



**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA  
ESTADO DE SÃO PAULO**

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA

RUA SÃO SALVADOR, 70 – telef: 3172 3086

Email: [igarapava.saude@gmail.com](mailto:igarapava.saude@gmail.com)

Igarapava, 14 de abril de 2023

Ofício n. 242/2023 - SMS

Senhor Presidente:

Pelo presente, tendo em vista a Lei 8666 de 21 de junho de 1993, Art 116 § 2, no qual existe a necessidade de dar ciência a esta Casa de Leis sobre a celebração de convênios, informamos que foi assinado o 4º Termo Aditivo ao Convenio 08.2020 – SMS, firmado entre a Prefeitura Municipal de Igarapava e a Santa Casa de Igarapava para a prestação de serviços médicos/hospitalares para tratamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas da rede de cuidados em saúde mental implantados na Santa Casa de Misericórdia de Igarapava para internações na Ala de Saúde Mental, contemplada com 10 (dez) leitos regionais limitados ao valor total do convênio estipulado no Plano de trabalho 05/2023, com vigência de 02/04/2023 a 31/05/2023.

Segue anexa cópia do Convênio e Plano de Trabalho.

Sem mais para o momento.

Aproveito a oportunidade para reiterar votos de elevada estima e consideração.

  
**Luiz Carlos Vergara Pereira**  
Diretor  
Departamento Municipal de Saúde

**Ilmo Sr.**  
**Frederick Requi de Mendonça**  
**Presidente**  
**Câmara de Vereadores de Igarapava**  
**Igarapava-SP**



## 4º TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO Nº 08/2020 - SMS

**4º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO 08.2020 – SMS  
- ESTABELECIDO PELA LEI MUNICIPAL 911/2020,  
PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PELA SANTA  
CASA DE MISERICÓRDIA PARA  
DISPONIBILIZAÇÃO DE LEITOS DE  
RETARGUARDA PARA INTERNAÇÃO EM SAÚDE  
MENTAL AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS),  
NOS TERMOS DA LEI 8080/90 E OUTRAS  
DISPOSIÇÕES.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE IGARAPAVA**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Dr. Gabriel Vilela, nº 413, na cidade de Igarapava/SP, inscrito no CNPJ sob n. 45.324.290/0001-67, neste ato legalmente representada pelo Prefeito Municipal Exmo. **José Ricardo Rodrigues Mattar**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 23.646.285 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o n.º 162.070.128-60, residente e domiciliado nesta Cidade e Comarca de Igarapava, Estado de São Paulo, através do **DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA**, representada por seu titular, Gestor Municipal do SUS, nos Termos da Lei 8080/90, Diretoria Municipal de Saúde, pelo diretor **LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA**, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG n. 10.378.851-4 – CPF: 038.109.908-33, residente na Rua Capitão Anselmo de Barcelos, 576-Vila Gomes, na cidade de Igarapava-SP, doravante denominado simplesmente **CONVENENTE** e de outro lado **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IGARAPAVA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob nº 49.376.858/0001-44, registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 30.418, declarada como entidade de Utilidade Pública Federal mediante o Decreto 86.431 de 02/10/1981, e também, reconhecida como entidade de Utilidade Pública Estadual pelas vias do processo 6.848 de 19/07/62 e também, declarada de Utilidade Pública Municipal 7.360 de 26/08/60, detentora do



Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social CEBAS, conforme regramentos próprios, com sede à Rua Coronel Francisco Martins, n. 769, por sua representante legal e interventor **MARCELO ORMENEZE**, brasileiro, contador, casado, portadora do RG 23.981.936-6 - SSP-SP e do CPF: 138.756.698-94 doravante denominada simplesmente **CONVENIADA**, considerando o integral teor do que consta no Processo Administrativo nº 006.2020, **RESOLVEM** celebrar o presente **ADITIVO DE TERMO DE CONVÊNIO**, com fundamento na Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nºs 8.080/1990 regulamentada pelo decreto 7508/2011 e Lei 8142/1990, a Lei Federal nº 8.666/1993 e alterações posteriores, Lei Municipal nº 821 de 27 de novembro de 2018, Decretos Municipais nº 2.157 de 23/07/2019, 2.206 de 16/01/2020, , 2.289 de 14/07/2020 , 2.376 de 11/01/2021, Decreto Municipal 2.464 de 07/07/2021, Decreto Municipal 2.537 de 06/01/2022 , Decreto Municipal 2.613 de 05/07/2022, Decreto Municipal 2687 de 20/12/2022 e demais disposições legais aplicáveis referentes ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde.

