**
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	1	1	SIM		x
OUTROS EQUIPAMENTOS					
Equipamento	**Existente**	**Em Uso**	**SUS**	**Próprio**	**Terceiro**
APARELHO DE VIDEO LAPAROSCOPIA	1	1	SIM	X	
APARELHO CARDIOTOCÓGRAFO	1	1	SIM	x	
APARELHO DE ULTRASSOM COM DOPPLER	1	1	SIM	x	

Scanned with CamScanner

11. CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES PACTUADAS

O Hospital disponibilizará todas as suas atividades, no que se refere a urgência e emergência, para a Rede de Serviços do SUS, quando solicitado pelo gestor e acordado entre as partes, sendo que as atividades pactuadas serão submetidas aos dispositivos de controle, avaliação e regulação.

Dentro da proposta organizacional da Saúde para o município, a instituição deve garantir o acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica estabelecida. As modificações na programação de que trata este Documento Descritivo, tanto para a inclusão quanto para a interrupção de ações e serviços pactuados, devem ser formalizadas através de Termo Aditivo ao Contrato firmado entre as partes.

O Hospital se compromete a prestar assistência humanizada, através do desenvolvimento de ações centradas nos usuários e seus familiares, buscando sempre a melhoria de seus serviços, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, expressas na Política Nacional de Humanização do SUS.

Em caso de interrupção de algum equipamento do parque tecnológico por falha técnica, será comunicado imediatamente a Secretaria da Saúde Municipal, sendo necessária manutenção do mesmo por parte do hospital. Considerando este evento, será reprogramado a meta do mês vigente para o mês subsequente se acaso houver necessidade.

O desenvolvimento das atividades pactuadas neste documento será avaliado pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

12. DAS CONDIÇÕES PARA O INTERNAMENTO DO USUÁRIO DO SUS

A internação do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS garante a prestação dos serviços, na forma seguinte:

a) Alojamento em enfermaria com sanitário e banheiro, proporcional ao número de leitos de cada unidade, sendo 01 (um) banheiro para cada 03 (três) leitos, e com iluminação e ventilação adequados ao bem-estar do paciente;

Scanned with CamScanner

b) Fornecimento de roupa hospitalar ao paciente em casos cirúrgicos e partos;

c) Serviços de enfermagem;

d) Alimentação, inclusive dietas prescritas;

e) Assistência permanente de médico-plantonista;

f) Medicamentos prescritos durante a internação (Conforme Manual de padronização de materiais e medicamentos da instituição);

g) Serviços complementares de diagnóstico e tratamento (serviço de imagem e laboratório que estiverem pactuados em contrato);

h) Serviços profissionais de médicos;

i) Utilização de sala de cirúrgica e do material e serviços do Centro Cirúrgico, definidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS;

j) Serviços gerais (higienização e limpeza), em todo o período da internação;

k) Permitir a presença, junto à parturiente de 1 (um) acompanhante (indicado por ela) durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005.

l) Permitir o alojamento conjunto, entre mãe e recém-nascido sadio após o nascimento, em tempo integral, até a alta, conforme Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016.

13. DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

O Hospital deverá estar organizado para atuar, com eficiência e eficácia, nas seguintes áreas:

a) Assistência à saúde;

b) Humanização do atendimento;

c) Gestão.

Scanned with CamScanner

14. ASSISTÊNCIA Á SAÚDE

A assistência à saúde a ser prestada pelo Hospital deverá se desenvolver de modo a garantir a realização de todos os procedimentos pactuados que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema, ou seja, garantir-lhes atendimento integral e conclusivo de acordo com a estrutura da instituição. Em casos de pacientes de alta complexidade será necessária a transferência para outros serviços para a conclusão do tratamento.

15. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A assistência ambulatorial se desenvolverá no Hospital a partir da disponibilização do paciente encaminhado para a cirurgia, com o pré-operatório já executado nas unidades básicas do município, com o encaminhamento da documentação cirúrgica, avaliação pré-anestésica e reserva de hemoderivados no banco de sangue se necessário.

Os pacientes que necessitem de continuidade de tratamento após alta, deverão ser referenciados para a rede SUS do município e/ou regulados para o Hospital quando da necessidade de internação.

16. ATENDIMENTO HOSPITALAR ELETIVO

Os atendimentos hospitalares de média complexidade, de natureza eletiva, serão disponibilizados aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais eletivos e encaminhados através da Central de Regulação Municipal, sendo apresentado o ofício com antecedência de 20 dias, com a programação dos procedimentos a serem agendados no mês subsequente.

A viabilização desses atendimentos se fará pelo próprio Hospital, em conformidade com sua disponibilidade de vagas e critérios técnicos de priorização.

Scanned with CamScanner

As internações eletivas somente deverão ser efetivadas pelo Hospital após a autorização da Central de Regulação Municipal através de ofício, e conferência da reserva sanguínea se houver necessidade. Ressaltamos que o hospital não poderá ter descontos financeiros, uma vez que o município não disponibilize a demanda para a realização dos procedimentos no mês vigente de acordo com o contrato.

17. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Toda a demanda de atendimentos de urgência e emergência será realizada pelo Hospital Santa Marcelina de Sapezal dentro da própria unidade, garantindo integralidade do atendimento, considerando sua capacidade instalada e gravidade de cada paciente. Em casos de pacientes de alta complexidade será necessária a transferência para outros serviços para a conclusão do tratamento.

