



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
Avenida Anchieta, nº 200 - Bairro Centro - CEP 13015-904 - Campinas - SP - www.campinas.sp.gov.br  
Paço Municipal - 11º Andar

PMC/PMC-SMS-GAB/PMC-SMS-DGDO

## DIRETRIZES TÉCNICAS

Campinas, 02 de setembro de 2021.

Processo SEI.PMC.2019.00032812-41

Convênio nº 16/20

**Assunto:** Formalização de Termo de Aditamento - Indicações técnicas para orientar as adequações necessárias ao Plano de Trabalho inserido no documento 4264855 apresentado pela Maternidade de Campinas.

Considerando o recente Plano de Trabalho apresentado pela Maternidade Campinas disponível no doc SEI 4264855, bem como a reunião com representantes da SMS e Maternidade, relatada no doc SEI 4278008, retificamos o doc SEI encaminhado - Diretrizes Técnicas PMC-SMS-DGDO (4165625), em conformidade às repactuações e reanálises técnicas, disponíveis a seguir:

Reiteramos que o Plano de Trabalho em referência, necessita estar adequado ao disposto no art. 116 da Lei Federal nº 8666/93, bem como às normativas expedidas pelo TCE/SP, em especial a Instrução Normativa nº 01/2020, às Diretrizes Técnicas e de Financiamento de um programa de parceria na Assistência à Saúde, e ainda deve estar de acordo com os objetivos comuns da Secretaria Municipal de Saúde e da própria entidade.

Aproveitamos para trazer alguns esclarecimentos das normativas que regulamentam o SUS Campinas, em especial relacionadas à complementariedade do setor privado:

*"A Constituição Federal (art. 199) e a Lei Orgânica do SUS (Lei Federal nº 8.080/90), é possível a participação complementar no Sistema Único de Saúde e assim se referem ao tema:*

*Constituição Federal*

*Art. 199...*

*§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

*§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.*

*Lei 8080/90*

*Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).*

*§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.*

*(...)*

*Art. 24 – Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.*

*Parágrafo único – A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (grifo nosso)*

*Art. 25 – Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS)."*

Logo, verificada a necessidade de complementação dos serviços de saúde, o município de Campinas, por intermédio desta Secretaria Municipal de Saúde, pode recorrer à iniciativa privada, com preferência para as entidades filantrópicas, firmando convênios desde que as Entidades parceiras **se responsabilizem em atender os princípios e diretrizes do SUS.**

Dessa forma, após análise do Plano de Trabalho apresentado, identificamos a necessidade de adequações e ajustes e, para contribuir na qualificação do projeto e a fim de que esteja adequado às normativas vigentes, adiante apresentamos à Maternidade de Campinas, o modelo adequado, nele já contidas as indicações técnicas em conformidade o objeto e da assistência à saúde do presente ajuste.

Indicamos, portanto, a atenta análise pela entidade e, em havendo anuência com as indicações, que novo Plano de Trabalho seja apresentado, seguindo o modelo aqui proposto.

### PLANO DE TRABALHO

Conveniente: Prefeitura Municipal de Campinas

Conveniada: Maternidade de Campinas

Identificação da Entidade

Razão Social: MATERNIDADE DE CAMPINAS

Endereço: Avenida Orosimbo Maia, 165 – Vila Itapura – Campinas/SP – CEP: 13023-910

CNPJ: 46.043.980/0001-00

## **I. INTRODUÇÃO**

Este Plano de Trabalho foi elaborado em conformidade à Instrução Normativa nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, com vigência a partir de 18/09/2020 e o artigo 116 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

### **1. Razões que justificam a celebração do convênio**

(MATERNIDADE DESCREVER SEU HISTÓRICO E MOTIVAÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A FORMALIZAÇÃO DO ADITAMENTO AO AJUSTE VIGENTE, EM ESPECIAL, INDICANDO SUA FINALIDADE ESTATUTÁRIA E SUA EXPERTISE, BEM COMO, AS HABILITAÇÕES VIGENTES)

Item devidamente atendido pela Maternidade Campinas

### **2. Capacidade Instalada**

(MATERNIDADE DESCREVER SUA CAPACIDADE TOTAL INSTALADA)

ATENTAR A ORIENTAÇÃO CSAPTA DOC SEI 4110256

#### **2.1. Assistência hospitalar**

#### **2.2. Assistência ambulatorial**

## **II. OBJETO DO CONVÊNIO**

O presente convênio tem por objeto: manter, em regime de cooperação mútua entre os partícipes, o Programa de Parceria na Assistência à Saúde, no campo da assistência médica hospitalar e ambulatorial, na área da saúde da mulher e materno-Infantil, oferecida à população, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Campinas.

## **III. OBJETIVOS DO PRESENTE ADITAMENTO**

III.1. Prorrogação da vigência convenial;

III.2. Adequação da oferta assistencial hospitalar em conformidade com a demanda, com ajuste no quantitativo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru e de Enfermaria e procedimentos cirúrgicos;

III.3. Adequação da oferta assistencial ambulatorial, em conformidade com a demanda, com ajuste dos quantitativos de procedimentos da Ficha de Programação Orçamentária e oferta ambulatorial;

III.4. Adequação da Matriz de Indicadores;

III.5. Adequação Orçamentária e Financeira

## **IV. DESCRIÇÃO DAS METAS**

### **Componente Pré Fixado e Pós Fixado**

#### **IV.1 Componente Pré Fixado**

Conforme o Capítulo IV da Portaria 3410 Componente Pré Fixado é a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado.

O valor pré-fixado será composto:

- i - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade;
- ii - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualitativas.

A composição do valor pré-fixado está estipulada na Portaria MS/GM 3410, que estabelece apenas o item 1 e 2.

DESSA FORMA, EXCLUIR ITEM 3, POR SER CONTRÁRIO À PRERROGATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADEMAIS, NÃO PODEMOS CONSIDERAR VÁLIDAS AIHs GLOSADAS POR NÃO ATENDER ÀS NORMATIVAS SUS, ESPECIALMENTE RELACIONADO AO FATO DOS RESEPECTIVOS RECURSOS FINANCEIROS QUE DÃO LASTRO A TAL RESSARCIMENTO ESTAREM VINCULADOS A FONTE FEDERAL

OS ITENS 4, 5 e 6 PODERÃO PERMANECER MAS NÃO DEVERÃO ESTAR NUMERADOS EM CONTINUIDADE, UMA VEZ QUE NÃO SE TRATAM DA COMPOSIÇÃO DO VALOR PRÉ-FIXADO. SUGERIMOS SEGUIR A REDAÇÃO PROPOSTA NA DIRETRIZ TÉCNICA, COMO ABAIXO:

O valor pré-fixado dos recursos de que trata neste capítulo IV da Portaria 3410 serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

- i - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e
- ii - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

A Maternidade de Campinas faz parte da Rede Cegonha, através da oferta de serviço qualificado de leitos para atendimento de Gestantes de Alto Risco que caracteriza o Hospital como referência secundária na Rede Cegonha, Portaria de Consolidação nº 6; Título VIII; Capítulo I; Seção I; Art 807; Inc II; Al "g".

Constitui-se como diretrizes relacionadas à Rede Cegonha:

- i - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- ii - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- iii - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- iv - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- v - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Garantir durante a internação os serviços necessários ao atendimento integral do paciente, como: equipes médicas e de enfermagem, assistência social, assistência farmacêutica, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, e assistência psicológica, bem como outros indicados e necessários ao restabelecimento da saúde dos pacientes de acordo com as habilitações da **CONVENIADA**.

## 1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

SOBRE A PROPOSTA APRESENTADA PELA ENTIDADE, NÃO PODEMOS PROCEDER TAMANHA REDUÇÃO DE LEITOS SOB RISCO DE CAUSARMOS DESASSISTÊNCIA ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO, BEM COMO NÃO CONSEGUIRMOS ASSEGURAR A GARANTIA DE DEMONSTRAÇÃO DE ECONOMICIDADE PELA MUNICIPALIDADE. ASSIM COMO OS LEITOS HABILITADOS JUNTO A REDE CEGONHA REANALISAMOS A TAXA DE OCUPAÇÃO DOS RESPECTIVOS LEITOS, SENDO POSSÍVEL ACOLHER A REDUÇÃO DE 8 LEITOS DE OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA

A formalização deste Termo Aditivo ao Convênio 16/2020 determina na Assistência Hospitalar de Média Complexidade a disponibilização de 119 leitos de enfermagem, sendo distribuídos em conformidade com a planilha abaixo:

| Assistência Hospitalar (Unidade de Internação)                    | Nº de Leitos | Nº de diárias/mês |
|---|--------------|-------------------|
| Ginecologia   | 10           | 300               |
| Clínica Médica  | 2            | 60                |
| Obstetrícia Cirúrgica   | 50           | 1500              |
| Obstetrícia Clínica (Alto Risco)                                  | 10           | 300               |
| Pediatria Clínica   | 3            | 90                |
| UTI Adulto - Tipo I   | 3            | 90                |
| UTI Neonatal - Tipo II  | 22           | 660               |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCO | 17           | 510               |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCA      | 2            | 60                |
| <b>Total</b>  | <b>119</b>   | <b>3570</b>       |

A utilização dos leitos acima descritos poderá variar conforme a demanda por unidade de internação, a partir de repactuações entre a Maternidade Campinas e a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso. Serão mantidos 4 leitos de UTI Neonatal para recém nascidos externos

As metas definidas neste ajuste, assim como os indicadores quantitativos e qualitativos, estão descritos detalhadamente, nas Matrizes de Monitoramento, no final deste Plano de Trabalho.

Na execução do objeto deste Termo Aditivo, a Maternidade de Campinas compromete-se a:

NESTE ITEM, A SMS COMPREENDE NECESSÁRIA AS SEGUINTE ADEQUAÇÕES EM RELAÇÃO AO PLANO DE TRABALHO APRESENTADO (NUMERAÇÃO DOS ITENS CONFORME O PLANO DE TRABALHO APRESENTADO):

V. O TEMPO DE VISITA DIÁRIA AO PACIENTE SUS DEVE ESTAR EM CONFORMIDADE COM A CLÁUSULA 3.3.33 DO TERMO DE CONVÊNIO 16/20 QUE ESTABELECE UM PERÍODO DE 4 HORAS.