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1. O objeto deste termo aditivo é a prorrogação da vigência do Convênio 08.2020 – SMS que tem por objeto a prestação de serviços médicos/hospitalares para tratamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas da rede de cuidados em saúde mental implantados na Santa Casa de Misericórdia de Igarapava para internações na Ala de Saúde Mental, contemplada com 10 (dez) leitos regionais limitados ao valor total do convênio estipulado no Plano de trabalho 05/2023.



## **CLÁUSULA SEGUNDA: DOS VALORES E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

2.1 Para execução deste termo de aditivo de convênio serão destinados recursos financeiros, no montante global de **R\$ 112.202,20** (cento e doze mil, duzentos e dois reais e vinte centavos) onerando a seguinte classificação orçamentária:

**Valor global estimado em R\$ 112.202,20**

02 Executivo

02 04 Departamento de Saúde

02 04 01 Fundo Municipal de Saúde

10 Saúde

10 301 Atenção Básica

10 301.0150 Ações Médicas Básicas (UBS)

10. 301.0150.2119.0000 Manutenção do Centro de Atenção Psicossocial

3.3.50.43.00 SUBVENÇÕES SOCIAIS

FR 0.05.13 301.035 CAPS-CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Ficha 179**

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA**

3.1 O prazo de vigência do presente Termo Aditivo de Convênio será de 12 (doze) meses, compreendido no período de **02 de abril de 2023 a 31 de maio de 2023**.

## **CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO E DA INALTERABILIDADE**

3.1 - Permanecem reiteradas, ratificadas e em plena vigência todas demais cláusulas do Termo de Convênio original celebrado entre os convenientes;



# Prefeitura Municipal de Igarapava

Página 4 de 4

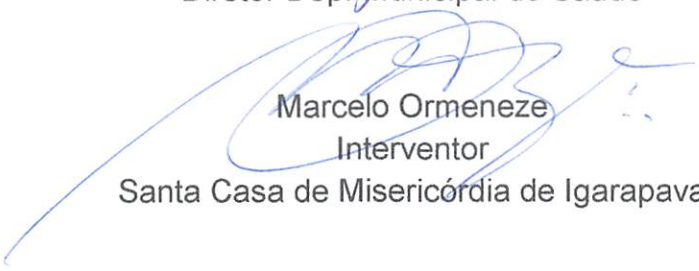
E assim, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente termo aditivo de convênio assinado, em 02 (duas) vias, pelos representantes da CONVENIENTE e da CONVENIADA e Testemunhas, para publicação e execução.

Igarapava, 02 de abril de 2023



Jose Ricardo Rodrigues Mattar  
Prefeito Municipal

Luiz Carlos Vergara Pereira  
Diretor Dep. Municipal de Saúde



Marcelo Ormeneze  
Interventor  
Santa Casa de Misericórdia de Igarapava

TESTEMUNHAS:

1. Nome: Athayde RG nº 23.940.883-4

2. Nome: João RG nº 22.108.527-0

**PLANO TRABALHO 05/2023- LEITOS DE RETAGUARDA EM SAÚDE MENTAL**

**ADITAMENTO DO CONVÊNIO 08/2020**

PACTUADO ENTRE O HOSPITAL SANTA CASA DE IGARAPAVA E  
O DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA – SÃO PAULO

**INTRODUÇÃO:**

O presente plano de trabalho elaborado pela Santa Casa de Misericórdia de Igarapava, tem por objetivo, no âmbito do modelo assistencial estabelecido para o SUS, a prestação de serviços médicos hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e definir as metas quantitativas e qualitativas a serem monitoradas para o acompanhamento e a avaliação da efetividade o convênio entre as partes, e consequentemente aprimoramento da Gestão Hospitalar.

**1 Dados Cadastrais**

|                                                                                         |           |            |                     |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|---------------------|---------------------|
| <b>Nome da Entidade</b>                                                                 |           |            |                     | <b>CNPJ</b>         |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IGARAPAVA                                    |           |            |                     | 49.376.858.0001.44  |
| <b>Endereço</b>                                                                         |           |            |                     | <b>Bairro</b>       |
| Rua Coronel Francisco Martins 769                                                       |           |            |                     | Centro              |
| <b>Cidade</b>                                                                           | <b>UF</b> | <b>CEP</b> | <b>DDD/Telefone</b> | <b>Email</b>        |
| Igarapava                                                                               | SP        | 14.540-000 | (16) 3172-1090      | leandra@scig.com.br |
| <b>Nome do Responsável</b>                                                              |           |            |                     | <b>CPF</b>          |
| Marcelo Ormeneze                                                                        |           |            |                     | 138.756.698.94      |
| <b>Correio eletrônico:</b> <a href="mailto:leandra@scig.com.br">leandra@scig.com.br</a> |           |            |                     |                     |



### Caracterização da Entidade:

Natureza Jurídica: Associação Privada

SIPAR – 25000.128290/2012-28

Atendimento Ambulatorial: Sim (x) Não ( )

Atendimento Hospitalar: Sim (x) Não ( )

Atende SUS: Sim (x): 92,40

Atende Particular /Outros Convênios: Sim (x): 7,60

### Caracterização da Infraestrutura

#### Ambulatório

Nº. de salas de pequenas cirurgias\*: 01

Nº. de consultórios: 03

Nº. de salas de gesso: 01

A Instituição conta com 01 sala de pequenas cirurgias para atender a demanda do ambulatório e Pronto Atendimento sendo também utilizada como sala de procedimentos.