18. METAS QUANTITATIVAS E VALORES CONTRATUAIS

18.1 PRONTO SOCORRO – URGENCIA /EMERGENCIA

O Hospital será referência para atendimento da demanda de urgência e emergência de demanda espontânea, tendo como parâmetro 1500 á 1810 atendimentos mensais e deverá manter os serviços 24h por dia. Ressaltamos que o hospital não poderá ter descontos financeiros, uma vez que a demanda é espontânea, tanto para consultas de pronto Socorro como para procedimentos cirúrgicos de urgência.

Scanned with CamScanner

ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		VALOR SIGTAP	QUANT / MÊS	VALOR TOTAL	COMPL. TABELA SMS	VALOR SMS (UNITÁRIO)	VALOR SMS	VALOR TOTAL
030106	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R$ 12,47	1810	R$ 43.621,00	4	96,40	R$ 174.484,00	**R$ 218.105,00**
	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R$ 11,00						
030110	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR (PACIENTE)	R$ 0,63						
	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	R$ -						
	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	R$ -						
	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	R$ -						
	Valor Total	R$ 24,10						

GRUPOS DE PROCEDIMENTOS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		VALOR SIGTAP	QUANT./ MÊS	VALOR TOTAL	COMPL. TABELA SMS	VALOR SMS (UNITÁRIO)	VALOR TOTAL SMS	VALOR TOTAL
030106	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	R$ 13,00	5	R$ 65,00	4	R$ 52,00	R$ 260,00	R$ 325,00
030309	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM MOBILIZAÇÃO	R$ 41,93	1	R$ 41,93		R$ 167,72	R$ 167,72	R$ 209,65
	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	R$ 41,63	1	R$ 41,63		R$ 166,52	R$ 166,52	R$ 208,15

Scanned with CamScanner

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		VALOR SIGTAP	QUANT./ MÊS	VALOR TOTAL	COMPL. TABELA SMS	VALOR SMS (UNITÁRIO)	VALOR TOTAL SMS	VALOR TOTAL
	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)	R$ 36,59	1	R$ 36,59		R$ 146,36	R$ 146,36	R$ 182,95
040101	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R$ 32,40	63	R$ 2.041,20		R$ 129,60	R$ 8.164,80	R$ 10.206,00
	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R$ 23,16	45	R$ 1.042,20		R$ 92,64	R$ 4.168,80	R$ 5.211,00
040101	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R$ 11,84	1	R$ 11,84		R$ 47,36	R$ 47,36	R$ 59,20
040401	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO FARINGE LARINGE	R$ 26,42	3	R$ 79,26		R$ 105,68	R$ 317,04	R$ 396,30
040401	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R$ 5,63	5	R$ 28,15		R$ 22,52	R$ 112,60	R$ 140,75
040505	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R$ 25,00	25	R$ 625,00		R$ 100,00	R$ 2.500,00	R$ 3.125,00
041701	ANESTESIA REGIONAL	R$ 22,27	50	R$ 1.113,50		R$ 89,08	R$ 4.454,00	R$ 5.567,50
			200	**R$ 5.126,30**			**R$ 20.505,20**	**R$ 25.631,50**

Scanned with CamScanner

EXAMES DE RADIOLOGIA

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt SMS	Vl Total
020401 - CABEÇA E PESCOÇO	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6,88	1	6,88		27,52	34,40
	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	8,38	2	16,76		67,04	83,80
	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	7,52	2	15,04		60,16	75,20
	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	7,20	1	7,20		28,80	36,00
	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32	1	7,32		29,28	36,60
20402 - COLUNA VERTEBRAL	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO)	8,19	1	8,19		32,76	40,95
	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	10,96	2	21,92		87,68	109,60
	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	9,16	1	9,16		36,64	45,80
	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO -COCCIGEA	7,80	1	7,80		31,20	39,00
20403 - TORAX	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	8,37	3	25,11		100,44	125,55
	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + PERFIL + OBLIQUA)	12,02	1	12,02		48,08	60,10
	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	9,50	20	190,00		760,00	95,00
	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	6,88	5	34,40		137,60	172,00
20404 - CINTURA ESCAPULAR E MEMB.SUP	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	6,42	15	96,30		385,20	481,50
	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	7,40	7	51,80		207,20	259,00
	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	7,77	2	15,54		62,16	**77,70**
	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	7,40	2	14,80	4	59,20	74,00
	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	5,90	4	23,60		94,40	118,00
	RADIOGRAFIA DE MAO	6,30	15	94,50		378,00	472,50
	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	6,91	5	34,55		138,20	172,75
20405 - ABDOMEM E PELVE	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	10,73	1	10,73		42,92	53,65
	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	15,30	2	30,60		122,40	153,00
	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	7,17	10	71,70		286,80	358,50
20406 - CINTURA PELVICA E MEMB.INF.	RADIOGRAFIA DE BACIA	7,77	5	38,85		155,40	194,25
	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	6,50	1	6,50		26,00	32,50
	RADIOGRAFIA DE COXA (FEMUR)	8,94	1	8,94		35,76	44,70
	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	6,78	10	67,80		271,20	339,00
	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	7,16	1	7,16		28,64	35,80
	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	9,29	1	9,29		37,16	46,45
	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	6,50	7	45,50		182,00	227,50
	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	6,78	15	101,70		406,80	508,50
	RADIOGRAFIA DE PERNA	8,94	5	44,70		178,80	223,50
	Total		**150**	**1.136,36**		**4.545,44**	**5.681,80**