XIV. MANTER OFERTA DE 100% DOS LEITOS CONVENIADOS A COORDENADORIA SETORIAL DE REGULAÇÃO DE ACESSO GARANTINDO A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA PRESTADA; EM CASO DE UTILIZAÇÃO DE LEITOS EXCEDENTES AO QUANTITATIVO CONVENIADO INFORMADA PELA MATERNIDADE, A CSRA CONDUZIRÁ A TRANSFERÊNCIA EM CONFORMIDADE COM A DISPONIBILIDADE DE ACESSO EM OUTRO SERVIÇO.

PARA OS DEMAIS ITENS, PERMANECE A REDAÇÃO PROPOSTA NA DIRETRIZ TÉCNICA COMO ABAIXO:

I. Fornecer sem restrições serviços de hotelaria, tais como roupas para os pacientes; alimentação, com observância das dietas prescritas e necessidades nutricionais dos pacientes, inclusive nutrição enteral e nos casos indicados;

II. Fornecer sem restrições todos os materiais e medicamentos necessários ao restabelecimento dos pacientes;

III. Nas internações de crianças, adolescentes e idosos acima de 60 anos e/ou portadores de necessidades especiais, será assegurada a presença de acompanhante no hospital, em tempo integral, sujeita às normas do Hospital.

IV. Estabelecer e adotar protocolos clínicos e de procedimentos administrativos em consonância com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

V. Disponibilizar interconsultas nas diferentes especialidades médicas necessárias para o melhor atendimento aos usuários SUS, vinculadas a linha de cuidado ora conveniada;

VI. Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista);

VII. Utilizar prontuário único compartilhado por toda a equipe multidisciplinar;

VIII. Implantar mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

IX. Contemplar nos processos de atendimento as orientações da Política Nacional de Humanização do SUS,

X. Realizar as prescrições médicas observando a Relação Nacional de Medicamentos RENAME e Relação Municipal de Medicamentos;

XI. Submeter-se à auditoria do gestor local;

XII. Manter oferta de 100% dos leitos conveniados a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso garantindo a qualidade na assistência prestada (COM O ACRÉSCIMO ACIMA DEMONSTRADO);

XIII. Utilizará como método de informação do censo dos leitos acima discriminados, o Sistema CROSS de Regulação, ou outro que por ventura o venha a substituir;

XIV. Respeitar as pactuações de fluxos estabelecidos através dos órgãos competentes, bem como garantir as internações dentro do preconizado através dos protocolos de acesso e garantia de assistência adequada, dentro do estabelecido pela necessidade de complexidade e cuidado do usuário;

XV. Encaminhar os documentos necessários para a habilitação dos 03 leitos de UTI adulto, visando a regularização no CNES para tipo II, e 02 leitos de UCINCA em até 30 dias após a formalização deste Termo Aditivo;

XVI. Fornecimento dos registros de nascimentos conforme estabelecidos na Portaria nº: 936, de 20/05/2002, do Ministério da Saúde;

XVII. Permitir que a gestante indique um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos termos da legislação vigente.

Fica estipulado o seguinte valor por diária dos leitos:

Valor da diária leito de UTI habilitados como tipo II pelo Ministério da Saúde R\$ 1.600,00

Valor da diária leito de UCI devidamente habilitados pelo Ministério da Saúde R\$ 1.300,00

Valor da diária leito de UTI e UCI não habilitados e Enfermaria R\$ 694,00

OS VALORES PROPOSTOS PELA SMS REFLETEM OS VALORES PRATICADOS EM OUTROS CONVÊNIOS HOSPITALARES CONTRATUALIZADOS POR DIÁRIA. EM CONFORMIDADE COM O PLEITO DA MATERNIDADE TRAZIDO EM REUNIÃO COM A SMS, CONSEGUIREMOS DESTINAR UM VALOR ADVINDO DE RECURSOS DE FONTE MUNICIPAL APARTADO, COMO INCENTIVO A QUALIFICAÇÃO DOS PARTOS EXECUTADOS PELA INSTITUIÇÃO

| Tipo de Leito   | Nº de Leitos | Valor por diária | Valor por mês           |
|---|--------------|------------------|-------------------------|
| Enfermaria  | 75           | R\$ 694,00       | R\$ 1.561.500,00        |
| UTI Adulto - Tipo I   | 3            | R\$ 694,00       | R\$ 62.460,00           |
| UTI Neonatal - Tipo II  | 22           | R\$ 1.600,00     | R\$ 1.056.000,00        |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCO | 17           | R\$ 1.300,00     | R\$ 663.000,00          |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCA      | 2            | R\$ 694,00       | R\$ 41.640,00           |
| <b>Total</b>  | <b>119</b>   |                  | <b>R\$ 3.384.600,00</b> |

Fica atribuído o montante financeiro de **R\$ 166.524,08** destinados como incentivo de qualificação a assistência aos partos executados pela Maternidade Campinas, vinculado a Matriz de Monitoramento.

Portanto, à assistência hospitalar, fica destinado o montante total de **R\$ 3.551.124,08**.

## 2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

As metas definidas neste ajuste, assim como os indicadores quantitativos e qualitativos, estão descritos detalhadamente, nas Matrizes de Monitoramento, no final deste Plano de Trabalho.

O atendimento ambulatorial ofertado se destina aos pacientes encaminhados pela rede própria da Secretaria Municipal de Saúde, egressos hospitalares da Maternidade Campinas e demanda espontânea advinda da porta de urgência que necessitam de acompanhamento e devidamente pactuados com as áreas técnicas do Departamento de Saúde - SMS.

Nas especialidades cirúrgicas, as usuárias deverão ter os exames básicos necessários para o diagnóstico. Os exames complementares solicitados pelos médicos especialistas serão realizados pela conveniada, assim como os pré operatórios.

A CONVENIADA compromete-se a:

1. Realizar os procedimentos ora conveniados, conforme legislação e normas técnicas pertinentes aos serviços, garantindo a sua qualidade;
2. Cumprir as normas e os procedimentos relativos à apresentação de faturas mensais determinados pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria do Estado da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, principalmente aquelas concernentes às regras de Ficha de Atendimentos Ambulatorial (FAA), autorização de procedimento de alta complexidade (APAC) e serviço de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) e fluxo de encaminhamento de paciente;
3. Fornecer toda a infraestrutura necessária à realização dos procedimentos conveniados;
4. Disponibilizar mensalmente ao CONVENENTE todas as fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) e impressos SADT, devidamente preenchidos para fins de auditoria, dentro das dependências da Instituição.

O horário de funcionamento do ambulatório será em dias úteis, conforme calendário vigente, das 8 as 17 hs, garantindo a integralidade da assistência às usuárias do SUS.

ITEM ESSENCIAL A PARA GARANTIA DE ACESSO ÀS USUÁRIAS E DEVIDA CAPTAÇÃO DAS NECESSIDADES CIRÚRGICAS. CONSIDERANDO AS NECESSIDADES APRESENTADAS PELA ENTIDADE, SMS PROCEDEU A REANÁLISE DO QUANTITATIVO E REAPRESENTA O QUADRO SÍNTESE

A proporcionalidade na distribuição das consultas resta distribuída na tabela abaixo, podendo sofrer adequações no decorrer na execução convencional, mediante repactuação entre a Secretaria Municipal de Saúde e Maternidade Campinas - fica atribuído o montante de **R\$ 164.742,01**, vinculado a matriz de monitoramento, visando o cumprimento da linha de cuidado às usuárias com necessidades cirúrgicas:

| ESPECIALIDADE         | FPO 2021 | CASOS NOVOS        |            |                                | RETORNO    |                |     |
|-----------------------|----------|--------------------|------------|--------------------------------|------------|----------------|-----|
|                       |          | % CASOS NOVOS REDE | QTDE TOTAL | % CASO NOVO REFERENCIADO DO PA | QTDE TOTAL | % RETORNO REDE | Q T |
| CERCLAGEM             | 4        | 100                | 4          | 0                              | 0          | 0              | 0   |
| CIRURGIA GINECOLÓGICA | 600      | 50                 | 300        | 1                              | 6          | 49             | 2'  |
| LAQUEADURA CONSULTA   | 20       | 100                | 20         | 0                              | 0          | 0              | 0   |
| MASTOLOGIA BENIGNA    | 16       | 100                | 16         | 0                              | 0          | 0              | 0   |
| TOTAL                 | 640      |                    | 340        |                                | 6          |                | 2'  |

Os procedimentos ambulatoriais serão disponibilizados conforme a Ficha de Programação Orçamentária – FPO abaixo:

ATENSTAR A ORIENTAÇÃO CSAPTA DOC SEI 4110256

| AMBULATORIAL  |   |            |                |             |
|---------------|---|------------|----------------|-------------|
| CÓDIGO SIGTAP | DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS MÉDIA COMPLEXIDADE            | Quantidade | Valor unitário | Valor total |
| 020101051-8   | BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA                               | 1          | R\$ 18,33      | R\$ 18,33   |
| 020101066-6   | BIOPSIA DO COLO UTERINO                               | 10         | R\$ 18,33      | R\$ 183,30  |
| 020201007-4   | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) | 20         | R\$ 6,55       | R\$ 131,00  |
| 020201012-0   | DOSAGEM DE ACIDO URICO                                | 20         | R\$ 1,85       | R\$ 37,00   |
| 020201018-0   | DOSAGEM DE AMILASE                                    | 20         | R\$ 2,25       | R\$ 45,00   |
| 020201020-1   | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                | 100        | R\$ 2,01       | R\$ 201,00  |
| 020201021-0   | DOSAGEM DE CALCIO                                     | 20         | R\$ 1,85       | R\$ 37,00   |
|               |   |            |                |             |