#### Pronto Atendimento

|                                               |                 |           |
|-----------------------------------------------|-----------------|-----------|
| Demanda espontânea:                           | Sim (x) Não ( ) |           |
| Demanda referenciada:                         | Sim (x) Não ( ) |           |
| Leitos de observação:                         | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 05 |
| Sala de acolhimento c/ classificação de risco | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |
| Leitos de estabilização (vermelha)            | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 02 |
| Consultórios médicos                          | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 03 |
| Sala de atendimento                           | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |
| Sala de higienização                          | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 02 |
| Sala pequena cirurgia *                       | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |



### Serviço de apoio à diagnose e terapia - SADT

| PROCEDIMENTO      | Nº. salas | Nº. aparelhos |
|-------------------|-----------|---------------|
| Endoscopia        | 01        | 01            |
| RX                | 02        | 02            |
| Eletrocardiógrafo | 02        | 02            |
| Colonoscopia      | 01        | 01            |
| Ultrassom         | 01        | 01            |
| Laboratório       | 10        | 11            |
| Banco de Sangue   | 01        | 03            |
| Mamógrafo         | 02        | 01            |
| Tomógrafo         | 01        | 01            |

### Centro Cirúrgico

Nº. de salas cirúrgicas: 03

Horário de funcionamento: 24 horas

|                                            |                 |           |
|--------------------------------------------|-----------------|-----------|
| Sala de cirurgia                           | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 03 |
| Sala de recuperação                        | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |
| Sala de curetagem                          | Sim ( ) Não (x) | Qtdd = 00 |
| Sala de parto normal                       | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |
| Sala de pré-parto                          | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |
| Sala de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) | Sim (x) Não ( ) | Qtdd = 01 |

### Internação

Número de leitos distribuídos por especialidade, disponibilizados ao SUS:

| Tipos de leito por especialidades | Nº de leitos CNES |
|-----------------------------------|-------------------|
| Clínica Médica                    | 25                |
| Pediátrica                        | 02                |
| Isolamento                        | 01                |
| Cirúrgica                         | 04                |
| Obstetrícia                       | 02                |
| Saúde Mental                      | 10                |
| <b>Total</b>                      | <b>44</b>         |

## **2 Perfil Assistencial da Instituição**

A entidade tem o perfil de hospital geral, através do atendimento de algumas especialidades cirúrgicas e clínicas, contempladas pelo SUS, como também para convênios e particulares. Este é o único hospital do município, sendo filantrópico e tendo convênio/contrato com o SUS.

## **3 Objeto**

O objeto desse plano é a contratação de serviço hospitalar especializado com equipe multiprofissional para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com retaguarda de 10 leitos por 24 horas. A equipe mínima é baseada na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro 2017, podendo ser revista conforme norma técnica federal ou necessidade de atendimento.

Conforme artigo 57 da Portaria n. 3.588/2017, para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana;
- c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.

O serviço hospitalar faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compõe a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS dessa região à população do Colegiado Intergestores Regionais (CIR) Alta Anhanguera (Orlândia, Morro Agudo, Sales Oliveira, Nuporanga, São Joaquim da Barra e Ipuã) e Alta Mogiana (Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis) da Diretoria Regional de Saúde de Franca-SP. A região das Três Colinas poderá fazer parte dessa retaguarda assistencial em saúde mental, conforme pactuações em CIR.

A Santa Casa de Igarapava, na condição de prestadora de serviços de retaguarda de leitos hospitalares em saúde mental, devendo cumprir as diretrizes do SUS e do funcionamento da RAPS conforme a Portaria nº



3.088 de 23 de dezembro de 2011, Portaria nº 953 de 12 de setembro de 2012, Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013 e Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017.

A regulação de acesso de vagas será realizada por meio da Central Estadual de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, ou outro que vier, eventualmente, à substituí-lo.

A assistência do cuidado em saúde mental é realizada nas instalações e infraestrutura da Santa Casa de Igarapava, com disponibilidade dos recursos necessários para atendimento aos cidadãos internados, como recursos humanos, estrutura física, insumos, materiais, exames e procedimentos necessários.