Scanned with CamScanner

EXAMES DE TOMOGRAFIA

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
20601- CABEÇA /PESCOÇO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	86,76	2	173,52	4	694,08	867,60
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	101,10	1	101,10		404,40	505,50
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	86,76	1	86,76		347,04	433,80
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	86,75	1	86,75		347,00	433,75
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	86,75	1	86,75		347,00	433,75
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	97,44	1	97,44		389,76	487,10
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	97,44	15	1.461,60		5.846,40	7.308,00
20602- TÓRAX/MEMBROS SUP.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	86,75	1	86,75		347,00	433,75
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	86,75	1	86,75		347,00	433,75
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	136,41	5	682,05		2.728,20	3.410,25
	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	136,41	1	136,41		545,64	682,05
20603- ABDOMEN/PELVE/MEMBROS INF.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	138,63	7	970,41		3.881,64	4.852,05
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	86,75	1	86,75		347,00	433,75
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	138,63	7	970,41		3.881,64	4.852,05
	Total		**45**	**5.113,45**		**20.453,80**	**25.567,25**

EXAMES DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
211	Eletrocardiograma	R$ 5,15	30	R$ 154,50	4	618,00	772,50
	Tococardiografia	R$ 1,69	20	R$ 33,80		135,20	169,00
			50	**R$ 188,30**		**753,20**	**941,50**

Scanned with CamScanner

EXAMES DE ULTRASSOM

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VES´CULA, VIAS BILIARES)	24,20	1	24,20	4	96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	37,95	3	113,85		455,40	569,25
	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	24,20	2	48,40		193,60	242,00
	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	24,20	15	363,00		1.452,00	1.815,00
	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	24,20	9	217,80		871,20	1.089,00
	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	39,60	1	39,60		158,40	198,00
	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	39,60	1	39,60		158,40	198,00
	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDIACA)	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	24,20	1	24,20		96,80	121,00
	Total		**40**	**1.040,05**		**4.160,20**	**5.200,25**

LABORATÓRIO CLÍNICO

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
20201-Bioquimica	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$ 2,01	0	R$ 0,00	4	R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R$ 15,65	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 1,85	1	R$ 1,85		R$ 7,40	R$ 9,25
	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 2,25	2	R$ 4,50		R$ 18,00	R$ 22,50
	DOSAGEM DE AMONIA	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 2,01	1	R$ 2,01		R$ 8,04	R$ 10,05
	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1,85	1	R$ 1,85		R$ 7,40	R$ 9,25
	DOSAGEM DE CAROTENO	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE CLORETO	R$ 1,85	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 1,85	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$ 3,68	1	R$ 3,68		R$ 14,72	R$ 18,40
	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1,85	6	R$ 11,10		R$ 44,40	R$ 55,50
	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 3,68	1	R$ 3,68		R$ 14,72	R$ 18,40
	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$ 4,12	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA HIDROXIBUTIRICA	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,68	1	R$ 3,68		R$ 14,52	R$ 18,40
	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 15,59	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 15,65	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 2,01	1	R$ 2,01		R$ 8,04	R$ 10,05
	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1,85	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,51	1	R$ 3,51		R$ 14,04	R$ 17,55
	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1,85	2	R$ 3,70		R$ 14,80	R$ 18,50
	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 7,86	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 2,25	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PIRUVATO	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇAO MB (CKMB)	R$ 4,12	8	R$ 32,96		R$ 131,84	R$ 164,80
	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 1,85	8	R$ 14,80		R$ 59,20	R$ 74,00
	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$ 1,40	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 1,85	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE SODIO	R$ 1,85	4	R$ 7,40		R$ 29,60	R$ 37,00
	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 2,01	4	R$ 8,04		R$ 32,16	R$ 40,20
	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 2,01	4	R$ 8,04		R$ 32,16	R$ 40,20
	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,12	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE UREIA	R$ 1,85	6	R$ 11,10		R$ 44,40	R$ 55,50
	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 15,24	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 4,42	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R$ 15,65	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
020202-Hematologicos e Hemostasia	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R$ 6,48	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R$ 9,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R$ 5,79	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R$ 2,85	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$ 5,77	1	R$ 5,77		R$ 23,08	R$ 28,85
	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R$ 4,11	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R$ 6,48	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R$ 4,60	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$ 1,53	1	R$ 1,53		R$ 6,12	R$ 7,65
	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R$ 4,11	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 5,41	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	HEMATOCRITO	R$ 1,53	1	R$ 1,53		R$ 6,12	R$ 7,65
	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 4,11	60	R$ 246,60		R$ 986,40	R$ 1.233,00
	LEUCOGRAMA	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
	PESQUISA DE CELULAS LE	R$ 4,11	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE FILARIA	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE PLASMODIO	R$ 0,00	1	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R$ 4,11	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TIPAGEM SANGUINEA	R$ 1,37	1	R$ 1,37		R$ 5,48	R$ 6,85
	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$ 2,73	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PROVA DO LACO	R$ 2,73	1	R$ 2,73		R$ 10,92	R$ 13,65
020203- Exames Sorol. e Imun.	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R$ 65,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R$ 96,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$ 9,25	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R$ 9,25	30	R$ 277,50		R$ 1 110,00	R$ 1.387,50
	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R$ 15,06	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 16,42	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R$ 13,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C .	R$ 298,48	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$ 10,00	1	R$ 10,00		R$ 40,00	R$ 50,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R$ 4,10	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R$ 5,50	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R$ 10,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R$ 7,78	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R$ 9,71	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$ 18,55	3	R$ 55,65		R$ 222,60	R$ 287,25
	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 11,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R$ 9,25	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 16,97	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 9,25	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R$ 30,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 11,61	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R$ 10,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 9,25	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R$ 20,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,00	2	R$ 20,00		R$ 80,00	R$ 100,00
	PESQUISA DE ANTICROPOS IGM ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,00	2	R$ 20,00		R$ 80,00	R$ 100,00
	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$ 13,35	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$ 18,55	1	R$ 18,55		R$ 74,20	R$ 92,75
	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R$ 60,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R$ 4,10	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R$ 10,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO ESPECIFICA	R$ 9,25	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 10,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R$ 1,77	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R$ 1,77	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