|             |  |     |           |            |
|-------------|--|-----|-----------|------------|
| 020201031-7 | DOSAGEM DE CREATININA  | 60  | R\$ 1,85  | R\$ 111,00 |
| 020201032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)  | 20  | R\$ 3,68  | R\$ 73,60  |
| 020201033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB  | 20  | R\$ 4,12  | R\$ 82,40  |
| 020201035-0 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA   | 3   | R\$ 3,51  | R\$ 10,53  |
| 020201036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA  | 20  | R\$ 3,68  | R\$ 73,60  |
| 020201046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)   | 1   | R\$ 3,51  | R\$ 3,51   |
| 020201047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE   | 110 | R\$ 1,85  | R\$ 203,50 |
| 020201053-8 | DOSAGEM DE LACTATO   | 0   | R\$ 3,68  | R\$ 0,00   |
| 020201060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO  | 60  | R\$ 1,85  | R\$ 111,00 |
| 020201061-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS  | 20  | R\$ 1,40  | R\$ 28,00  |
| 020201062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES  | 10  | R\$ 1,85  | R\$ 18,50  |
| 020201063-5 | DOSAGEM DE SODIO   | 60  | R\$ 1,85  | R\$ 111,00 |
| 020201064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)  | 18  | R\$ 2,01  | R\$ 36,18  |
| 020201065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)   | 18  | R\$ 2,01  | R\$ 36,18  |
| 020201069-4 | DOSAGEM DE UREIA   | 60  | R\$ 1,85  | R\$ 111,00 |
| 020201073-2 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )                               | 10  | R\$ 15,65 | R\$ 156,50 |
| 020202003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS  | 2   | R\$ 2,73  | R\$ 5,46   |
| 020202007-0 | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO  | 110 | R\$ 2,73  | R\$ 300,30 |
| 020202013-4 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)                            | 110 | R\$ 5,77  | R\$ 634,70 |
| 020202015-0 | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)   | 2   | R\$ 2,73  | R\$ 5,46   |
| 020202030-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA   | 20  | R\$ 1,53  | R\$ 30,60  |
| 020202037-1 | HEMATOCRITO  | 18  | R\$ 1,53  | R\$ 27,54  |
| 020202038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO   | 110 | R\$ 4,11  | R\$ 452,10 |
| 020203020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA  | 8   | R\$ 2,83  | R\$ 22,64  |
| 020203030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)  | 18  | R\$ 10,00 | R\$ 180,00 |
| 020203031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2  | 18  | R\$ 18,55 | R\$ 333,90 |
| 020203063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | 18  | R\$ 18,55 | R\$ 333,90 |
| 020203067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | 18  | R\$ 18,55 | R\$ 333,90 |
| 020203077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | 18  | R\$ 9,25  | R\$ 166,50 |
| 020203078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | 18  | R\$ 18,55 | R\$ 333,90 |
| 020203088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | 18  | R\$ 9,25  | R\$ 166,50 |
| 020203097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                                | 18  | R\$ 18,55 | R\$ 333,90 |
| 020203111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | 18  | R\$ 2,83  | R\$ 50,94  |
| 020203117-9 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES  | 18  | R\$ 2,83  | R\$ 50,94  |
| 020203120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA   | 18  | R\$ 9,00  | R\$ 162,00 |

|              |  |             |           |                      |
|--------------|--|-------------|-----------|----------------------|
| 020205002-5  | CLEARANCE DE CREATININA  | 60          | R\$ 3,51  | R\$ 210,60           |
| 020205011-4  | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)   | 3           | R\$ 2,04  | R\$ 6,12             |
| 020206021-7  | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)                            | 20          | R\$ 7,85  | R\$ 157,00           |
| 020206025-0  | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)   | 2           | R\$ 8,96  | R\$ 17,92            |
| 020208007-2  | BACTERIOSCOPIA (GRAM)  | 3           | R\$ 2,80  | R\$ 8,40             |
| 020208008-0  | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO  | 105         | R\$ 5,62  | R\$ 590,10           |
| 020208001-3  | ANTIBIOGRAMA   | 70          | R\$ 4,98  | R\$ 348,60           |
| 020208015-3  | HEMOCULTURA  | 2           | R\$ 11,49 | R\$ 22,98            |
| 020212002-3  | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO   | 10          | R\$ 1,37  | R\$ 13,70            |
| 020301001-9  | EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA                                      | 16          | R\$ 13,72 | R\$ 219,52           |
| 020302008-1  | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA                                   | 8           | R\$ 40,78 | R\$ 326,24           |
| 020502003-8  | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 1           | R\$ 24,20 | R\$ 24,20            |
| 020502004-6  | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 5           | R\$ 37,95 | R\$ 189,75           |
| 020502005-4  | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO  | 5           | R\$ 24,20 | R\$ 121,00           |
| 020502009-7  | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL   | 20          | R\$ 24,20 | R\$ 484,00           |
| 020502016-0  | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)  | 3           | R\$ 24,20 | R\$ 72,60            |
| 020502018-6  | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL  | 50          | R\$ 24,20 | R\$ 1.210,00         |
| 021104002-9  | COLPOSCOPIA  | 20          | R\$ 3,38  | R\$ 67,60            |
| 021106010-0  | FUNDOSCOPIA  | 7           | R\$ 3,37  | R\$ 23,59            |
| 021106012-7  | MAPEAMENTO DE RETINA   | 7           | R\$ 24,24 | R\$ 169,68           |
| 021107014-9  | EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)              | 440         | R\$ 13,51 | R\$ 5.944,40         |
| 021107026-2  | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA                           | 10          | R\$ 46,88 | R\$ 468,80           |
| 021107027-0  | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)                  | 45          | R\$ 13,51 | R\$ 607,95           |
| 030101004-8  | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 200         | R\$ 6,30  | R\$ 1.260,00         |
| 030101007-2  | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA   | 852         | R\$ 10,00 | R\$ 8.520,00         |
| 030110015-2  | RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)                               | 0           | R\$ 0,00  | R\$ 0,00             |
| 030903004-8  | CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO                                 | 5           | R\$ 11,26 | R\$ 56,30            |
| 041001001-4  | DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA   | 2           | R\$ 2,73  | R\$ 5,46             |
| 020403017-0  | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)  | 50          | R\$ 6,88  | R\$ 344,00           |
| 021102003-6  | ELETROCARDIOGRAMA  | 50          | R\$ 5,15  | R\$ 257,50           |
| 020205001-7  | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                        | 110         | R\$ 3,70  | R\$ 407,00           |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>3440</b> |           | <b>R\$ 27.899,32</b> |

### 3. ASSISTÊNCIA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Maternidade Campinas compromete-se a respeitar as seguintes prerrogativas:

1. A **CONVENIADA** garantirá a 100% das usuárias que procuram o seu Pronto-Atendimento, na área de Ginecologia e Obstetrícia, por demanda espontânea, durante 24 horas por dia, o acolhimento e classificação de risco;
2. Ser referência para situações de urgência e emergência das usuárias atendidas no Pré Natal de Alto Risco e Ginecologia da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas;
3. As pacientes atendidas em regime de urgência/emergência deverão ser contempladas com os recursos necessários ao seu reestabelecimento relacionada a linha de cuidado ora conveniada.
4. Realizar os procedimentos de acordo com a Ficha de Programação Orçamentária – FPO abaixo:

ATENSTAR A ORIENTAÇÃO CSAPTA DOC SEI 4110256

| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA |  |            |                |               |
|-----------------------|--|------------|----------------|---------------|
| CÓDIGO SIGTAP         | DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS MÉDIA COMPLEXIDADE   | Quantidade | Valor unitário | Valor total   |
| 020201073-2           | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )                   | 5          | R\$ 15,65      | R\$ 78,25     |
| 020205001-7           | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                        | 275        | R\$ 3,70       | R\$ 1.017,50  |
| 020212008-2           | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)  | 18         | R\$ 1,37       | R\$ 24,66     |
| 020401008-0           | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)   | 1          | R\$ 7,52       | R\$ 7,52      |
| 020401014-4           | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)                             | 1          | R\$ 7,32       | R\$ 7,32      |
| 020403015-3           | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)   | 1          | R\$ 9,50       | R\$ 9,50      |
| 020403017-0           | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)  | 1          | R\$ 6,88       | R\$ 6,88      |
| 020404001-9           | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO   | 1          | R\$ 6,42       | R\$ 6,42      |
| 020404009-4           | RADIOGRAFIA DE MAO   | 1          | R\$ 6,30       | R\$ 6,30      |
| 020405013-8           | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)  | 1          | R\$ 7,17       | R\$ 7,17      |
| 020406016-8           | RADIOGRAFIA DE PERNA   | 1          | R\$ 8,94       | R\$ 8,94      |
| 020501005-9           | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO   | 150        | R\$ 42,90      | R\$ 6.435,00  |
| 020502003-8           | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR   | 1          | R\$ 24,20      | R\$ 24,20     |
| 020502004-6           | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 5          | R\$ 37,95      | R\$ 189,75    |
| 020502005-4           | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO  | 5          | R\$ 24,20      | R\$ 121,00    |
| 020502009-7           | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL   | 5          | R\$ 24,20      | R\$ 121,00    |
| 020502014-3           | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA  | 70         | R\$ 24,20      | R\$ 1.694,00  |
| 020502016-0           | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)  | 2          | R\$ 24,20      | R\$ 48,40     |
| 020502018-6           | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL  | 150        | R\$ 24,20      | R\$ 3.630,00  |
| 021102003-6           | ELETROCARDIOGRAMA  | 20         | R\$ 5,15       | R\$ 103,00    |
| 021104001-0           | AMNIOSCOPIA  | 80         | R\$ 1,69       | R\$ 135,20    |
| 021104006-1           | TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO  | 900        | R\$ 1,69       | R\$ 1.521,00  |
| 021107005-0           | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL  | 10         | R\$ 18,00      | R\$ 180,00    |
| 030101004-8           | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 2600       | R\$ 6,30       | R\$ 16.380,00 |



|                      |  |                   |                       |                      |
|----------------------|--|-------------------|-----------------------|----------------------|
| 030106006-1          | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA               | 3500              | R\$ 11,00             | R\$ 38.500,00        |
| 030110001-2          | ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA         | 200               | R\$ 0,63              | R\$ 126,00           |
| SUBTOTAL             |  | 8004              |                       | R\$ 70.389,01        |
| <b>CÓDIGO SIGTAP</b> | <b>DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE</b>               | <b>Quantidade</b> | <b>Valor unitário</b> | <b>Valor total</b>   |
| 020603003-7          | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR | 1                 | 138,63                | 138,63               |
| <b>SUBTOTAL</b>      |  | <b>1</b>          |                       | <b>138,63</b>        |
| <b>TOTAL</b>         |  | <b>8005</b>       |                       | <b>R\$ 70.527,64</b> |

#### 4. CENTRO DE LACTAÇÃO – BANCO DE LEITE

A Maternidade de Campinas manterá Banco de Leite próprio em suas dependências e será responsável pela prestação de serviços através de sua estrutura e de acordo com sua capacidade operacional e serviços cadastrados no item **Estrutura Física**.