A Santa Casa de Igarapava deverá manter todos os leitos disponíveis e no sistema CROSS por 24 horas por dia, durante todos os dias do ano.

Considerando a rede regionalizada de saúde e seguindo as diretrizes do SUS e a Portaria nº 3.390 de dezembro de 2013 que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS, a Santa Casa de Igarapava deverá realizar a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, que será realizada por meio de orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado, a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde, em particular a Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares e centros de atenção psicossocial pactuados na rede de atenção à saúde. O fluxo e protocolo deverá ser definido em CIR com instrumento de utilização local e regional, visando a garantia da organização da alta responsável na região de saúde.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) será o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS e apresentará como característica a proposta de pagamento dos valores dos procedimentos médico hospitalares onde estarão inseridos os materiais que deverão ser utilizados, os procedimentos que serão realizados, os exames de apoio diagnóstico terapêuticos necessários, os profissionais de saúde envolvidos, refeições aos pacientes e acompanhantes e estrutura de hotelaria/apoio.

Recomenda-se o quantitativo de em média 24 internações hospitalares nos leitos de saúde mental, sendo recomendado pela Portaria n. 3.588/2017 a taxa mínima de ocupação de 80%, obedecendo o chamado da regulação CROSS. O detalhamento do componente pré fixado de autorização de internação hospitalar (AIH) advindo da Média e Alta Complexidade (MAC) está descrito na Ficha de Programação Física Orçamentária (FPO) nos termos da Tabela 01 abaixo:



Tabela 01: Média da Produção de Média Complexidade do Serviço de Internação em Saúde Mental:

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES- AIH  
ESTIMATIVA MENSAL**

| <b>TAXA OCUPAÇÃO 80%</b> | <b>RECURSOS FEDERAL</b> | <b>RECURSO MUNICIPAL</b> | <b>TOTAL MENSAL</b>     |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 24                       | 56.101,10               | -                        | 56.101,10               |
| <b><u>TOTAL</u></b>      | <b><u>24</u></b>        | <b><u>56.101,10</u></b>  | <b><u>56.101,10</u></b> |

Obs: A taxa de ocupação média de 80% é uma referência para a região de saúde, considerando que a regulação e solicitação de vagas é via sistema CROSS, podendo variar a cada mês, ou seja, governabilidade regional, sendo que os leitos devem estar sempre 100% disponíveis, não sendo considerado para eventuais glossas.

As solicitações de internações de pacientes oriundas da rede de serviços municipais serão realizadas via regulação CROSS e encaminhadas ao serviço de internação dos leitos de saúde mental, com a guia de referência devidamente preenchida ( A Santa Casa deverá atender a pelo menos 80% do que for solicitado na CROSS).

A Santa Casa de Igarapava ficará responsável pela elaboração do Plano de Alta Hospitalar Responsável, conforme Portaria MS nº 3.390/2013, considerando a rede pública de saúde do município de referência, inclusive, com encaminhamento de paciente com carta/relatório médico para continuidade da assistência. A alta hospitalar será encaminhada por email a Atenção Básica e email do Departamento de Saúde. A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o auto cuidado; articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica, NASF e CAPS; e implantação de mecanismos da desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde.

Deverá ser respeitado o fluxo definido em CIR pelos municípios participantes desse convênio.

Nos casos de internados via determinação judicial, será emitido documento no momento do aceite do paciente e 72 horas antes da alta hospitalar aos órgãos competentes da determinação judicial, com registro de cópia ao Departamento de Saúde.



#### 4 Humanização no Atendimento

Observar-se-á a implantação da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde

“Humaniza SUS”.

Processo de melhoria dos cuidados em saúde compreende:

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.

Cumprimento dos protocolos e normas estabelecidas pelo ministério da saúde, secretaria estadual e Departamento municipal de saúde de Igarapava;

Atendimento às solicitações de padronização de processo de trabalho e procedimentos do Departamento Municipal de Saúde;

Cumprir e fazer cumprir o código de ética das diversas profissões atuantes na instituição, de acordo com as resoluções emanadas pelos diversos conselhos de classe.