24

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$ 4,10	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	REACAO DE MONTENEGRO ID	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 10,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 10,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R$ 1,77	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R$ 1,77	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R$ 2,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R$ 18,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R$ 17,16	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TROPONINA	R$ 9,00	8	R$ 72,00		R$ 288,00	R$ 360,00
	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R$ 13,35	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	GENOTIPAGEM DO HIV	R$ 0,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R$ 65,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R$ 85,00	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
20205- Exames de Uronalise	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R$ 3,70	50	R$ 185,00		R$ 740,00	R$ 925,00
	CLEARANCE DE CREATININA	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CLEARANCE DE FOSFATO	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CLEARANCE DE UREIA	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CONTAGEM DE ADDIS	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE CITRATO	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$ 8,12	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE OXALATO	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R$ 3,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R$ 3,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R$ 4,44	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
20206- Exames Hormonais	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R$ 12,54	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$ 10,20	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R$ 6,72	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R$ 6,72	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R$ 6,72	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE CORTISOL	R$ 9,86	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 10,15	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$ 11,55	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ESTRONA	R$ 11,12	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE GASTRINA	R$ 14,15	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R$ 15,35	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 7,85	2	R$ 15,70		R$ 62,80	R$ 78,50
	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 8,97	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 8,96	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE INSULINA	R$ 10,17	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$ 15,35	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 10,22	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 10,15	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$ 13,11	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$ 15,35	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 8,76	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 11,60	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$ 8,71	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
020207- Exames Toxicológicos	DOSAGEM DE CHUMBO	R$ 8,83	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE COBRE	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R$ 8,97	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R$ 15,65	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE MERCURIO	R$ 2,04	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00

Scanned with CamScanner

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	VI Unt.SMS	VI Total
	DOSAGEM DE SALICILATOS	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R$ 2,01	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE SULFATOS	R$ 3,51	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TEOFILINA	R$ 15,65	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R$ 3,68	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 15,65	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
20208- Exames Microbiologicos	ANTIBIOGRAMA	R$ 4,98	3	R$ 14,94		R$ 59,76	R$ 74,70
	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$ 13,33	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R$ 13,33	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R$ 2,80	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 5,62	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CULTURA PARA BAAR	R$ 5,63	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R$ 4,33	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	HEMOCULTURA	R$ 11,49	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R$ 5,63	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
20209- Exames Imuno	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R$ 4,33	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 6,56	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R$ 5,23	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R$ 9,70	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TESTE DE CLEMENTS	R$ 1,89	0	R$ 0,00		R$ 0,00	R$ 0,00
	TOTAL		**174**	**R$ 1.089,16**		**R$ 4.356,44**	**R$ 5.454,80**

18.2 SOBREAVISO ESPECIALIDADES

SOBREAVISO ESPECIALIDADES MÉDICAS	R$ 75.000,00

Scanned with CamScanner

Todos atendimentos serão tratados dentro dos padrões de qualidade e segurança assistencial. Os atendimentos serão classificados por criticidade, considerando os protocolos clínicos, de acordo com a patologia.

18.3 HOSPITALAR

Será disponibilizada mensalmente a quantidade de 108 AIH's, para que haja efetivação da produção de atendimentos hospitalares (faturamento), onde a Instituição deverá apresentar todas as informações ao sistema DATASUS, através do SISAIH01.

Para fins de avaliação do atingimento de metas de quantitativo de internação hospitalar, até que o município disponha de numeração de AIH's excedentes para disponibilizar ao hospital para faturamento e envio ao banco de dados do DATASUS, a Comissão de Acompanhamento da Contratualização deverá usar como instrumento de avaliação desse indicador o relatório mensal de internações realizadas disponibilizado pela instituição, com os dados necessários para a avaliação das informações.

LEITO DE ESTABILIZAÇÃO

Será disponibilizado o serviço de leito de estabilização, num total de 02 leitos, ao custo de R$ 500,00 (quinhentos reais) por diária de leito/ ocupação individual.

O pagamento pelo fornecimento de referido leitos será feito mediante a prestação mensal de contas e será remunerado de acordo com a ocupação demonstrada no mês atinente às contas em análise.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
30106	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	R$ 44,22	2	R$ 88,44	4	R$ 353,76	R$ 442,20