Coordenar as atividades, ora conveniadas e zelar pela qualidade da assistência prestada, com base no Decreto nº 40.134 de 07 de junho de 1995 - Governo do Estado de São Paulo, RDC nº 171 de 04 de setembro de 2006 e Portaria GM/MS nº 1.439 de 18 de setembro 2015.

1. Garantir o devido funcionamento dos equipamentos, promovendo a manutenção preventiva periódica e corretiva quando necessário;
2. Garantir a capacitação de 100% da equipe multiprofissional em aleitamento materno e treinamentos periódicos com atualização técnica;
3. Manter atuante e com ações efetivas o Comitê de Aleitamento Materno, com reuniões mensais, devidamente documentadas.
4. Disponibilizar os profissionais, abaixo relacionados, para desenvolver as atividades no banco de leite, EM CONFORMIDADE COM AS NORMATIVAS VIGENTES

Manter o funcionamento das atividades do banco de leite, dentro da instituição conveniada todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados, a saber:

| Dias/Semana                  | Funcionamento | Atendimento |
|------------------------------|---------------|-------------|
| Segundas às sextas           | 7h às 18h     | 8h às 17h   |
| Sábados, domingos e feriados | 8h às 14h     | 8h às 11h   |

Os procedimentos estão contemplados conforme Tabela abaixo:

ATENÇÃO A ORIENTAÇÃO CSAPTA DOC SEI 4110256

| BANCO DE LEITE |  |             |                |                     |
|----------------|--|-------------|----------------|---------------------|
| CÓDIGO SIGTAP  | DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS MÉDIA COMPLEXIDADE                         | Quantidade  | Valor unitário | Valor total         |
| 010101002-8    | ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 100         | R\$ 2,70       | R\$ 270,00          |
| 010104003-2    | COLETA EXTERNA DE LEITE MATERNO (POR DOADORA)                      | 150         | R\$ 3,00       | R\$ 450,00          |
| 010104004-0    | PASTEURIZAÇÃO DO LEITE HUMANO (CADA 5 LITROS)                      | 20          | R\$ 11,06      | R\$ 221,20          |
| 020201077-5    | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO             | 700         | R\$ 1,53       | R\$ 1.071,00        |
| 020201078-3    | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                          | 1000        | R\$ 3,04       | R\$ 3.040,00        |
| 020208009-9    | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)                        | 500         | R\$ 5,62       | R\$ 2.810,00        |
| <b>TOTAL</b>   |  | <b>2470</b> |                | <b>R\$ 7.862,20</b> |

#### TOTAL BLOCO AMBULATORIAL, URGÊNCIA / EMERGÊNCIA E BANCO DE LEITE - FPO

|                       |       |               |
|-----------------------|-------|---------------|
| AMBULATORIAL          | 3.478 | R\$ 28.115,24 |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 8.025 | R\$ 70.347,64 |
|                       |       |               |

|                    |               |                       |
|--------------------|---------------|-----------------------|
| BANCO DE LEITE     | 2.470         | R\$ 7.862,20          |
| <b>TOTAL GERAL</b> | <b>13.973</b> | <b>R\$ 106.325,08</b> |

## IV.2. COMPONENTE PÓS-FIXADO

Conforme o Capítulo IV da Portaria 3410 Componente Pós Fixado é todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal.

A Maternidade Campinas não faz jus a recursos advindos de fonte federal no componente pós fixado.

Entretanto, considerando a extrema necessidade da Secretaria Municipal de Saúde em assegurar a ampliação de acesso a procedimentos cirúrgicos ginecológicos, fica destinado o montante de **R\$ 167.540,18**, recursos de fonte municipal, estrategicamente vinculados a produção de 100 procedimentos cirúrgicos ginecológicos/mês listados na tabela abaixo:

| PORTE   | SIGTAP                  | PROCEDIMENTO   | DESCRIÇÃO   |
|---------|-------------------------|--|---|
| PEQUENO | 04.09.07.001-7          | ALARGAMENTO DA ENTRADA VAGINAL   |   |
| PEQUENO | (Maternidade completar) | BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA  |   |
| PEQUENO | 04.09.06.004-6          | CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO                    | Procedimento cirúrgico para esvaziamento da cavidade uterina por meio de uma cureta para retirada de material endometrial para realização de diagnóstico ou como forma de tratamento. Pode ser feita com ou sem a dilatação prévia do canal cervical.   |
| PEQUENO | 04.09.06.005-4          | CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME                                      | CONSISTE NA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA PROCEDER A RASPAGEM DO ÚTERO EM DECORRÊNCIA DA EXISTÊNCIA DE UMA MOLA HIDATIFORME, QUE É O CRESCIMENTO DE UM ÓVULO FERTILIZADO ANORMAL OU CRESCIMENTO EXCESSIVO DO TECIDO DA PLACENTA .  |
| PEQUENO | 04.01.01.003-1          | DRENAGEM DE ABSCESSO   | CONSISTE EM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA PROMOVER A DRENAGEM DE COLEÇÃO PURULENTA NA DERME E TECIDO SUBCUTÂNEO ADJACENTE. EM ALGUNS CASOS PODE SER NECESSÁRIA A COLOCAÇÃO DE UM DRENO DENTRO DO ESPAÇO DEIXADO PELO ABSCESSO CUTÂNEO PARA FACILITAR A DRENAGEM DE FLUIDOS CORPORAIS.   |
| PEQUENO | 04.10.01.001-4          | DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA   | ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO  |
| PEQUENO | 04.09.07.012-2          | DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE                                  | CONSISTE NA DRENAGEM CIRÚRGICA DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE COM A FINALIDADE DE RETIRAR O LÍQUIDO QUE ESTÁ SENDO ACUMULADO NAS GLÂNDULAS, DIMINUINDO OS SINTOMAS DE INFLAMAÇÃO.   |
| PEQUENO | 04.09.07.013-0          | EPISIOPERIONEORRAFIA NÃO OBSTÉRICA   | QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03/2016: R45.6,T74.1,T74.2,T74.8,X86,X89,X90,X93,X94,X95,X96,X97,X98,X99,Y01,Y02, Y03, Y04, Y05, Y07,Y08, Y09, Y56,W50.   |
| PEQUENO | 04.09.06.007-0          | ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) | CONSISTE NO ESVAZIAMENTO UTERINO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA ATRAVÉS DE UM ASPIRADOR À VÁCUO (SERINGA DE VÁLVULA DÚPLA) ACOPLADO A CÂNULAS DE PLÁSTICO SEMI-FLEXÍVEIS DE DIFERENTES ESPESSURAS.   |
| PEQUENO | 04.10.01.002-2          | ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO                                   |   |
| PEQUENO | 04.09.06.030-5          | EXCIÇÃO TIPO 2 DO COLO UTERINO   | CONSISTE NA RETIRADA DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO ECTOCERVICAL E PARCIALMENTE ENDOCERVICAL, POR MEIO DA CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA E COM PROFUNDIDADE MÁXIMA DE 1,5 A 2,0 CM. POSSUI OBJETIVO TERAPÊUTICO, SENDO REALIZADO AMBULATORIALMENTE, SOB ANESTESIA LOCAL E VISÃO COLPOSCÓPICA. RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO DE LESÕES PRÉ-INVASIVAS DIAGNOSTICADAS POR BIÓPSIA PRÉVIA OU COMO PARTE DO MÉTODO "VER E TRATAR" QUANDO A ZONA DE TRANSFORMAÇÃO ESTÁ COMPLETAMENTE VISÍVEL, MAS TEM COMPONENTE ENDOCERVICAL (JUNÇÃO ESCAMO-COLUNAR COMPLETAMENTE VISÍVEL MAS SITUADA NA ENDOCÉRVICE - ZONA DE TRANSFORMAÇÃO TIPO 2). |

|         |                |   |  |
|---------|----------------|---|--|
| PEQUENO | 04.09.06.003-8 | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO                                | CONSISTE NA REMOÇÃO DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO E DE 2 A 2,5 CM DO CANAL CERVICAL. PODE SER REALIZADA A FRIO (COM BISTURI COMUM) OU POR ELETROCIRURGICA (COM BISTURI ELÉTRICO DE ALTA CLASSIFICAÇÃO QUE MELHOR ORIENTA A CONDUTA TERAPÊUTICA SUBSEQUENTE E O PROGNÓSTICO DOS CASOS)   |
| PEQUENO | 04.09.06.008-9 | EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO                                | CONSISTE NA RETIRADA DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO ECTOCERVICAL, POR MEIO DA CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA E COM PROFUNDIDADE MÁXIMA DE 01 CM. POSSUI OBJETIVO TERAPÊUTICO, SENDO REALIZADO AMBULATORIALMENTE, SOB ANESTESIA LOCAL E VISÃO COLPOSCÓPICA. RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO DE LESÕES PRE-INVASIVAS DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA PREVIA OU COMO PARTE DO MÉTODO VER E TRATAR QUANDO A ZONA DE TRANSFORMAÇÃO ESTA COMPLETAMENTE VISÍVEL E SITUADA NA ECTOCÉRVICE (A JUNÇÃO ESCAMOCOLUNAR DEVE ESTAR LOCALIZADA NA ECTOCÉRVICE OU NO ORIFÍCIO EXTERNO DO CANAL ENDOCERVICAL - ZONA DE TRANSFORMAÇÃO TIPO 1). |
| PEQUENO | 04.09.07.014-9 | EXERESE DE CISTO VAGINAL                                      | CONSISTE NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE CISTO VAGINAL QUE É UMA PEQUENA BOLSA DE LÍQUIDO, SECREÇÃO OU PUS QUE SE DESENVOLVE NO REVESTIMENTO DO INTERIOR DA VAGINA.  |
| PEQUENO | 04.09.07.015-7 | EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE                      |  |
| PEQUENO | 04.09.06.009-7 | EXERESE DE POLIPO DE UTERO                                    | CONSISTE NA MANOBRA CIRÚRGICA UTILIZADA PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DE UM PÓLIPO QUE É O CRESCIMENTO ANORMAL DE CÉLULAS MADURAS BEM DIFERENCIADAS SEM CAPACIDADE DE INVADIR OUTROS TIPOS DE TECIDOS OU ÓRGÃOS (NEOPLASIA BENIGNA) FIXADA NA PAREDE INTERNA DO ÚTERO NA CÉRVICE, NA CAVIDADE ENDOMETRIAL OU NA TRANSIÇÃO ENTRE AS DUAS REGIÕES. TEM FINALIDADE TERAPÊUTICA.  |
| PEQUENO | 04.09.07.016-5 | EXTIRPAÇÃO DE LESÃO DE VULVA / PERÍNEO (POR ELETROCOAGULAÇÃO) | CONSISTE NA RETIRADA DE LESÃO LOCALIZADA NA VULVA OU PERÍNEO POR MEIO DE CAUTERIZAÇÃO USANDO A ELETROCOAGULAÇÃO OU POR FULGURAÇÃO QUE É UM MÉTODO PARA TRATAMENTO DE LESÕES QUE UTILIZA CORRENTES DE ALTA FREQUÊNCIA.  |
| PEQUENO | 04.09.07.017-3 | EXTRACÃO DE CORPO ESTRANHO DA VAGINA                          | CONSISTE NA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO LUMEN DA VAGINA, PODENDO SER UTILIZADOS INSTRUMENTOS MÉDICOS OU MESMO CIRURGICAMENTE   |
| PEQUENO | 04.09.07.018-1 | HIMENOTOMIA   | CIRURGIA QUE SE REALIZA QUANDO O HÍMEN SE ENCONTRA IMPERFURADO, OU SEJA, NÃO EXISTE O ORIFÍCIO POR ONDE DEVE PASSAR A MENSTRUÇÃO. NÃO É O MESMO QUE PLÁSTICA DO HÍMEN OU REVIRGINAÇÃO.   |
| PEQUENO | 04.01.01.010-4 | INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO                                | CONSISTE EM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA PROMOVER A DRENAGEM DE COLEÇÃO PURULENTA NA DERME E TECIDO SUBCUTÂNEO ADJACENTE. EM ALGUNS CASOS PODE SER NECESSÁRIA A COLOCAÇÃO DE UM DRENO DENTRO DO ESPAÇO DEIXADO PELO ABSCESSO CUTÂNEO PARA FACILITAR A DRENAGEM DE FLUIDOS CORPORAIS.  |
| PEQUENO | 04.09.06.018-6 | LAQUEADURA TUBÁRIA  | CONSISTE NA LIGADURA COM OU SEM RESSECÇÃO DAS TUBAS UTERINAS OU TROMPAS DE FALÓPIO COMO MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA   |
| PEQUENO | 04.09.07.019-0 | MARSUPIALIZAÇÃO DE GLANDULA DE BARTOLIN                       | CONSISTE NA TÉCNICA CIRÚRGICA INDICADA NOS CASOS RECORRENTES, OU SEJA, QUANDO MESMO APÓS A DRENAGEM, A GLÂNDULA VOLTA A ACUMULAR LÍQUIDO. É FEITA UMA ABERTURA DAS GLÂNDULAS E, EM SEGUIDA, UNE-SE AS BORDAS DA GLÂNDULA À PELE, EVITANDO QUE VOLTE A ACUMULAR.  |
| PEQUENO | 04.09.06.027-5 | TRAQUELOPLASTIA   | CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO COLO DO ÚTERO PARA CORRIGIR A SUA POSIÇÃO, MORFOLOGIA E SITUAÇÃO  |
| PEQUENO | 04.09.07.022-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COAPTACÃO DE NINFAS                   | CONSISTE NA CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA ADERÊNCIA OU ACOPLAMENTO DE UM PEQUENO LÁBIO COM O DO OUTRO LADO QUE PODE TER ORIGEM GENÉTICA (SINÉQUIA CONGÊNITA) OU ADQUIRIDA.   |
| PEQUENO | 04.09.07.026-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS       | CONSISTE NA CIRURGIA DENOMINADA DE NINFOPLASTIA, QUE VISA AO APERFEIÇOAMENTO DA ASSIMETRIA DOS PEQUENOS LÁBIOS E DO TECIDO REDUNDANTE DA VULVA   |

| PORTE  | SIGTAP         | PROCEDIMENTO                      | DESCRIÇÃO  |
|--------|----------------|-----------------------------------|--|
| GRANDE | 04.09.07.003-3 | COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT) | CONSISTE NA CIRURGIA PARA REPARAR O PROLAPSO GENITAL COM O FECHAMENTO DA VAGINA. PODE SER REALIZADA EM MULHERES COM OU SEM O ÚTERO |
|        |                |                                   |  |

|        |                |   |   |
|--------|----------------|---|---|
| GRANDE | 04.09.07.005-0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR                      | QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03//2016: R45.6,T74.1,T74.2,T74.8,X86,X89,X90,X93,X94,X95,X96,X97,X98,X99,Y01,Y02, Y03, Y04, Y05, Y07,Y08, Y09, Y56,W50.  |
| GRANDE | 04.09.06.002-0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO | CONSISTE NA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA REPARAR AS ESTRUTURAS VAGINAIS, PERINEAIS E RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. É UMA CIRURGIA REPARADORA DAS PAREDES VAGINAIS ANTERIOR E POSTERIOR ONDE O OBJETIVO É RESTAURAR O POSICIONAMENTO DA BEXIGA NA PAREDE ANTERIOR, CORRIGINDO A CISTOCELE, E NA PAREDE POSTERIOR RESTAURAR A POSIÇÃO DO RETO, CORRIGINDO A RETOCELE. ASSOCIADA A AMPUTAÇÃO DO COLO PARA CORREÇÃO DO PROLAPSO DO ÚTERO. |
| GRANDE | 04.09.07.006-8 | COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR                                 | QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03//2016: R45.6,T74.1,T74.2,T74.8,X86,X89,X90,X93,X94,X95,X96,X97,X98,X99,Y01,Y02, Y03, Y04, Y05, Y07,Y08, Y09, Y56,W50.  |
| GRANDE | 04.07.04.001-3 | DRENAGEM DE ABSCESSO PÉLVICO                                  |   |
| GRANDE | 04.09.06.010-0 | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)                               | CONSISTE NA RETIRADA DO ÚTERO POR MEIO DO CANAL VAGINAL   |
| GRANDE | 04.09.06.011-9 | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)                | RETIRADA CIRÚRGICA DO ÚTERO ACOMPANHADA DA RETIRADA DO(S) OVÁRIOS E TROMPA(S)   |
| GRANDE | 04.09.06.012-7 | HISTERECTOMIA SUBTOTAL  | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO CORPO DO ÚTERO, MANTENDO O COLO DO ÚTERO ÍNTEGRO.   |
| GRANDE | 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL   | CONSISTE NA RETIRADA COMPLETA DE TODO O ÚTERO, INCLUINDO O CORPO E O COLO DO ÚTERO ATRAVÉS DE ACESSO POR INCISÃO NA REGIÃO ABDOMINAL INFERIOR.  |
| GRANDE | 04.09.06.016-0 | HISTERORRAFIA   | CONSISTE NA SUTURA CIRÚRGICA DE LACERAÇÕES UTERINAS.  |
| GRANDE | 04.09.06.019-4 | MIOMECTOMIA   | CONSISTE NA REMOÇÃO CIRÚRGICA DE UM MIOMA UTERINO POR VIA CONVENCIONAL ABDOMINAL OU ABORDAGEM ATRAVÉS DO COLO DO ÚTERO POR VIA VAGINAL  |
| GRANDE | 04.09.06.021-6 | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA                                  | UNI OU BILATERAL, PARCIAL OU TOTAL.   |
| GRANDE | 04.09.07.020-3 | OPERACAO DE BURCH   | CONSISTE NA CIRURGIA COM ACESSO POR VIA RETROPÚBICA PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NA MULHER. É REALIZADA COLPOFIXAÇÃO RETROPÚBICA PARA O REPOSICIONAMENTO DO COLO DA BEXIGA PERMITINDO RESISTIR MELHOR À PRESSÃO DA BEXIGA CHEIA.  |
| GRANDE | 04.07.04.024-2 | RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCER |   |
| GRANDE | 04.09.06.023-2 | SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL                                | EXCETO PARA FINS DE ESTERILIZACAO   |
| GRANDE | 04.10.01.011-1 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA                                |   |
| GRANDE | 04.09.01.043-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE                             |   |
| GRANDE | 04.09.02.011-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA                |   |
| GRANDE | 04.09.01.049-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL  | CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATRAVÉS DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS, QUE NÃO UTILIZAM EXCLUSIVAMENTE ACESSO CIRÚRGICO VAGINAL, OU SEJA, REALIZAM ACESSO À REGIÃO PÉLVICA POR INCISÃO NA REGIÃO INFERIOR DO ABDOME OU LAPAROSCOPIA.  |
| GRANDE | 04.09.06.001-1 | CERCLAGEM DE COLO DO UTERO                                    | CONSISTE NA SUTURA CIRÚRGICA EM BOLSA DO COLO UTERINO, EM SUA PORÇÃO VAGINAL. GERALMENTE INDICADA COM O OBJETIVO DE MANTER O COLO UTERINO FECHADO ATÉ O FINAL DA GRAVIDEZ PARA PREVENIR UM PARTO PREMATURO  |
| GRANDE | 04.09.07.009-2 | COLPORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA                                    | QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA   |

|        |                |            |  |
|--------|----------------|------------|--|
|        |                |            | PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03/2016: R45.6,T74.1,T74.2,T74.8,X86,X89,X90,X93,X94,X95,X96,X97,X98,X99,Y01,Y02, Y03, Y04, Y05, Y07,Y08, Y09, Y56,W50.  |
| GRANDE | 04.09.07.010-6 | COLPOTOMIA | CONSISTE NA INCISÃO NO FUNDO DOS SACOS VAGINAIS, ANTERIOR E/OU POSTERIOR. ESSE PROCEDIMENTO NÃO DEVE SER CONSIDERADO PARA REGISTRAR ACESSO AO ÚTERO E AOS ANEXOS PARA REALIZAÇÃO DE OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. |

## V. ETAPAS/FASES DE EXECUÇÃO DO OBJETO

O objeto deste Plano de Trabalho será executado conforme a necessidade específica de cada usuário atendido, garantindo a integralidade, resolubilidade e qualidade da assistência.