#### 5 Eixo de avaliação de qualidade

O instrumento abaixo será utilizado para avaliação de indicadores de qualidade da gestão hospitalar.

| Tabela 02. Instrumento de avaliação da qualidade da gestão hospitalar. |                          |                                                                                                                                                                                                           |                                            |               |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|
| INDICADORES - EIXO DA ASSISTÊNCIA                                      |                          |                                                                                                                                                                                                           |                                            |               |
| ITEM                                                                   | INDICADOR                | META                                                                                                                                                                                                      | VARIAÇÃO                                   | PONTUAÇÃO     |
| 1                                                                      | Equipe mínima            | Manter quadro de equipe mínima conforme Portaria n. 3.588/2017                                                                                                                                            | Sim = Pontuar Parcial<br>Não = Não Pontuar | 20<br>0       |
| 2                                                                      | Internações hospitalares | A Instituição deve ter aprovado a maior quantidade possível de internações dentro da competência no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD-SUS) (Internações enviadas via CROSS)          | ≥ 80%<br>de 70% a 79%<br>≤ 69%             | 20<br>10<br>0 |
| SUBTOTAL                                                               |                          |                                                                                                                                                                                                           |                                            | 40            |
| INDICADORES - EIXO DA QUALIDADE                                        |                          |                                                                                                                                                                                                           |                                            |               |
| ITEM                                                                   | INDICADOR                | META                                                                                                                                                                                                      | VARIAÇÃO                                   | PONTUAÇÃO     |
| 1                                                                      | CNES Atualizado          | Encaminhar mensalmente a Secretaria da Saúde, relatório resumido das alterações ocorridas no mês.                                                                                                         | Sim = Pontuar<br>Não = Não Pontuar         | 5<br>0        |
| 2                                                                      | Ouvidoria                | Apresentar relatório de solicitações de ouvidoria enviados pela secretaria municipal de saúde e as respostas realizadas dentro do mês. (Relação de protocolos enviados e casos respondidos dentro do mês) | Sim = Pontuar<br>Não = Não Pontuar         | 5<br>0        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Funcionamento                              | Apresentar o relatório com cópia dos alvarás e data de seus respectivos vencimentos; a cada vencimento apresentar a cópia do novo alvará. Nos meses em que não houver vencimento será considerado a pontuação desde que encaminhada a cópia do alvará vigente. | Sim = Pontuar     | 5   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | Não = Não Pontuar | 0   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Equipe de Monitoramento a Contratualização | Manter uma pessoa ou equipe responsável pelo monitoramento e acompanhamento da Contratualização, cuja função será encaminhar mensalmente todas as informações e relatórios solicitados / pactuados neste Documento descritivos, nos prazos fixados.            | Sim = Pontuar     | 5   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | Não = Não Pontuar | 0   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Comissão de Análise de prontuário          | Apresentar cópia das Atas de reuniões.                                                                                                                                                                                                                         | Sim = Pontuar     | 5   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | Não = Não Pontuar | 0   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Limpeza                                    | Apresentar relatório e documentação mensal que comprove a execução das atividades.                                                                                                                                                                             | Sim = Pontuar     | 5   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | Não = Não Pontuar | 0   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ambiência                                  | Realizar plano de melhorias de ambiência hospitalar no SUS com prazo e monitoramento de implantação de etapas. (iluminação, recepção, mobilidade, sinalização, mobiliário, insumos médicos dentre outros) pactuados com a gestão municipal.                    | Sim = Pontuar     | 10  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | Não = Não Pontuar | 0   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Satisfação do usuário, em internação.      | Realizar pesquisa de satisfação no setor. (Usar amostragem de 10%) Obs: Realizar com usuário ou familiar                                                                                                                                                       | ≥ 80%             | 5   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | de 79% a 51%      | 3   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | ≤ 50%             | 0   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Atividades Sócio-Educativas                | Apresentar as atividades socio-educativas elaboradas com os internos e familiares de acordo com o projeto para implantação da política de humanização do SUS.                                                                                                  | Sim = Pontuar     | 15  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | Não = Não Pontuar | 0   |
| SUBTOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 60  |
| PONTUAÇÃO MÁXIMA DAS METAS QUALITATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 100 |
| As metas qualitativas norteiam a qualidade da contratualização, sendo parte essencial do plano operativo, e reflete no pagamento do incentivo financeiro. Na tabela 03 abaixo, é descrito a variação da pontuação, variação de porcentagem e o percentual do incentivo a ser repassado. |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |     |

Tabela 03. Variações das pontuações e porcentagem para pagamento mensal de incentivo financeiro de qualidade.

| VARIAÇÃO DE<br>PONTUAÇÃO | VARIAÇÃO DE<br>PORCENTAGEM | PERCENTUAL A SER<br>REPASSADO | VALOR DE<br>INCENTIVO |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| De 80 a 100 pontos       | 80% a 100%                 | 100%                          | 56.101,10             |
| De 71 a 79 pontos        | 71% a 79%                  | 95%                           | 53.296,04             |
| De 66 a 70 pontos        | 66% a 70%                  | 90%                           | 50.490,99             |
| De 60 a 65 pontos        | 60% a 65%                  | 85%                           | 47.685,93             |
| Abaixo de 59 pontos      | 0% a 59% (variável)        | Variável                      | -                     |