Scanned with CamScanner

	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA PEDIATRICA	R$ 47,27	3	R$ 141,81	R$ 567,24	R$ 709,05
30301	TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA	R$ 287,76	2	R$ 575,52	R$ 2.302,08	R$ 2.877,60
	TRATAMENTO DE DENGUE HEMORRÁGICA	R$ 298,17	1	R$ 298,17	R$ 1.192,68	R$ 1.490,85
	TRATAMENTO DE OUTRAS BACTERIANAS	R$ 865,91	2	R$ 1.731,82	R$ 6.927,28	R$ 8.659,10
	TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS	R$ 324,90	5	R$ 1.624,50	R$ 6.498,00	R$ 8.122,50
30303	TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS	R$ 360,80	2	R$ 721,60	R$ 2.886,40	R$ 3.608,00
30304	TRATAMENTO DE CRISES EPILÉTICAS NÃO CONTROLADAS	R$ 112,83	2	R$ 225,66	R$ 902,64	R$ 1.128,30
	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO)	R$ 463,21	2	R$ 926,42	R$ 3.705,68	R$ 4.632,10
30306	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA	R$ 699,46	1	R$ 699,46	R$ 2.797,84	R$ 3.497,30
	TRATAMENTO DE CHOQUE ANAFILATICO	R$ 88,70	1	R$ 88,70	R$ 354,80	R$ 443,50
	TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	R$ 588,12	1	R$ 588,12	R$ 2.352,48	R$ 2.940,60
	TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA	R$ 325,08	1	R$ 325,08	R$ 1.300,32	R$ 1.625,40
30307	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	R$ 347,15	1	R$ 347,15	R$ 1.388,60	R$ 1.735,75
	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO INTESTINO	R$ 193,66	1	R$ 193,66	R$ 774,64	R$ 968,30
	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCREAS	R$ 270,38	2	R$ 540,76	R$ 2.163,04	R$ 2.703,80
30308	TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCICAS	R$ 292,62	6	R$ 1.755,72	R$ 7.022,88	R$ 8.778,60
	TRATAMENTO DE DERMATITES E ECZEMAS	R$ 224,91	1	R$ 224,91	R$ 899,64	R$ 1.124,55
30310	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	R$ 154,30	1	R$ 154,30	R$ 617,20	R$ 771,50
30314	TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	R$ 187,13	1	R$ 187,13	R$ 748,52	R$ 935,65
	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	R$ 480,87	1	R$ 480,87	R$ 1.923,48	R$ 2.404,35
	TRATAMENTO DE PNEUMONIA OU INFLUENZA (GRIPE)	R$ 582,42	10	R$ 5.824,20	R$ 23.296,80	R$ 29.121,00
	TRATAMENTO DE INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS SUPERIORES	R$ 177,07	1	R$ 177,07	R$ 708,28	R$ 885,35
30315	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO	R$ 218,68	5	R$ 1.093,40	R$ 4.373,60	R$ 5.567,00
	TRATAMENTO DE DOENCAS INFLAMATORIAS DOS ORGAOS PELVICOS FEMININOS	R$ 198,81	1	R$ 198,81	R$ 795,24	R$ 994,05
30316	TRATAMENTO DE INFECCOES ESPECIFICAS DO PERIODO PERINATAL	R$ 224,97	1	R$ 224,97	R$ 899,88	R$ 1.124,85
	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERIODO PERINATAL	R$ 262,54	2	R$ 525,08	R$ 2.100,32	R$ 2.625,40
30410	TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO	R$ 367,44	1	R$ 367,44	R$ 1.469,76	R$ 1.837,20
30502	TRATAMENTO DE PIELONEFRITE	R$ 204,50	2	R$ 409,00	R$ 1.636,00	R$2.045,00
30801	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIF/NÃO ESPECIF	R$ 199,33	15	R$ 2.989,95	R$ 11.959,80	R$ 14.949,75

Scanned with CamScanner

30804	TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	R$ 199,33	1	R$ 199,33		R$ 797,32	R$ 996,65
30310	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA NA GRAVIDEZ	R$ 109,24	20	R$ 2.184,80		R$ 8.739,20	R$10.924,00
	Total		**98**	**R$26.113,85**		**R$104.455,40**	**R$ 130.569,25**

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
40802	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	R$ 192,60	1	R$ 192,60		R$ 770,40	R$ 963,00
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	R$ 258,26	1	R$ 258,26		R$ 1.033,04	R$ 1.291,30
	TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	R$ 364,95	1	R$ 364,95		R$ 1.459,80	R$ 1.824,75
40702	APENDICECTOMIA	R$ 414,62	1	R$ 414,62		R$ 1.658,48	R$ 2.073,10
40704	LAPOROTOMIA EXPLORADORA	R$ 637,19	1	R$ 637,19		R$ 2.548,76	R$ 3.185,95
40802	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R$ 253,80	1	R$ 253,80		R$ 1.015,20	R$ 1.269,00
	REVISÃO CIRÚGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	R$ 171,94	1	R$ 171,94		R$ 687,76	R$ 859,70
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	R$ 377,31	1	R$ 377,31		R$ 1.509,24	R$ 1.886,55
40805	TRAT.CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	R$ 503,67	1	R$ 503,67	4	R$ 2.014,68	R$ 2.518,35
	TRAT.CIRURGICO DE LUXAÇÃO /FRATURA LUXAÇÃO AO NIVEL DO JOELHO	R$ 397,15	1	R$ 397,15		R$ 1.588,60	R$ 1.985,75
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	R$ 846,36	1	R$ 846,36		R$ 3.385,44	R$ 4.231,80
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA RADIO/ ULNA	R$ 265,29	1	R$ 265,29		R$ 1.061,16	R$ 1.326,45
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	R$ 311,42	1	R$ 311,42		R$ 1.245,68	R$ 1.557,10
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R$ 481,49	1	R$ 481,49		R$ 1.925,96	R$ 2.407,45
40802	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	R$ 499,74	1	R$ 499,74		R$ 1.998,96	R$ 2.498,70
	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	R$ 269,80	1	R$ 269,80		R$ 1.079,20	R$ 1.349,00
	REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	R$ 165,99	1	R$ 165,99		R$ 663,96	R$ 829,95
40801	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	R$ 378,70	1	R$ 378,70		R$ 1.514,80	R$ 1.893,50

Scanned with CamScanner

40806	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R$ 207,02	1	R$ 207,02		R$ 828,08	R$ 1.035,10
40906	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R$ 178,01	1	R$ 178,01		R$ 712,04	R$ 890,05
	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/ PUERPERAL	R$ 179,62	1	R$ 179,62		R$ 718,48	R$ 898,10
41504							
	DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R$ 543,08	1	R$ 543,08		R$ 2.172,32	R$ 2.715,40
	Total		**22**	**R$ 7.898,01**		**R$ 31.592,04**	**R$ 39.490,05**

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
40703	COLECISTECTOMIA	R$ 695,77	5	R$ 3478,85		R$ 13.915,40	R$ 17.394,25
40704	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 434,99	2	R$ 869,98		R$ 3.479,92	R$ 4.349,90
	HERNIOPLASTIA INGUINAL /CRURAL (UNILATERAL)	R$ 445,51	2	R$ 891,02		R$ 3.564,08	R$ 4.455,10
40806	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R$ 91,49	2	R$ 91,49		R$ 365,96	R$ 457,45
	RETIRADA DE PLACA E PARAFUSO	R$ 225,16	2	R$ 450,32		R$ 1.801,28	R$ 2.251,60
	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	R$ 151,66	2	R$ 151,66	4	R$ 606,64	R$ 758,30
	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R$ 151,67	2	R$ 151,67		R$ 606,68	R$ 758,35
40906	LAQUEADURA TUBARIA	R$ 339,02	4	R$ 1.017,06		R$ 4.068,24	R$ 5.085,30
	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 546,04	1	R$ 546,06		R$ 2.184,16	R$ 2.730,20
	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 634,03	1	R$ 634,03		R$ 2.536,12	R$ 3.170,15
	OOFORECTOMIA OU OOFOROPLASTIA	R$ 509,86	1	R$ 509,86		R$ 2.049,44	R$ 2.549,30
40906	EXCISAO TIPO 3 COLO UTERINO	R$ 443,66	1	R$ 443,66		R$ 1.774,64	R$ 2.218,30
	Total		**25**	**R$ 9.969,48**		**R$ 39.877,92**	**R$ 49.847,40**

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

Grupo	Descrição do Procedimento	Valor Sigtap	QT	Valor Total	Mult. Tabela	Vl Unt.SMS	Vl Total
31001	Parto Normal	R$ 443,40	10	R$ 4.434,00	4	R$ 17.736,00	R$ 22.170,00
41101	Parto Cesária	R$ 545,73	15	R$ 8.185,95		R$ 32.743,80	R$ 40.929,75
	Total		**25**	**R$ 12.619,95**		**R$ 50.479,80**	**R$ 63.099,75**

Scanned with CamScanner

18.4 VALORES

18.4.1 AMBULATORIAL

Grupos de Procedimentos	Qt/mês	VALOR DATASUS (MÊS)	VALOR SMS (MÊS)	VALOR TOTAL (MÊS)	VALOR ANUAL
Laboratório Clínico	174	R$ 1.089,16	R$ 4.356,64	R$ 5.445,80	R$ 65.457,60
Exames De Ultrassom	40	R$ 1.040,05	R$ 4.160,20	R$ 5.200,25	R$ 62.403,00
Exames De Tomografia	45	R$ 5.113,45	R$ 20.453,80	R$ 25.567,25	R$ 306.807,00
Exames De Métodos Diagnósticos	50	R$ 188,30	R$ 753,20	R$ 941,50	R$ 11.298,00
Exames De Radiologia	150	R$ 1.136,36	R$ 4.545,44	R$ 5.681,80	R$ 68.181,60
Grupos De Procedimentos Urgência E Emergência	200	R$ 5.126,30	R$ 20.505,20	R$ 25.631,50	R$ 307.578,00
Atendimento Médico De Urgência E Emergência	1810	R$ 43.621,00	R$ 174,484,00	R$ 218.402,00	R$ 2.620.824,00
Total	**2469**	**R$ 57.314,62**	**R$ 229.288,48**	**R$ 286.879,10**	**R$ 3.442.549,20**

18.4.2 HOSPITALAR

Especialidade do Leito	Qt/mês	VALOR DATASUS (MÊS)	VALOR SMS (MÊS)	VALOR TOTAL (MÊS)	VALOR ANUAL
Clínica Médica/ Pediátrica	98	R$ 26.113,85	R$ 104.455,40	R$ 130.569,25	R$ 1.566.831,00
Clínica Cirúrgica de Emergência	22	R$ 7.898,01	R$ 31.592,04	R$ 39.490,05	R$ 473.880,60
Clínica Cirúrgica Eletiva	25	R$ 9.969,48	R$ 39.877,92	R$ 49.847,40	R$ 598.168,80
Obstetrícia	25	R$ 12.619,95	R$ 50.479,80	R$ 63.099,75	R$ 757.197,00
Total	**170**	**R$ 56.601,29**	**R$ 226.405,16**	**R$ 283.006,45**	**R$ 3.396.077,40**

18.4.3 PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA TOTAL

PROGRAMAÇÃO	FONTE	MENSAL	ANUAL
Orçamento por Produção – Recursos Federal			
• *SIH/SUS (Média Complexidade)*	FEDERAL 146	R$ 32.908,51	R$ 394.902,12
• *SIA/SUS (Média Complexidade)*	FEDERAL 146	R$ 20.000,00	R$ 240.000,00
Orçamento – Recursos Próprios			
• *SIH/SUS (Média Complexidade)*	MUNICIPAL 102	R$ 283.006,45	R$ 3.396.077,40
• *SIA/SUS (Média Complexidade)*	MUNICIPAL 102	R$ 286.879,10	R$ 3.442.549,20
Sobreaviso Médico			
• *Médicos Especialistas*		R$ 75.000,00	R$ 900.000,00
	TOTAL	**R$ 697.794,06**	**R$ 8.373.528,72**

Scanned with CamScanner

19. MODO DE ENTREGA E VALIDAÇÃO DOS DADOS

A instituição deverá mensalmente realizar o envio das informações oriundas dos atendimentos ao sistema do DATASUS, por meio do Sistema BPA e SISAIH e quanto a produção remanescente as mesmas deverão ser enviadas através de relatórios/tabelas descritivos e quantitativos.

Para fins de comprovação os relatórios da produção mensal acima referido, deverão ser encaminhados mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde impreterivelmente até o dia 15 de cada mês. Abaixo segue a relação dos documentos:

- Relatório mensal com os dados dos pacientes, atendimentos e o histórico de procedimentos dos mesmos;
- O recibo protocolado da entrega do BPA e do SISAIH01;
- Relatório quantitativo com as metas e suas porcentagens.

O repasse financeiro será realizado todo o dia 5 do mês subsequente, após a avaliação da produção, realizado pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização, tendo como teto financeiro a tabela 18.4.3 (Programação Orçamentaria Total).

As metas serão avaliadas com base no quantitativo dos relatórios conforme produção realizada e seus respectivos valores, pois, como se trata de um diagnóstico com demanda espontânea, assim que forem surgindo os códigos de procedimentos que não estiverem descritos na tabela, terão como base de pagamento o mesmo padrão já informado nos incisos anteriores.

20. ACOMPANHAMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

Será realizado o monitoramento mensal das metas pactuadas pela Instituição através de relatório sistematizado.

Scanned with CamScanner

Todas as metas e indicadores de desempenho acordado no presente documento descritivo serão avaliados mensalmente pela CAC (Comissão de Acompanhamento da Contratualização), que deverá ser instituída por meio de publicação oficial e deverá ser composta por representantes da Gestão municipal, do Conselho Municipal de Saúde e Hospital.

Considerando a Portaria Nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013 em seu Art. 29, caso o hospital não atinja pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas e quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados e/ou ultrapassar a realização dos procedimentos, terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.

Será realizado trimestralmente avaliação presencial referente as metas contratuais, com a Secretaria Municipal da Saúde e todos os grupos pactuados, com objetivo de ajustarmos as metas e outras necessidades que surgirem.

Caso ocorra aumento ou diminuição de demanda, deverá esta situação ser tratada nas avaliações trimestrais, podendo de comum acordo a realização e adequação das metas contratualizadas.

Para efeito dos valores quantitativos, ficará estabelecido que toda produção deverá ficar entre 90% e 100% do volume contratualizado, onde dentro deste limite não haverá acréscimo ou desconto.

Considerando a Portaria Nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013 em seu Art. 28 parágrafo 1º, o repasse dos recursos que trata este documento descritivo será de 40% condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e 60% condicionado ao cumprimento das metas quantitativas.

Scanned with CamScanner

20.1 METAS QUALITATIVAS

1) Implementação da Política de Humanização:

- Implementar gestão descentralizada, colegiada e com controle social;
- Adequar área física para conforto de usuários, familiares e trabalhadores priorizando áreas com maior desconforto e espera dos pacientes;
- Implementar visita aberta no mínimo de 1h/dia, considerando horários especiais para acompanhantes contemplados em legislação específica; e
- Acompanhar avaliação do grau de satisfação do usuário.

2) Política Nacional de Medicamentos:

- Elaborar protocolos de padronização e implementação de políticas para promoção do uso racional de medicamentos destacando a adoção de medicamentos genéricos;
- Desenvolver o processo educativo dos consumidores de medicamentos;
- Garantir a 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;
- Desenvolver atividades para promover a atualização dos profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco de automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica.

3) Saúde do Trabalhador:

- Apresentar levantamento trimestral de absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do Serviço; e
- Notificar as doenças relacionadas à Saúde do Trabalhador.

4) Alimentação e Nutrição:

- Elaborar e atualizar protocolos clínico-nutricionais e cardápios para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital;
- Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;

Scanned with CamScanner

- Capacitar os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição e promover rotinas de apresentação de discussões sobre o tema e estudos de caso com equipes multidisciplinares; e
- Estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

5) HIV/DST/AIDS:

- Realização de teste rápido para HIV em 100% de parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal;
- Realização de VDRL e TPHA confirmatório (reagentes para VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto, nos termos da Portaria 2.104/GM, de 19/11/2002 inclusive nos casos de aborto; e
- Disponibilizar administração do 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.

6) Comissões Atuantes Obrigatoriamente

a) Comissão de Prontuários Médicos: Apresentar trimestralmente relatório contendo itens relacionados à organização dos prontuários, qualidade dos registros e medidas adotadas quando necessário.

b) Comissão de Infecção Hospitalar: Envio de relatório mensal produzido pela CCIH ao gestor local.

20.1.1 PARÂMETRO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO QUALITATIVO

Descrição do indicador	Metas	Peso em %
01. Envio da via das Declaração de Nascidos Vivos e Declarações de Óbitos.	100% das vias das DN e DO.	15%
02. Manter as Comissões instituídas no Hospital e em funcionamento.	Apresentar trimestralmente os relatórios das atividades desenvolvidas ou atas das reuniões.	15%
03. Implantar e manter grupo de treinamento em humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS	Apresentar relatórios trimestrais das atividades realizadas.	15%

Scanned with CamScanner

Descrição do indicador	Metas	Peso em %
04. Pesquisa de Satisfação do Usuário de acordo com os diferentes serviços prestados.	Alcançar a meta de 70% de resolutividade. (Queixas recebidas / queixas respondidas) *100	15%
05. Cumprimento da entrega dos serviços do sistema do DATASUS.	Manter envio atualizado do: CNES; SIA; CIHA; e SIHD.	15%
06. Atendimento da demanda de urgência e emergência encaminhada pela Estratégia de Saúde da Familia e/ou outras unidades próprias do Município.	Meta de 100% (de acordo com protocolo de classificação de risco institucional).	15%
07. Manter Protocolos clínicos atualizados e disponíveis para a equipe.	Meta de 100% dos protocolos dentro da validade e acessível para a equipe.	10%
TOTAL		**100%**

20.1.2 TABELA DE VALORIZAÇÃO DE DESEMPENHO QUALITATIVO (40%)

Faixas de pontuação	*Percentual do Valor Fixo*
90% - 100%	*100%*
80% - 89%	*90%*
70% - 79%	*80%*
60% - 69%	*70%*
50% - 59%	*60%*

20.2 METAS QUANTITATIVAS

20.2.1 METAS PARA OS INDICADORES DE DESEMPENHO

PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Clínica	Média de Permanência
Obstétrica	03
Médica	04
Cirúrgica	03
Pediátrica	04

Scanned with CamScanner

20.2.2 PARÂMETRO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO QUANTITATIVO

Descrição do Indicador	Metas	Peso em %
01. Média de permanência por especialidades e procedimentos, de acordo com a Tabela Unificada SUS	Manter no mínimo 90% a permanência estabelecida na tabela de metas para indicadores de desempenho estabelecidos acima.	10%
02. Ocupação dos leitos	Mínimo de 75%. (Quant. Leitos ocupados / Quant. Leitos disponíveis) *100	10%
03. Internações realizadas	Mínimo de 90%. (Quant. Internações realizadas / Quant. Internações pactuadas) *100	15%

Descrição do Indicador	Metas	Peso em %
04. Realizar exame de VDRL em gestantes. (Parto)	Meta de 100% (Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes) *100	7%
05. Realizar exame de TPHA em gestantes. (Parto)	Meta de 100% (Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes) *100	6%
06. Administração AZT Xarope para RN filhos de mães soropositivas para HIV	Meta de 100% (Quant. Administração realizadas / Quant. Total gestantes soropositivas HIV) *100	6%
07. Atendimento da demanda de exames laboratoriais necessários nas internações e demandados pela Urgência e Emergência	Meta de 100%. (Quant. de Exames realizados / Quant. Exames solicitados) *100	6%
08. Realização de Teste Rápido de HIV em todas as gestantes em trabalho de parto internadas.	Meta de 100%. (Quant. Testes realizados / Total de partos realizados) * 100 –	6%
09. Taxa de Cesárea	Reduzir gradativamente o indicador com variação mínima mensal de 1% até atingir o máximo de 30%	6%
10. Taxa de Infecção Hospitalar	Manter o indicador em até 2%.	6%
11. Taxa de Mortalidade Institucional	Manter o indicador menor ou igual a 4%.	6%
12. Investigação Hospitalar de Óbito Infantil.	Meta de investigação e notificação de 100% dos óbitos infantis.	6%

Scanned with CamScanner

13. Atendimento Ambulatorial por grupo de procedimentos.	Mínimo de 80% por grupo. (Quant. procedimentos realizados / Quant. procedimentos pactuadas) *100 1 – Total de 8 grupos: 10% 2 – De 7 a 6 grupos: 8% 3 – De 5 a 4 grupos: 6% 4 – Abaixo de 4 grupos: 0%	10%
TOTAL		**100%**

* De acordo com Portaria GM/MS Nº 1.631/2015 a Taxa de Ocupação deverá ser de no mínimo 75 a 85%.

20.2.3 DO SOBREAVISO DE ESPECIALIDADE MÉDICA

Ajustam os contratantes que na ausência do especialista médico das áreas de: a) Ortopedia; b) anestesiologia; c) cirurgia geral; d) pediatria; e) ginecologia e obstetrícia, deverão ser descontados dos valores repassados a título de sobreaviso de especialidade médica, a cada plantão de 24 (vinte e quatro) horas, a importância de R$ 500,00 (quinhentos reais), por cada especialidade médica ausente.

A demonstração da presença/ ausência de profissional médico especialista será feita mediante a apresentação da escala médica do sobreaviso de especialidade, para efeitos de apuração do valor a ser repassado.

20.2.4 TABELA DE VALORIZAÇÃO DE DESEMPENHO QUANTITATIVO (60%)

Faixas de pontuação	*Percentual do Valor Fixo*
90% - 100%	*100%*
80% - 89%	*90%*
70% - 79%	*80%*
60% - 69%	*70%*
50% - 59%	*60%*

Scanned with CamScanner

Prefeitura Municipal de Sapezal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

Os Repasses dos recursos financeiros mensais, que trata este Documento Descritivo, estarão condicionados a apresentação do relatório de monitoramento e avaliação de metas, emitidos e validados pela CAC - Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

SAPEZAL – MT, 01 de agosto de 2020.

Ir. Rosane Ghedin
RG: 19.838.222-4
CPF: 128.400.028-17
Diretora Presidente

Prefeito Municipal de Sapezal

Hospital Santa Marcelina de Sapezal

Secretário Municipal de Saúde de Sapezal
Ralph Neves Lima
Secretário de Saúde
Portaria 820/2019

Testemunhas:

1. Ana Paula Fernanda de Souza
Diretora Administrativa
CPF: 289.202.[illegible]-01
RG: 33.622.727-9

2. Keller S. Ribeiro

Scanned with CamScanner