### 1. Acesso aos Recursos

O acesso às ações e serviços objeto deste convênio se dará de forma equânime, regulado pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (sistema CROSS ou outro que venha a substituir) e área de especialidades (sistema SOL ou outro que venha a substituir), respeitando o objeto convenial, normativas e protocolos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, e não aceito casos encaminhados diretamente pela CROSS São Paulo.

Os pacientes encaminhados pela CSRA aos leitos disponibilizados pela Maternidade Campinas deverão ser destinados de forma exclusiva para a execução do objeto conveniado.

Para o caso de haver necessidade de eventuais remanejamentos de pacientes, indispensável que a Maternidade promova o contato e solicite a transferência/autorização da CSRA.

A Maternidade compromete-se a disponibilizar sua estrutura física, bem como seu parque tecnológico, como área de formação na área da saúde nos níveis técnico, superior e de pós-graduação, em conformidade com as normativas do Sistema Único de Saúde devendo:

1. Contribuir na formação de profissionais de saúde dos cursos técnicos, de graduação e de pós graduação garantindo campos de prática para atuação de alunos e residentes das instituições de ensino conveniadas ou programas próprios da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas;
2. Disponibilizar a Maternidade de Campinas como campo de prática para os Programas de Residência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, respeitando as normativas da Comissão Nacional de Residência Médica e Comissão Nacional de Residências em Saúde;
3. Disponibilizar aos alunos e residentes normas e rotina dos serviços, protocolos assistenciais, impressos padronizados e demais informações essenciais à atuação dos mesmos;
4. Estabelecer parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde para educação permanente e continuada de seus profissionais, bem como ações de matriciamento para a rede básica de saúde de Campinas;
5. Assegurar a participação dos colaboradores nas capacitações e atualizações disponibilizadas pela SMS.

### 2. Recursos Terapêuticos

A terapêutica deverá seguir rigorosamente a prescrição médica e multiprofissional, incluindo entre outros; dietas específicas, medicamentos, materiais hospitalares, exames laboratoriais e exames de imagem.

Na assistência hospitalar a Maternidade obriga-se a utilizar todos os seus recursos disponíveis ao diagnóstico e tratamento necessários ao atendimento dos pacientes definidos pelos parâmetros do Convênio. Os pacientes deverão ser internados em enfermarias ou quartos com o número máximo de leitos previstos nas normas técnicas para hospitais.

### 3. Alta Hospitalar

Na hipótese de existirem pacientes com maior grau de dependência ou complicações sociais, as quais interfiram diretamente na alta, a Maternidade, através de sua equipe multidisciplinar compromete-se a:

1. Avaliar o cartão de pré-natal e, na ausência de informações preconizadas, realizar contato com a UBS de referência;
2. Anexar cópia integral do cartão de pré-natal no prontuário de todo RN de risco encaminhado para atendimento em UTI ou UCI;
3. Garantir todos os cuidados ao RN de risco após a alta da Unidade de Cuidados Intermediários;
4. Realizar contato em tempo oportuno com a Unidade Básica de Saúde para agendamento da primeira consulta do RN;
5. Realizar o agendamento de consulta no ambulatório especializado indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, para casos que tenham indicação e ou nos serviços disponíveis na rede pública de saúde de Campinas;
6. Elaboração de relatório de Alta e encaminhamento “on-line” aos serviços que realizarão o seguimento ambulatorial;
7. Em casos que necessitem de cuidados especiais, planejar a alta conjuntamente com a UBS, Instituto Padre Haroldo Rahm – Casa da Gestante Puérperas e Bebês e serviços especializados como SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), em tempo oportuno para organização da linha do cuidado;
8. Garantia da continuidade dos cuidados ao binômio mãe/filho em situação de risco assistido em Alojamento Conjunto após alta hospitalar, através do contato com a UBS referendando a situação de risco para visita domiciliar e seguimento clínico precoce;

As partes acordam que as pacientes classificadas como gestantes de baixo risco, terão alta da seguinte forma:

- Parto normal e cesária = Alta a partir de 48 hs de do parto

Compromete-se a elaborar relatório de alta aos usuários em conformidade com a Portaria CIT de nº 33 de 26/10/2017. O cabeçalho deste documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "ESTA CONTA SERÁ PAGA COM RECURSOS PÚBLICOS PROVENIENTES DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS"; Este documento deverá conter 03 (três) vias, sendo a primeira entregue ao paciente a segunda arquivada em seu prontuário e a terceira encaminhada ao Distrito de Saúde que disponibilizará junto às UBS em conformidade com os fluxos estabelecidos pela SMS.

#### 4. Monitoramento e Avaliação

A Maternidade compromete-se a:

- informar diariamente à CSRA o censo diário de pacientes internados através do Sistema CROSS ou outro que venha a substituir, conforme critérios de forma e horário estabelecidos pela CSRA. Em caso de impossibilidade de registro das informações no sistema, por motivos de força maior, deverá ser enviado via e-mail ou fax, o censo, que deverá conter os seguintes dados: registro, nome completo, idade, sexo, leito, CID, data de Internação, número de leito/dia disponível, número de paciente/dia e entradas.

- apresentar os documentos necessários aos auditores vinculados a Coordenadoria Setorial de Avaliação da Produção Técnico Assistencial respeitando as normativas instituídas pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

- apresentar a Coordenadoria Setorial de Avaliação Financeiro Contábil os comprovantes das despesas efetuadas relacionadas ao objeto do convênio em conformidade com as normativas instituídas pelas instâncias de controle interno e externo à Secretaria Municipal de Saúde.

#### VI. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - PORTARIA MS/GM Nº 3.410/2013

Ficam atribuídos ao presente convênio os seguintes recursos financeiros:

| ASSISTÊNCIA  | FONTE MUNICIPAL       | FONTE FEDERAL           | RECURSO TOTAL           |
|--|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Hospitalar   | R\$ 456.916,67        | R\$ 3.094.207,41        | R\$ 3.551.124,08        |
| Ambulatorial, Urgência / Emergência e Banco de Leite |                       | R\$ 106.325,08          | R\$ 106.325,08          |
| Cirurgias Ginecológicas                              | R\$ 167.540,18        | R\$ 49.246,05           | R\$ 216.786,23          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>R\$ 624.456,85</b> | <b>R\$ 3.249.778,54</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b> |

Os Recursos Financeiros para o presente Plano de Trabalho estão em consonância com a Portaria nº 3.410 do Ministério da Saúde e estão distribuídos nos componentes pré fixado e pós fixado, discriminados a seguir:

#### VI.1. RECURSOS FINANCEIROS COMPONENTE PRÉ-FIXADO

| RECURSOS FINANCEIROS COMPONENTE PRÉ FIXADO  | LEGISLAÇÃO   | VALOR DO RECURSO        | FONTE DO RECURSO |
|---|--|-------------------------|------------------|
| MÉDIA DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL - MC - SIA E SIH - SÉRIE HISTÓRICA (abril/2020 a março/2021) | PORTARIA DA CONSOLIDAÇÃO Nº02 DE 28/09/2017  | R\$ 728.760,49          | MAC              |
| INTEGRASUS  | Portaria 504/2007 de 08/03/2007  | R\$ 62.184,24           | MAC              |
| Contratualização - IAC  | Portaria 3130/2008 de 24/12/2008   | R\$ 8.153,98            | MAC              |
|   | Portaria 504/2007 de 08/03/2007  | R\$ 40.769,92           | MAC              |
|   | Portaria 2506/2011 de 26/10/2011   | R\$ 16.481,64           | MAC              |
|   | Portaria 3172/2012   | R\$ 44.964,38           | MAC              |
|   | Portaria 1416/2012   | R\$ 45.479,18           | MAC              |
|   | Portaria 171/2014  | R\$ 221.729,08          | MAC              |
| REDE CEGONHA 10 LEITOS GAR  | Portaria de Consolidação no 6; Título VIII; Capítulo I; Seç I; Art 807; Inc II; Al "g" | R\$ 131.400,00          | REDE CEGONHA     |
| Incentivo Rede Cegonha  | Portaria 1459/2011   | R\$ 130.305,00          | REDE CEGONHA     |
| Incremento Teto Mac   | Ambulatório e Cirurgias Eletivas   | R\$ 49.246,05           | MAC              |
| <b>TOTAL RECURSOS FEDERAL COMPONENTE PRÉ FIXADO</b>   |  | <b>R\$ 1.479.473,96</b> |                  |
| <b>TOTAL RECURSOS MUNICIPAL COMPONENTE PRÉ FIXADO</b>                                       |  | <b>R\$ 2.227.221,25</b> |                  |
| <b>TOTAL RECURSOS COMPONENTE PRÉ FIXADO</b>   |  | <b>R\$ 3.706.695,21</b> |                  |

O Bloco Quantitativo será aferido através das Metas Físicas e o Bloco Qualitativo será aferido conforme as Metas Qualitativas. Ficam atribuídos os seguintes recursos financeiros a cada um dos blocos:

| <b>Valor Atribuído para a Matriz de Monitoramento</b> | <b>Mensal até</b>           |
|---|-----------------------------|
| BLOCO QUANTITATIVO: 60% DO VALOR PRÉ-FIXADO           | R\$ 2.224.017,13            |
| BLOCO QUALITATIVO: 40% DO VALOR PRÉ-FIXADO            | R\$ 1.482.678,08            |
| <b>TOTAL</b>  | <b>Até R\$ 3.706.695,21</b> |

## **VI.2. RECURSOS FINANCEIROS COMPONENTE PÓS-FIXADO**

Recurso Financeiro - Componente Pós Fixado corresponde a até R\$ 167.540,18

| <b>Porte da cirurgia</b> | <b>Valor unitário</b> | <b>Quantitativo</b> | <b>Valor mensal</b>   |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| Pequena cirurgia         | R\$ 1.218,47          | 55                  | R\$ 67.016,07         |
| Grande cirurgia          | R\$ 2.233,87          | 45                  | R\$ 100.524,11        |
| <b>TOTAL</b>             |                       | <b>100</b>          | <b>R\$ 167.540,18</b> |

## **RECURSO FINANCEIRO TOTAL**

| <b>Componente</b> | <b>Fonte Federal</b>        | <b>Fonte Municipal</b>    | <b>Valor Mensal</b>         | <b>Total em 18 meses</b>     |
|-------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>PRÉ FIXADO</b> | R\$ 3.249.778,54            | R\$ 456.916,67            | R\$ 3.706.695,21            | R\$ 66.720.513,78            |
| <b>PÓS FIXADO</b> |                             | R\$ 167.540,18            | R\$ 167.540,18              | R\$ 3.015.723,24             |
| <b>TOTAL</b>      | <b>até R\$ 3.249.778,54</b> | <b>até R\$ 624.456,85</b> | <b>até R\$ 3.874.235,39</b> | <b>até R\$ 69.736.237,02</b> |

## **VII. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Os recursos serão utilizados expressamente para executar o objeto conveniado em conformidade com o Manual de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, a Instrução normativa no 01/2020 do TCESP e as normas do TCU, devendo ser prestado contas de sua totalidade a Coordenadoria Setorial de Avaliação Financeiro Contábil vinculada ao Departamento de Auditoria e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

As despesas dar-se-ão na utilização estimada conforme quadro abaixo:

(MATERNIDADE AJUSTAR EM CONFORMIDADE COM AS ORIENTAÇÕES TRAZIDAS PELA COORDENADORIA SETORIAL DE AVALIAÇÃO FINANCEIRO CONTÁBIL - 4299912)

## **VIII. CONTRAPARTIDA DA MATERNIDADE CAMPINAS**

A CONTRAPARTIDA APRESENTADA NO PLANO DE TRABALHO DEVE SER AJUSTADA. CUMPRE ESCLARECER QUE "OS SERVIÇOS PRESTADOS COM QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL COM A UTILIZAÇÃO DE SUAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS" JÁ É OBJETO DO AJUSTE CONVENIAL, PORTANTO, NÃO PODE SER CONSIDERADO COMO CONTRAPARTIDA.

TODOS OS DEMAIS ITENS, EVENTUALMENTE RELACIONADOS COMO CONTRAPARTIDA DEVERÃO ESTAR VALORADOS E O VALOR APRESENTADO DEVE SER DOCUMENTALMENTE DEMONSTRADO. OS DOCUMENTOS DE DEMONSTRAÇÃO DEVERÃO SER PETICIONADOS JUNTAMENTE COM OFÍCIO FIRMADO PELO REPRESENTANTE DA ENTIDADE RELATANDO E DECLARANDO QUE REFERIDA DOCUMENTAÇÃO TEM A FINALIDADE DE DEMONSTRAR A VALORAÇÃO FIXADA PARA A CONTRAPARTIDA.

Encomplementação a isso o DEAR coloca, no documento 4299912, que "Contrapartida Apresentada: Seja detalhada a parcela relativa aos serviços médicos, fazendo constar sua forma de acompanhamento e fiscalização, ou que esta seja removida"

## **IX. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

Os repasses dos recursos financeiros se darão em conformidade a execução do objeto avaliado e auditado pela CSAPTA, CSRA, Comissão de Acompanhamento, Responsável Técnico pelo Acompanhamento do Convênio e outras instâncias que forem citadas/criadas pelos Órgãos Públicos competentes, condicionado ao

cumprimento das metas quantitativas e qualitativas descritas, referidas metas, na Matriz de Indicadores e também em consonância com a prestação de contas dos recursos repassados.

| FONTE RECURSO | DE | 1° PARCELA<br>OUT/21    | 2° PARCELA<br>NOV/21    | 3° PARCELA<br>DEZ/21     | 4° PARCELA<br>JAN/22    |
|---------------|----|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Federal       |    | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54         | R\$ 3.249.778,54        |
| Municipal     |    | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85           | R\$ 624.456,85          |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b>  | <b>R\$ 3.874.235,39</b> |
| FONTE RECURSO | DE | 5° PARCELA<br>FEV/22    | 6° PARCELA<br>MAR/22    | 7° PARCELA<br>ABR/22     | 8° PARCELA<br>MAI/22    |
| Federal       |    | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54         | R\$ 3.249.778,54        |
| Municipal     |    | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85           | R\$ 624.456,85          |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b>  | <b>R\$ 3.874.235,39</b> |
| FONTE RECURSO | DE | 9° PARCELA<br>JUN/22    | 10° PARCELA<br>JUL/22   | 11° PARCELA<br>AGO/22    | 12° PARCELA<br>SET/22   |
| Federal       |    | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54         | R\$ 3.249.778,54        |
| Municipal     |    | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85           | R\$ 624.456,85          |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b>  | <b>R\$ 3.874.235,39</b> |
| FONTE RECURSO | DE | 13° PARCELA<br>OUT/22   | 14° PARCELA<br>NOV/22   | 15° PARCELA<br>DEZ/22    | 16° PARCELA<br>JAN/23   |
| Federal       |    | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54         | R\$ 3.249.778,54        |
| Municipal     |    | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85           | R\$ 624.456,85          |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b>  | <b>R\$ 3.874.235,39</b> |
| FONTE RECURSO | DE | 17° PARCELA<br>FEV/23   | 18° PARCELA<br>MAR/23   | TOTAL 18 MESES           |                         |
| Federal       |    | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 3.249.778,54        | R\$ 58.496.013,72        |                         |
| Municipal     |    | R\$ 624.456,85          | R\$ 624.456,85          | R\$ 11.240.223,30        |                         |
| <b>TOTAL</b>  |    | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 3.874.235,39</b> | <b>R\$ 69.736.237,02</b> |                         |

## X. VIGÊNCIA

Início a partir de 01 de outubro de 2021 até 31 de março de 2023.

## ANEXO - MATRIZ DE MONITORAMENTO

Matriz TC 08/21

INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO - MATRIZ DE INDICADORES QUALI-QUANTITATIVOS

INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

PORTARIA GM-MS 3.410/2013

PRESTADOR: MATERNIDADE DE CAMPINAS

Período: 01/10/2021 A 31/03/2023

BLOCO QUANTITATIVO (60%) - R\$ 2.224.017,13

| Nº. | indicadores    | Norma de referencia | EIXO PORTARIA GM-MS 3410/13 | META A SER ATINGIDA                 | PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO | MÉTODO DE AVALIAÇÃO | % DESCONTINUAÇÃO FINANCE |
|-----|----------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1   | DISPONIBILIZAR | Portaria            | Gestão                      | 100% dos leitos disponibilizados na | Mensal                     | Relatório mensal da | Meta 100%                |



|   |  |                          |                 |  |        |  |  |
|---|--|--------------------------|-----------------|--|--------|--|--|
|   | 100% DOS LEITOS SUS A COORDENADORIA SETORIAL DE REGULAÇÃO E ACESSO, DENTRO DAS NORMAS E ROTINAS ESTABELECIDAS PELA GESTÃO SUS MUNICIPAL, GARANTINDO AINDA ENVIO DOS CENSOS DIÁRIOS NOS HORÁRIOS - PADRÃO E SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS LEITOS PARA O TOTAL DE INTERNAÇÕES SUS NA INSTITUIÇÃO | MS-GM 3410/2013          |                 | CSRA, 100% dos pacientes internados com ficha de liberação da CROSS e censos apresentados e cumprimento das demais normas regulatórias instituídas |        | CSRA                                       |  |
| 2 | PRODUZIR 2250 DIÁRIAS/MÊS DE ENFERMARIA DENTRO DAS NORMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E NORMAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO SUS MUNICIPAL  | PORTARIA MS-GM 3410/2013 | ATENÇÃO À SAÚDE | 100% DAS DIÁRIAS CONVENIADAS   | MENSAL | DEMONSTRATIVO MENSAL DE PRODUÇÃO DA CSAPTA | 80-100%- : DESCONT ENTRE 7 79,9%: DE DESCONT DO VAL FINANCEI ENTRE 6 69,9%: DE DESCONT DO VAL FINANCEI ABAIXO 59%: PE 35% INCENTIV |
| 3 | PRODUZIR 90 DIÁRIAS/MÊS DE UTI ADULTO DENTRO DAS NORMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E NORMAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO SUS MUNICIPAL  | PORTARIA MS-GM 3410/2013 | ATENÇÃO À SAÚDE | 100% DAS DIÁRIAS CONVENIADAS   | MENSAL | DEMONSTRATIVO MENSAL DE PRODUÇÃO DA CSAPTA | 80-100%- : DESCONT ENTRE 7 79,9%: DE DESCONT DO VAL FINANCEI ENTRE 6 69,9%: DE DESCONT DO VAL FINANCEI ABAIXO 59%: PE 35% INCENTIV |
| 4 | PRODUZIR 660 DIÁRIAS/MÊS DE UTI NEONATAL DENTRO DAS NORMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E NORMAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO SUS MUNICIPAL   | PORTARIA MS-GM 3410/2013 | ATENÇÃO À SAÚDE | 100% DAS DIÁRIAS CONVENIADAS   | MENSAL | DEMONSTRATIVO MENSAL DE PRODUÇÃO DA CSAPTA | 90-100%- desconto. Entre 85 89,9%:20% desconto valor financeiro. Entre 75 84,9%: 35% desconto valo financ                          |

|   |   |                          |                 |                                    |         |        |  |   |
|---|---|--------------------------|-----------------|------------------------------------|---------|--------|--|---|
|   |   |                          |                 |                                    |         |        |  | Abaixo de 79,9%: perde 50% incentivo  |
| 5 | PRODUZIR 510 DIÁRIAS/MÊS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL - UCINCO DENTRO DAS NORMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E NORMAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO SUS MUNICIPAL | PORTARIA MS-GM 3410/2013 | ATENÇÃO À SAÚDE | 100% DAS CONVENIADAS               | DIÁRIAS | MENSAL | DEMONSTRATIVO MENSAL DE PRODUÇÃO DA CSAPTA | 80-100%: 79,9%: ENTRE 79,9%: DE DESCONTO DO VALOR FINANCEIRO ENTRE 69,9%: DE DESCONTO DO VALOR FINANCEIRO ABAIXO 59%: PERDE 35% INCENTIVO |
| 6 | PRODUZIR 60 DIÁRIAS/MÊS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU - UCINCA DENTRO DAS NORMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E NORMAS COMPLEMENTARES DA GESTÃO SUS MUNICIPAL       | PORTARIA MS-GM 3410/2013 | ATENÇÃO À SAÚDE | 100% DAS CONVENIADAS               | DIÁRIAS | MENSAL | DEMONSTRATIVO MENSAL DE PRODUÇÃO DA CSAPTA | 80-100%: 79,9%: ENTRE 79,9%: DE DESCONTO DO VALOR FINANCEIRO ENTRE 69,9%: DE DESCONTO DO VALOR FINANCEIRO ABAIXO 59%: PERDE 35% INCENTIVO |
| 7 | PRODUZIR 13.973 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E BANCO DE LEITE HUMANO LISTADOS NA FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA   | PORTARIA MS-GM 3410/2013 | ATENÇÃO À SAÚDE | 100% DOS PROCEDIMENTOS CONVENIADOS |         | Mensal | DEMONSTRATIVO MENSAL DE PRODUÇÃO DA CSAPTA | 80-100%: 79,9%: ENTRE 79,9%: DE DESCONTO DO VALOR FINANCEIRO ENTRE 69,9%: DE DESCONTO DO VALOR FINANCEIRO ABAIXO 59%: PERDE 35% INCENTIVO |

**BLOCO QUALITATIVO (40%) - R\$ 1.482.678,08**

| Nº. | INDICADORES | NORMA DE REFERENCIA | EIXO PORTARIA GM-MS 3410/13 | META A SER ATINGIDA | PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO | MÉTODO DE AVALIAÇÃO | % DE DESCONTO FINANCEIRO | VALOR SOBRE O QUAL INCIDE A |
|-----|-------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|
|-----|-------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|

|   |  |  |            |   |        |   |   | AVALIAÇÃO (R\$) |
|---|--|--|------------|---|--------|---|---|-----------------|
| 1 | TAXA DE OCUPAÇÃO POR UNIDADE CLÍNICA e MÉDIA DE PERMANÊNCIA NAS UNIDADES CLÍNICAS  | Matriz de indicadores de Desempenho Hospitalar | Gestão     | Taxa de Ocupação: Enfermaria, UTI E UCI mínima de 90% e Média de Permanência: Enfermaria obstétrica cirúrgica 2 dias, Ginecologia cirúrgica 1 dias, UTI Neonatal 10 dias, UTI Adulto 2 dias, UCI 3 dias | Mensal | RELATÓRIO CSRA, 50 % do valor para TO e 50 % do valor para Média de Permanência   | META 100 %<br>Em caso de descumprimento da:<br>TO por ausência de demanda, a Entidade não será descontada caso tenha disponibilizado 100 % dos leitos a CSRA<br>Média de Permanência - excepcionidades poderão ser justificadas pela Entidade e avaliada a pertinência pela SMS | R\$ 164.742,01  |
| 2 | Apresentar relatório de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) monitorado pelo Serviço de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar - SCIH (conforme padrão definido pelo Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo - CVE/SP) à Coordenadoria de Vigilância Sanitária - DEVISA, com o compromisso do SCIH quanto ao desenvolvimento de ações de prevenção e controle de infecção para os seguintes agravos: infecção em cirurgias limpas por especialidade, infecção por procedimentos (incluindo cesárea e mamoplastia); em Unidades de Terapia Intensiva, Infecção Primária de Corrente Sanguínea (laboratorial e clínica), Infecção Urinária relacionada a cateter vesical e Pneumonia associada a ventilação mecânica. Além do monitoramento do consumo de antibiótico em UTI (por Dose Diária Definida) e de produto alcoólico para antisepsia das mãos com o objetivo de direcionamento de ações específicas na política de uso racional de antimicrobiano e de Higiene das mãos, respectivamente. | Plano Municipal de Saúde                       | Vigilância | Envio pela Maternidade de Campinas a Vigilância Sanitária os documentos requisitados por esta até décimo quinto (15º) dia do mês subsequente ao mês de vigiância.                                       | mensal | Relatório mensal da Vigilância Sanitária, com apontamento de conclusões sobre desempenho do padrão de infecções hospitalares da Instituição | META 100%   | R\$ 164.742,01  |

|   |  |                                  |                 |   |        |  |           |                |
|---|--|----------------------------------|-----------------|---|--------|--|-----------|----------------|
| 3 | Boas Práticas de Parto e Nascimento: Implantar ações efetivas para diminuir a taxa de cesarianas na instituição, garantindo realização de partos sem agravos previsíveis associados.   | Portaria MS-GM 1459/2011         | Atenção a saúde | A taxa de cesárea deverá ser igual ou inferior à 50%.   | Mensal | Demonstrativo Mensal de Produção da CSAPTA.  | Meta 100% | R\$ 164.742,01 |
| 4 | Manter escala médica horizontal de pediatras para seguimento de pacientes internados na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e dos binômios internados em Alojamento Conjunto e Alojamento Conjunto Tardio e na Enfermaria de Gestação de Alto Risco. Entende-se como escala horizontal quando a mesma equipe e o mesmo médico atuam diariamente em contraposição a assistência por equipe de plantão, conforme consta do inciso XII, art. 5º da Portaria MS/GM 3390 de 30 de novembro de 2013. Cabe ressaltar que o médico obstetra fará avaliação clínica diária da puérpera para orientações e verificação de qualquer intercorrência, garantindo sua admissão imediata a Enfermaria de Gestação de Alto Risco, se necessário. | PORTARIA MS/GM 3390 DE 30 /12/13 | ATENÇÃO À SAÚDE | Escala Mensal com 100% da necessidade assistencial programada para atendimento horizontal, apresentada à auditoria SUS ao final do mês precedente à execução da mesma | MENSAL | Relatório da Auditoria CSAPTA relativo à análise dos documentos apresentados   | META 100% | R\$ 164.742,01 |
| 5 | Realizar a investigação de 100% das mortes maternas e infantis conforme roteiro preconizado pelo Ministério da Saúde, em impresso padrão e notificação obrigatória à VISA Norte. Manter atuante e efetiva a Comissão de verificação de óbitos Institucional e a participação de membros nas reuniões ordinárias do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil.   | Portaria MS-GM 3410/2013         | ATENÇÃO À SAÚDE | Investigação adequada dos óbitos institucionais, com participação plena nos fóruns da Gestão Municipal.   | Mensal | Relatório Mensal da VISA Norte atestando o cumprimento das etapas pactuadas.   | META 100% | R\$ 164.742,01 |
| 6 | Garantir a realização de triagem neonatal a 100% dos recém nascidos na Maternidade Campinas  |                                  | ATENÇÃO À SAÚDE | Triagem neonatal a 100% dos recém nascidos  | Mensal | Relatório da Entidade contendo relação de neonatos com iniciais e data de nascimento e data de realização do procedimento, | Meta 100% | R\$ 164.742,01 |

|   |   |  |                 |  |        |   |   |                |
|---|---|--|-----------------|--|--------|---|---|----------------|
|   |   |  |                 |  |        | avaliado pelo Departamento de Saúde.<br>Relatório de inconformidades do Departamento de Saúde   |   |                |
| 7 | Cirurgias eletivas - Manter atualizada mensalmente a lista de demanda reprimida cirúrgica das especialidades conforme modelo institucional padronizado e pactuado com a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA).   | Plano Municipal de Saúde                       | Gestão          | Manter as Listas Atualizadas Mensalmente   | MENSAL | Relatório da CSRA, de acompanhamento de lista de espera   | META 100%   | R\$ 164.742,01 |
| 8 | DISPONIBILIZAR MENSALMENTE 640 CONSULTAS MÉDICAS NAS ESPECIALIDADES LISTADAS NO QUADRO DESCRITO NO <u>ITEM 2 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL</u> DO PRESENTE PLANO DE TRABALHO NOS SISTEMAS SOL E CROSS, OU OUTRO QUE VENHA A SUBSTITUIR   | Matriz de indicadores de Desempenho Hospitalar | Gestão          | 100% das vagas.  | MENSAL | 1º Consultas: Relatório mensal do Departamento de Saúde e Relatório mensal da CSRA.<br>Interconsulta e Retornos: Relatório da Entidade contendo as vagas disponibilizadas   | 100% da meta pactuada. A oferta por ventura não disponibilizada por motivos adversos, poderá ser justificada e compensada pela Maternidade no mês seguinte. | R\$ 164.742,01 |
| 9 | Garantir a alta articulada, com relatório qualificado em conformidade com a Portaria CIT nº 33:<br>1 - Entre os serviços - Entidade, Serviço de Atendimento Domiciliar, Unidades Básicas de Saúde - para as usuários com necessidade de acompanhamento especial, com discussão prévia à alta hospitalar;<br>2 - Para os distritos de saúde, de todas as gestantes (partos e patologias obstétricas) atendidas pelo convênio, com envio sistemático, de acordo com diretriz da SMS Campinas, viabilizando o acompanhamento em tempo oportuno ao binômio mãe-bebê pela atenção primária em saúde, por meio eletrônico com cópia ao Departamento de Saúde. | Portaria CIT nº 33 de 26/10/2017               | ATENÇÃO À SAÚDE | Apresentar relatório de alta devidamente preenchido, assinado e cópia anexada ao prontuário do paciente. | MENSAL | Relatório da CSAPTA relativo à qualidade dos documentos apresentados e<br>Relatório da Entidade:<br>1 - relação de usuários com iniciais, data de nascimento e CS de referência, com documentação comprobatória da discussão com os serviços, validado pelo Departamento de Saúde<br>2 - planilha contendo iniciais, data de nascimento e CS de referência, das gestantes atendidas pelo convênio, junto à relatório de inconformidades apresentado pelo Departamento de Saúde. | META 100%<br>50% do valor atribuído ao Relatório CSAPTA<br>50% do valor atribuído ao Relatório DS   | R\$ 127.432,65 |



do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.campinas.sp.gov.br/verifica> informando o código verificador **4339765** e o código CRC **333BB19C**.