## 6 Valor Financeiro:

A CONVENIADA receberá em CONTA ESPECÍFICA Banco Do Brasil Agencia 0419-7 Conta Corrente 32397-7 para esse fim, mensalmente, do Município de Igarapava os recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE /MINISTÉRIO DA SAÚDE do CONVENENTE, sendo os Recursos Federais e oriundos de complementação de Recurso Municipal, demonstrados e aprovados mensalmente nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar e auditados pelo Componente Municipal de Auditoria, com base nas estimativas temos o seguinte:

Tabela 04. Programação Geral Físico Orçamentária dos repasses anuais e mensais de recurso federal e municipal

| PROGRAMAÇÃO FÍSICO<br>ORÇAMENTÁRIA        | FÍSICO<br>BIMESTRAL | VALOR<br>BIMESTRAL | FÍSICO<br>MENSAL | VALOR<br>MENSAL |
|-------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------|-----------------|
| <b>Eixo Interação em Saúde<br/>Mental</b> |                     |                    |                  |                 |
| Interações Hospitalares                   | 72                  | 112.202,20         | 24               | 56.101,10       |

## Cronograma de Execução e Desembolso

### Cronograma de Execução

| ORDEM | NATUREZA | TIPO DE OBJETO                         | APLICAÇÃO         | VALOR            | %      |
|-------|----------|----------------------------------------|-------------------|------------------|--------|
| 1     | CUSTEIO  | AQUISIÇÃO DE INSUMOS<br>E PREST. SERV. | OPERACIONALIZAÇÃO | R\$<br>30.085,88 | 26,81% |

|   |         |                                            |                   |               |        |
|---|---------|--------------------------------------------|-------------------|---------------|--------|
| 2 | CUSTEIO | PAGAMENTOS DE EQUIPE MÉDICA                | OPERACIONALIZAÇÃO | R\$ 20.000,00 | 17,83% |
| 3 | CUSTEIO | PAGAMENTO DE FOLHA DE PAGAMENTO E ENCARGOS | OPERACIONALIZAÇÃO | R\$ 62.116,32 | 55,36% |

|              |                       |               |
|--------------|-----------------------|---------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>R\$ 112.202,20</b> | <b>100,0%</b> |
|--------------|-----------------------|---------------|

### Cronograma de Desembolso

| SAÍDAS              | VALOR                        | %                  | DESCRIPTIVO                               |
|---------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| <b>PAGTO 1/03</b>   | R\$ 15.042,94                | 9%                 | COMPRA DE INSUMOS                         |
|                     | R\$ 31.058,16                | 18%                | PAGAMENTO DE RECURSOS HUMANOS/ SERV. TERC |
|                     | R\$ 10.000,00                | 6%                 | PAGAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS             |
| <b>PAGTO 2/03</b>   | R\$ 15.042,94                | 9%                 | COMPRA DE INSUMOS                         |
|                     | R\$ 31.058,16                | 18%                | PAGAMENTO DE RECURSOS HUMANOS/ SERV. TERC |
|                     | R\$ 10.000,00                | 6%                 | PAGAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS             |
| <b><u>TOTAL</u></b> | <b><u>R\$ 112.202,20</u></b> | <b><u>100%</u></b> | -                                         |

### 7 Pagamento:

O valor de **R\$ 112.202,20 (Cento e doze mil, cento e dois centavos)** referente ao período de vigência do contrato.

Forma e prazo de pagamento:

Os pagamentos/repasses relativos aos serviços prestados e faturados com base nesse Convênio serão pagos até o quarto dia útil de cada mês.

A Santa Casa de Igarapava apresentará mensalmente ao Departamento Municipal de Saúde a base de dados referente aos serviços efetivamente prestados até o dia 10 do mês posterior ao da prestação dos serviços. O arquivo digital deve ser entregue em mesma data, sendo que a documentação referente a metas

qualitativas e quantitativas poderá ser entregue até 45 dias do mês subsequente.

O município revisará e processará os dados recebidos, observando as diretrizes, normas e cronograma do Ministério da Saúde, disponibilizado no site <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>, podendo, em caso de divergências de valores, efetuar glosas no repasse do mês subsequente, constando no relatório de auditoria.

Sem interferências e concomitantemente aos prazos para o pagamento, a Comissão de Acompanhamento do Convênio apreciará a prestação de contas, relatório de auditoria e mediante eventuais apontamentos, os mesmos serão aplicados no mês subsequente, sendo a Santa Casa de Igarapava comunicada por escrito, constando prazo para regularização.

**Do Controle dos serviços e pagamentos:**

Os serviços prestados, bem como seu respectivo faturamento e pagamento/repasse de valores deverão ser auditados, com emissão de planilha para aprovação pela comissão de acompanhamento do Plano Operativo.

Eventuais divergências nos serviços prestados/faturados que importem em diminuição ou aumento dos valores repassados, deverão ser sanados no mês posterior à aprovação por parte da Comissão de Acompanhamento do Plano da respectiva planilha apresentada.

## **8 Regulação e Controle:**

O encaminhamento dos pacientes dar-se-á por demanda referenciado via CROSS. A Instituição deverá utilizar do Sistema CROSS para regulação das internações.

A Santa Casa de Igarapava fica responsável em fornecer informações solicitadas pelo canal de Ouvidoria dos municípios conveniados pelos procedimentos e atendimentos já realizados e em espera constante nesse Plano Operativo. As demandas da ouvidoria devem ser enviadas por e-mail pela secretaria municipal de saúde, com geração do número do protocolo, para resposta da entidade hospitalar no prazo máximo de 15 dias.

## **9 Garantia da Assistência:**

Nos casos em que por quaisquer razões a Santa Casa de Misericórdia de Igarapava não puder realizar o atendimento dos casos previstos neste instrumento, respeitando a complexidade da instituição, a Santa Casa

se obriga a garantir a integralidade da assistência, sendo responsável pelo encaminhamento do paciente a outro serviço de qualidade igual ou superior.

#### **10 Fluxo Assistencial:**

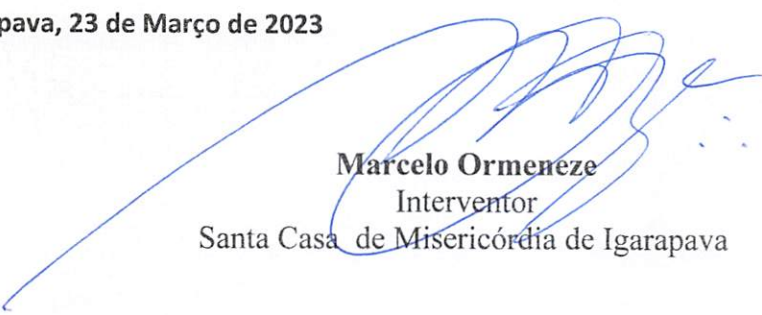
Os fluxos assistenciais serão pactuados em CIR e informado à Santa Casa de Igarapava.

O Departamento Municipal de Saúde será responsável por auditar as internações em saúde mental, devendo a Santa Casa de Igarapava encaminhar ao Departamento Municipal de Saúde até o quinto dia útil, a relação de internações realizadas no mês anterior.

#### **11 Vigência do Plano:**

Este plano terá vigência contemplando o período de **02 de Abril de 2023 a 31 de Maio de 2023**, podendo ser prorrogado nos termos da lei.

**Igarapava, 23 de Março de 2023**



**Marcelo Ormeneze**  
Interventor  
Santa Casa de Misericórdia de Igarapava

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE  
DE ACORDO:**

**LUIS CARLOS VERGARA PEREIRA**  
DATA: 24 / 03 / 2023



**Luiz Carlos Vergara Pereira**  
Departamento Municipal de Saúde Igarapava/SP

## 12 Dos Anexos:

| MEMÓRIA DE CÁLCULO CUSTOS DE CUSTEIO - SAÚDE MENTAL                               |     |            |               |                    |               |               |                |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|----------------|----------------------------|
| VALORES MENSAIS                                                                   |     |            |               |                    |               |               | MESES          |                            |
| BLOCO 1 - RECURSOS HUMANOS                                                        |     |            |               |                    |               |               |                |                            |
| PLANTÃO 24 HORAS TURNO REVEZAMENTO                                                |     |            |               |                    |               |               |                |                            |
| ASSISTENCIAL                                                                      | QDE | VENCIMENTO | INSALUBRIDADE | TOTAL SEM ENCARGOS | ENCARGOS      | MENSAL        | 2              | PARÂMETRO R\$ 10 LEITO/DIA |
| PSICÓLOGO                                                                         | 1   | 2.920,00   | 260,40        | 2.920,00           | 2.016,77      | R\$ 4.936,77  | R\$ 9.873,54   |                            |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM                                                             | 5   | 1.500,00   | 260,40        | 7.500,00           | 7.247,85      | R\$ 14.747,85 | R\$ 29.495,70  |                            |
| TERAP. OCUPACIONAL                                                                | 1   | 2.920,00   | 260,40        | 2.920,00           | 2.016,77      | R\$ 4.936,77  | R\$ 9.873,54   |                            |
| AS. SOCIAL                                                                        | 1   | 2.920,00   | 260,40        | 2.920,00           | 2.016,77      | R\$ 4.936,77  | R\$ 9.873,54   |                            |
| SUBTOTAL                                                                          | 8   | 16.412,26  |               | R\$ 16.260,00      | R\$ 13.298,16 | R\$ 29.558,16 | R\$ 59.116,32  | R\$ 96,91                  |
| HONORÁRIOS MÉDICOS                                                                |     |            |               |                    |               |               |                |                            |
| EQUIPE MÉDICA                                                                     | 1   |            |               |                    |               | R\$ 10.000,00 | R\$ 20.000,00  |                            |
| SUBTOTAL                                                                          | 1   |            |               |                    |               | R\$ 10.000,00 | R\$ 20.000,00  | R\$ 32,79                  |
| TOTAL GERAL DO BLOCO 1                                                            |     |            |               |                    |               | R\$ 39.558,16 | R\$ 79.116,32  | R\$ 129,70                 |
| BLOCO 2 - MATERIAIS E INSUMOS PARA 10 LEITOS                                      |     |            |               |                    |               |               |                |                            |
| MATERIAIS HOSPIT E MED./ EPI/ ENXOVAL/ MATERIAIS DE MANUTENÇÃO/ UTILIDADE PÚBLICA |     |            |               |                    |               | R\$ 10.242,94 | R\$ 20.485,88  |                            |
| GÊNEROS ALIMENTÍCIOS                                                              |     |            |               |                    |               | R\$ 4.800,00  | R\$ 9.600,00   |                            |
| TOTAL GERAL DO BLOCO 2 - MAT/MED E USO E CONSUMO                                  |     |            |               |                    |               | R\$ 15.042,94 | R\$ 30.085,88  | R\$ 49,32                  |
| BLOCO 3 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS                                      |     |            |               |                    |               |               |                |                            |
| SERVIÇOS TÉCNICOS DE TERCEIROS/ APOIO DE DIAGNÓSTICO                              |     |            |               |                    |               | R\$ 1.500,00  | R\$ 3.000,00   |                            |
| TOTAL BLOCO 3                                                                     |     |            |               |                    |               | R\$ 1.500,00  | R\$ 3.000,00   | R\$ 4,92                   |
| TOTAL GERAL                                                                       |     |            |               |                    |               | R\$ 56.101,10 | R\$ 112.202,20 | R\$ 183,94                 |

| MESES                                                                             |                      |                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|
| CUSTOS FIXOS                                                                      | 30 DIAS              | 2                     | LEITO/ DIA          |
| RECURSOS HUMANOS - ASSISTENCIAL                                                   | R\$ 29.558,16        | R\$ 88.674,00         | NÃO HÁ              |
| HONORÁRIOS MÉDICOS                                                                | R\$ 10.000,00        | R\$ 20.000,00         | NÃO HÁ              |
| <b>TOTAL DOS CUSTOS FIXOS</b>                                                     | <b>R\$ 39.558,16</b> | <b>R\$ 108.674,00</b> | <b>NÃO HÁ</b>       |
| CUSTOS VARIÁVEIS                                                                  | 30 DIAS              | 2                     | CUSTO<br>LEITO/ DIA |
| MATERIAIS HOSPIT E MED./ EPI/ ENXOVAL/ MATERIAIS DE MANUTENÇÃO/ UTILIDADE PÚBLICA | R\$ 15.042,94        | R\$ 30.085,88         | R\$ 50,14           |
| SERVIÇOS TÉCNICOS DE TERCEIROS/ APOIO DE DIAGNÓSTICO                              | R\$ 1.500,00         | R\$ 3.000,00          | R\$ 5,00            |
| <b>TOTAL DOS CUSTOS VARIÁVEIS</b>                                                 | <b>R\$ 16.542,94</b> | <b>R\$ 33.085,88</b>  | <b>R\$ 55,14</b>    |
| <b>TOTAL DOS CUSTOS</b>                                                           | <b>R\$ 56.101,10</b> | <b>R\$ 112.202,20</b> |                     |

os custos fixos e custos variáveis são indicadores para média de leito/dia.

### MEMÓRIA DE CÁLCULO DE ENCARGOS SOCIAIS

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| COTA PATRONAL                 | 0,00%     |
| 1/12 AVOS 13                  | 8,33%     |
| FÉRIAS                        | 11,11%    |
| FGTS                          | 8,00%     |
| MULTAS/ RESC 1/12 50%         | 12,50%    |
| VALE REFEIÇÃO/ MÊS            | R\$130,00 |
| MED OC. ADMIS. E DEMISSONIAIS | R\$ 90,00 |
| INSALUBRIDADE                 | 20%       |

BASE RECURSOS HUMANOS/ CONTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO