



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

1º Trimestre/2024

I – IDENTIFICAÇÃO	
Município: CARAZINHO/RS	Data da Elaboração: 27/04/2024
Prestador: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CARAZINHO - HCC	CNES: 2262274
Nº do Contrato: 170/2022	Ano e Meses Avaliados: Janeiro, Fevereiro e Março de 2024

II – IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO	
Membros	Vinculação
ANA ELISA DA SILVA PÁDUA	Diretora de Contratos
MICHELE DE MORAIS	Faturamento, Tesouraria, Contabilidade ou Auditoria da SMS
LARISSA ROSA GIACOMELLI	Hospital de Caridade de Carazinho
ALBA VALÉRIA COL DEBELLA STEIN	6ª Coordenadoria Regional de Saúde
ANA CRISTINA CANDATEN	Microrregião Carazinho Região Planalto - 17
DARCI ANTÔNIO GUIMARÃES	Conselho Municipal de Saúde
DANIEL SCHU	Secretaria da Fazenda
SÍLVIO JOSÉ SCHNEIDER	Secretaria da Fazenda

III - PRODUÇÃO HOSPITALAR APROVADA					
COMPONENTE PRÉ-FIXADO					
Competência	Produção	Complexidade	Contratado Físico / Financeiro	Aprovado Físico / Financeiro	Diferença
Janeiro	Ambulatorial	Média	216.119,58	173.223,02	-42.896,56
	Hospitalar	Média	442.354,40	348.118,56	-94.235,84
	Subtotal		658.473,98	521.341,58	-137.132,40
Fevereiro	Ambulatorial	Média	216.119,58	239.204,36	23.084,78
	Hospitalar	Média	442.354,40	458.071,77	15.717,37
	Subtotal		658.473,98	697.276,13	38.802,15
Março	Ambulatorial	Média	216.119,58	188.660,19	-27.459,39
	Hospitalar	Média	442.354,40	407.146,88	-35.207,52
	Subtotal		658.473,98	595.807,07	-62.666,91
1º Trimestre	Ambulatorial	Média	648.358,74	601.087,57	-47.271,17
	Hospitalar	Média	1.327.063,20	1.213.337,21	-113.725,99
	Total		1.975.421,94	1.814.424,78	-160.997,16
COMPONENTE PÓS-FIXADO					
Competência	Produção	Complexidade	Valor Contratado	Valor Aprovado	Diferença
Janeiro	Ambulatorial	Alta	390.524,79	413.048,49	22.523,70
	Hospitalar	Alta	157.805,56	109.573,64	-48.231,92
	Subtotal		548.330,35	522.622,13	-25.708,22
Fevereiro	Ambulatorial	Alta	390.524,79	431.908,84	41.384,05



III - PRODUÇÃO HOSPITALAR APROVADA					
	Hospitalar	Alta	157.805,56	135.241,44	-22.564,12
	Subtotal		548.330,35	567.150,28	18.819,93
Março	Ambulatorial	Alta	390.524,79	306.744,66	-83.780,13
	Hospitalar	Alta	157.805,56	187.690,88	29.885,32
	Subtotal		548.330,35	494.435,54	-53.894,81
1º Trimestre	Ambulatorial	Alta	1.171.574,37	1.151.701,99	-19.872,38
	Hospitalar	Alta	473.416,68	432.505,96	-40.910,72
	Total		1.644.991,05	1.584.207,95	-60.783,10
FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES					
Competência	Produção	Financiamento	Valor Contratado	Valor Aprovado	Diferença
Janeiro	Ambulatorial	FAEC	202.463,37	214.556,55	12.093,18
	Hospitalar	FAEC	0,00	0,00	0,00
	Subtotal		202.463,37	214.556,55	12.093,18
Fevereiro	Ambulatorial	FAEC	202.463,37	190.278,45	-12.184,92
	Hospitalar	FAEC	0,00	0,00	0,00
	Subtotal		202.463,37	190.278,45	-12.184,92
Março	Ambulatorial	FAEC	202.463,37	194.543,31	-7.920,06
	Hospitalar	FAEC	0,00	4.213,23	4.213,23
	Subtotal		202.463,37	198.756,54	-3.706,83
1º Trimestre	Ambulatorial	FAEC	607.390,11	599.378,31	-8.011,80
	Hospitalar	FAEC	0,00	4.213,23	4.213,23
	Total		607.390,11	603.591,54	-3.798,57
RESUMO					
Competência	Produção	Complexidade	Valor Contratado	Valor Aprovado	Diferença
Janeiro	Ambulatorial	Média	216.119,58	173.223,02	-42.896,56
		Alta	390.524,79	413.048,49	22.523,70
		FAEC	202.463,37	214.556,55	12.093,18
	Hospitalar	Média	442.354,40	348.118,56	-94.235,84
		Alta	157.805,56	109.573,64	-48.231,92
		FAEC	0,00	0,00	0,00
Subtotal			1.409.267,70	1.258.520,26	-150.747,44
Fevereiro	Ambulatorial	Média	216.119,58	239.204,36	23.084,78
		Alta	390.524,79	431.908,84	41.384,05
		FAEC	202.463,37	190.278,45	-12.184,92
	Hospitalar	Média	442.354,40	458.071,77	15.717,37
		Alta	157.805,56	135.241,44	-22.564,12
		FAEC	0,00	0,00	0,00
Subtotal			1.409.267,70	1.454.704,86	45.437,16



III - PRODUÇÃO HOSPITALAR APROVADA					
Março	Ambulatorial	Média	216.119,58	188.660,19	-27.459,39
		Alta	390.524,79	306.744,66	-83.780,13
		FAEC	202.463,37	194.543,31	-7.920,06
	Hospitalar	Média	442.354,40	407.146,88	-35.207,52
		Alta	157.805,56	187.690,88	29.885,32
		FAEC	0,00	4.213,23	4.213,23
Subtotal			1.409.267,70	1.288.999,15	-120.268,55
4º Trimestre	Ambulatorial	Média	648.358,74	601.087,57	-47.271,17
		Alta	1.171.574,37	1.151.701,99	-19.872,38
		FAEC	607.390,11	599.378,31	-8.011,80
	Hospitalar	Média	1.327.063,20	1.213.337,21	-113.725,99
		Alta	473.416,68	432.505,96	-40.910,72
		FAEC	0,00	4.213,23	4.213,23
Total			4.227.803,10	4.002.224,27	-225.578,83

IV – METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS CONTRATADAS									
Especificação	Valor de Referência	Janeiro		Fevereiro		Março		1º Trimestre	
		Pontos	Repasso	Pontos	Repasso	Pontos	Repasso	Pontos	Repasso
Componentes Pré-Fixados condicionados ao Cumprimento de Metas	R\$ 658.473,98	60	80%	85,5	100%	76	90%	78	90%
DESCONTO À SER PROMOVIDO		R\$ 131.694,80		R\$	-	R\$ 65.847,40			

IV.A - METAS QUANTITATIVAS											
Item	Código SUS	Especificação	Meta Pactuada	Janeiro		Fevereiro		Março		1º Trimestre	
				Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
1.01	02.02	Diagnóstico em Laboratório Clínico	7.000	6.717	2	6.209	1	6.562	2	19.488	2
1.02	02.03	Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica	80	32	0	169	2	29	0	230	2
1.03	02.04	Diagnóstico por Radiologia	900	644	1	1.089	2	793	1	2.526	2
1.04	02.05	Diagnóstico por Ultrassonografia	450	471	2	636	2	508	2	1.615	2
1.05	02.06	Diagnóstico por tomografia	500	473	2	744	2	616	2	1.833	2
1.06	02.07	Diagnóstico por ressonância magnética	100	74	1	103	2	79	1	256	1
1.07	02.09	Diagnóstico por Endoscopia	100	83	1	116	2	32	0	231	1
1.08	03.01.06.011-8	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	3.750	3.267	1	4.959	5	4.228	3	12.454	3
1.09	03.01.06.002-9 03.01.06.006-1 03.01.06.010-0	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	4.500	5.445	5	8.044	5	7.482	5	20.971	5
1.10	03.01.01.017-0	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	100	124	2	193	2	104	2	421	2



IV.A - METAS QUANTITATIVAS

Item	Código SUS	Especificação	Meta Pactuada	Janeiro		Fevereiro		Março		1º Trimestre	
				Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
	03.01.06.006-1 CBO 2251-09	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico Nefrologista									
1.11	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2251-12	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA ATENCAO ESPECIALIZADA Médico neurologista	100	90	1	95	1	72	0,5	257	0,5
1.12	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2251-20	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico cardiologista	300	208	0	225	1	313	2	746	1
1.13	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2252-70	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA ATENCAO ESPECIALIZADA Médico ortopedista e traumatologista	300	186	0	173	0	400	2	759	1
1.14	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2252-25	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA ATENCAO ESPECIALIZADA Médicocirurgião geral	100	164	1	182	1	245	1	591	1
1.15	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2251-21	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico oncologista clínico	100	380	1	437	1	419	1	1.236	1
1.16	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2251-24	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico pediatra	100	30	0	119	1	62	0	211	0,5
1.17	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2251-27	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico pneumologista	100	162	1	159	1	181	1	502	1
1.18	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2251-65	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico gastroenterologista	100	17	0	44	0	59	0	120	0
1.19	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2252-03	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico em cirurgia vascular	100	26	0	31	0	34	0	91	0
1.20	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2252-50	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico ginecologista e obstetra	100	52	0	84	0,5	99	1	235	0,5
1.21	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2252-60	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médiconeurocirurgião	100	7	0	11	0	18	0	36	0
1.22	03.01.01.017-0 03.01.06.006-1 CBO 2252-85	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Médico urologista	100	36	0	28	0	7	0	71	0
1.23	03.03.09 04.04	Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	50	20	0	37	1	63	2	120	1
1.24	03.04	Tratamento em oncologia	440	499	2	478	2	326	1	1.303	2
1.25	03.03.03	Tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	20	2	0	9	0	6	0	17	0
1.26	03.03.04	Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico	15	19	1	17	1	18	1	54	1
1.27	03.03.06	Tratamento de doenças cardiovasculares	30	21	0,5	22	0,5	26	0,5	69	0,5
1.28	03.03.07	Tratamento de doenças do aparelho digestivo	30	25	0,5	33	1	28	1	86	1
1.29	03.03.08	Tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	4	0,5	10	1	10	1	24	1
1.30	03.03.14	Tratamento de doenças do ouvido/apófise mastoide e vias aéreas	40	19	0	37	1	29	0,5	85	0,5
1.31	03.03.15	Tratamento das doenças do aparelho geniturinário	5	9	1	10	1	15	1	34	1
1.32	03.03.16	Tratamento de algumas afecções originadas no período neonatal	5	1	0	7	1	4	0,5	12	0,5
1.33	03.03.17	Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	25	15	0	29	1	29	1	73	1



IV.B - METAS QUALITATIVAS										
Item	Nome do Indicador de Qualidade	Meta Pactuada	Janeiro		Fevereiro		Março		1º Trimestre	
			Meta	Pts	Meta	Pts	Meta	Pts	Meta	Pts
2.22	Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico por classificação de risco AMARELO	<= 30	54	0	45	0	48	0	49	0
2.23	Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico por classificação de risco VERDE	<= 60	95	0	78	0	110	0	94	0
2.24	Tempo médio para acolhimento de enfermagem com classificação de risco	<= 8	14	0	12	0	11	0	12	0
2.25	Taxa de Uso de Prontuário Eletrônico de Paciente (PEP)	>= 90 ou >= 70	85	1	85	1	85	1	85	1
PONTUAÇÃO QUALITATIVA			28		34		30		30	

V – COMPROMISSOS E/OU METAS ESPECÍFICAS DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

V.1 – INCENTIVOS FEDERAIS

V.1.1 - INCENTIVO DE INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – INTEGRASUS

Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março	
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui registro nos órgãos competentes federais, estaduais e municipais incumbidos do cadastro de instituições de assistência social beneficente, educacional ou de saúde	SIM	10	SIM	10	SIM	10
2. Possui Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social/CEBAS, emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS	SIM	5	SIM	5	SIM	5
3. Disponibiliza, no mínimo, 70% dos leitos ativos ao SUS	SIM	5	SIM	5	SIM	5
4. Disponibiliza, no mínimo, 70% dos atendimentos ambulatoriais ao SUS	SIM	5	SIM	5	SIM	5
5. Disponibiliza todos os leitos contratados pelo SUS na Central de Leitos do Estado ou Município, ou na Central de Regulação quando implantada	SIM	5	SIM	5	SIM	5
6. Disponibiliza as Consultas na Central de Marcação de Consultas do Estado ou Município ou na Central de Regulação quando implantada;	SIM	5	SIM	5	SIM	5
7. Presta Assistência em Urgência e Emergência, durante as 24 horas do dia;	SIM	5	SIM	5	SIM	5
8. Presta atendimento, para a cobertura da região de influência, nas especialidades básicas, com agregação tecnológica necessária para a assistência ao parto de alto risco e/ou a realização de cirurgias de grande porte e/ou assistência em pelo menos uma das especialidades estratégicas, definidas pelo gestor estadual, tais como: ortopedia, cardiologia e neurologia;	SIM	5	SIM	5	SIM	5
9. Realiza atendimento, comprovado no Banco de Dados do SUS, de pelo menos 20% de clientela referenciada de outros municípios;	SIM	5	SIM	5	SIM	5
10. Possui, pelo menos 05 (cinco) leitos de UTI cadastrados no SUS	SIM	5	SIM	5	SIM	5
11. Afixa, em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição	SIM	5	SIM	5	SIM	5
12. Mantém taxa de cesariana acordada na pactuação do estado	SIM	5	SIM	5	SIM	5
13. Informa na sua totalidade as internações de pacientes não usuários do SUS por meio da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH	SIM	5	SIM	5	SIM	5
14. Assume co-responsabilidade na melhoria de indicadores de saúde, tais como: mortalidade infantil, mortalidade materna, índice de infecção hospitalar	SIM	5	SIM	5	SIM	5
15. Apresenta percentual de devolução das cartas enviadas pelo Ministério da Saúde, (por erro no preenchimento na identificação do paciente), de no máximo 10%	SIM	5	SIM	5	SIM	5
16. Não possui denúncias de cobranças indevidas ou de mau atendimento a usuários do SUS, ou quando houver, ter efetivado 100% das correções no prazo máximo de 90 (noventa) dias após o recebimento da denúncia	SIM	5	SIM	5	SIM	5
17. Implantou Central de Atendimento ao Usuário com rotina de coleta de opinião e reclamação sobre os serviços prestados	SIM	5	SIM	5	SIM	5
18. Firmou Contrato de Metas com a Secretaria Municipal de Saúde	SIM	5	SIM	5	SIM	5
19. Constituiu Comissão Paritária de Acompanhamento do INTEGRASUS, com a participação do Conselho Superior da Entidade, representação do gestor estadual, do gestor municipal da cidade onde o hospital esteja instalado e demais gestores municipais do SUS dos municípios que integrem sua jurisdição/área de abrangência	SIM	5	SIM	5	SIM	5



V – COMPROMISSOS E/OU METAS ESPECÍFICAS DOS INCENTIVOS FINANCEIROS							
V.1 – INCENTIVOS FEDERAIS							
V.1.1 - INCENTIVO DE INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – INTEGRASUS regional							
PONTUAÇÃO TOTAL				100	100	100	

V.1.2 - INCENTIVO DE ADESÃO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC							
Não se aplica.							

V.1.3 - UTI ADULTO RUE TIPO II – QUALIFICADOS							
Código SUS	Descrição	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
82.74 CNES	UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS	5	100	5	100	5	100
PONTUAÇÃO TOTAL		100		100		100	

V.1.4 - LEITOS DE SAÚDE MENTAL							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
87 CNES	LEITOS DE SAÚDE MENTAL	4	100	4	100	4	100
PONTUAÇÃO TOTAL		100		100		100	

V.1.5 - INCENTIVO EQUIPAMENTOS HEMODIÁLISE - DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
-	Máquinas Hemodiálise	16	100	16	100	16	100
PONTUAÇÃO TOTAL		100		100		100	

V.1.6 - ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR - PISO DE ENFERMAGEM							
Competência	Repasso do Município				Repasso aos Profissionais		
	Portaria Municipal	Valor HCC	Valor SAMU	Total Repassado	Valor Pago	Data do Pgto	Diferença
Janeiro	Portaria nº 131/2024	153.859,75	4.023,98	157.883,73	153.713,17	08/03/24	- 4.170,56
Fevereiro	Portaria nº 157/2024	150.013,90	4.023,98	154.037,88	154.037,88	18/03/24	-
Março	Portaria nº 207/2024	153.935,76	4.267,89	158.203,65	156.813,47	18/04/24	-1.390,18
VALOR TOTAL		457.809,41	12.315,85	470.125,26	464.564,52	464.564,52	- 5.560,74



V.2 – INCENTIVOS ESTADUAIS						
V.2.1 - PORTA DE ENTRADA - RUE						
Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março	
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
2. Dispõe de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
3. Submete-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
4. Acolhe, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
5. Possui sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
6. Estabelece e adota protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
7. Tem implantado processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
8. Articula com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
9. Submete-se à regulação estadual?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
10. Possui equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
11. Organiza o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
12. Tem implantado mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de leitos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
13. Garante a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional ou por definição da Secretaria Estadual de Saúde?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
14. Garante o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
15. Realiza o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
16. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular?	SIM	10	SIM	10	SIM	10
17. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista?	SIM	10	SIM	10	SIM	10
18. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
PONTUAÇÃO TOTAL	100		100		100	

V.2.2 - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ ORTOPEDIA							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
03.01.01.007-2 CBO 2252-70	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	160	0	134	0	386	20
04.08	CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	28	10	41	20	39	20
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA						
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada?		SIM	4	SIM	4	SIM	4



2. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais?	SIM	2	SIM	2	SIM	2
3. Possui equipe de enfermagem?	SIM	1	SIM	1	SIM	1
4. Possui técnico de gesso?	SIM	1	SIM	1	SIM	1
5.1 Disponibiliza os seguintes exames: 02.02 - Exames laboratoriais	SIM	2	SIM	2	SIM	2
5.2 Disponibiliza os seguintes exames: 02.04 - Raio X	SIM	2	SIM	2	SIM	2
5.3 Disponibiliza os seguintes exames: 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	SIM	2	SIM	2	SIM	2
5.4 Disponibiliza os seguintes exames: 02.05 - Ultrassonografia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
5.5 Disponibiliza os seguintes exames: 02.07 - RNM (pode ser terceirizado)	SIM	2	SIM	2	SIM	2
5.6 Disponibiliza os seguintes exames: 02.06 - Tomografia Computadorizada (pode ser terceirizado)	SIM	2	SIM	2	SIM	2
6. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia para unidade habilitada em alta complexidade em traumatologia/ortopedia quando necessário? (SIM	2	SIM	2	SIM	2
7. Referência os pacientes para os serviços de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs quando necessário?	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8. Referência os pacientes para os serviços de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós cirúrgico quando necessário?	SIM	2	SIM	2	SIM	2
9. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?	SIM	2	SIM	2	SIM	2
10.1 Quais subespecialidades atende? 04.08.01 – Cintura Escapular - ENMG, videartroscopia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
10.2 Quais subespecialidades atende? 04.08.02 – Membros Superiores - ENMG	SIM	2	SIM	2	SIM	2
10.3 Quais subespecialidades atende? 04.08.03 – Coluna Vertebral e Caixa Torácica	SIM	2	SIM	2	SIM	2
10.4 Quais subespecialidades atende? 04.08.04 – Cintura Pélvica	SIM	2	SIM	2	SIM	2
10.5 Quais subespecialidades atende? 04.08.05 – Membros Inferiores - ENMG, videartroscopia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
10.6 Quais subespecialidades atende? 04.08.06 - Gerais	SIM	2	SIM	2	SIM	2
11. Procedimentos cirúrgicos que ocorreram na forma de organização 04.08.06	7,1	10	9,8	10	5,1	10
12. Procedimentos cirúrgicos deverão ocorrer nas subespecialidades prioritárias	92,9	10	90,2	10	94,9	10
PONTUAÇÃO TOTAL		70		80		100

V.2.3 - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
03.01.01.007-2 CBO 2252-25	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	155	0	175	0	186	0
04.07	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	24	15	35	30	39	30
04.09.04.024-0	VASECTOMIA						
04.02	CIRURGIA DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS						
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui médico cirurgião geral com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada?		SIM	10	SIM	10	SIM	10
2. Possui equipe de enfermagem?		SIM	4	SIM	4	SIM	4
3.1 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.02 - Exames laboratoriais		SIM	4	SIM	4	SIM	4
3.2 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.04 - RX		SIM	4	SIM	4	SIM	4
3.3 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.11.02.003-6 – Eletrocardiograma		SIM	4	SIM	4	SIM	4
3.4 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.05 - Ultrassonografia		SIM	4	SIM	4	SIM	4
4. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário?		SIM	5	SIM	5	SIM	5



5. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
PONTUAÇÃO TOTAL	55		70		70	

V.2.4 - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
03.01.01.007-2 CBO 2251-20	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	208		225		225	
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	21	30	20	60	21	60
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	0		0		0	
02.11.02.004-4	HOLTER	0		0		0	
02.11.02.006-0	PROVA DE ESFORÇO	0		0		0	
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui médico cardiologia, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais?		SIM	8	SIM	8	SIM	8
2. Possui nutricionista?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
3. Possui equipe de enfermagem?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
4.1 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.02 - Exames laboratoriais		SIM	4	SIM	4	SIM	4
4.2 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma		SIM	4	SIM	4	SIM	4
4.3 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico		SIM	4	SIM	4	SIM	4
4.4 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico		SIM	4	SIM	4	SIM	4
4.5 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.11.02.004-4 - Holter		SIM	4	SIM	4	SIM	4
4.6 Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos? 02.11.02.006-0 - Prova de esforço		SIM	4	SIM	4	SIM	4
5. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em cardiologia quando necessário?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
6. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
PONTUAÇÃO TOTAL		70		100		100	

V.2.5 - MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL							
Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março		
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts	
1. Atende à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertence?	SIM	3	SIM	3	SIM	3	
2. Está articulada em rede para receber todos os encaminhamentos advindos da atenção primária à saúde e/ou intercorrências/emergências, durante a gestação ou puerpério e entende e cumpre a de, nas situações em que a gestante estiver internada em uma maternidade de risco habitual e necessite de atendimento de alto risco, seguir o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro de sua referência pactuada?	SIM	3	SIM	3	SIM	3	
3. Assume a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e a encaminha ao serviço de maior complexidade sempre que necessário?	SIM	3	SIM	3	SIM	3	
4. Dispõe de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesista e enfermeiro nas 24 horas do dia, e assume o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial?	SIM	3	SIM	3	SIM	3	
5. Cumpre os dispositivos das diretrizes de atenção ao parto normal e ao parto cesariano, conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)?	SIM	3	SIM	3	SIM	3	
6. Segue as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização?	SIM	3	SIM	3	SIM	3	



V.2.5 - MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL						
Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março	
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
7. Assegura o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
8. Garante a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108/2005?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
9. Realiza ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
10. Orienta de forma precisa o acesso e uso dos métodos contraceptivos no puerpério, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de escolha da mulher, de modo a não ter uma gravidez não planejada?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
11. Assume o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
12. Realiza a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
13. Realiza a atenção ao puerpério imediato e garantir a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido através do sistema de referência e contrarreferência com a equipe de atenção primária?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
14. Realiza o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme o estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
15. Encaminha a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
16. Realiza as notificações e investigações sanitárias vigentes, principalmente a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais e para as notificações compulsórias de doenças e agravos durante a gestação em casos de violência?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
17. Estabelece e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 70%, considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
18. Atende às exigências de infraestrutura física, processos e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde para uma ambiência e realização dos procedimentos adequados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
19. Realiza o atendimento hospitalar integral em situações de abortamento utilizando as recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
20. Segue as boas práticas do parto e nascimento conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
21. Segue as recomendações de segurança do paciente conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
22. Assegura o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
23. Comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
24. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
25. Possui Médico Obstetra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?	SIM	5	SIM	5	SIM	5
26. Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?						
27. Possui Médico Anestesiologista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?						
28. Apresenta um quantitativo mínimo de 365 nascimentos anualmente, dado obtido a partir do relatório SINASC	SIM	11	SIM	11	SIM	11
PONTUAÇÃO TOTAL		90		90		90

V.2.6 - EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS						
Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março	
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts



V.2.6 - EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS

Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março	
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Acolhe a todos pacientes com diagnóstico já firmado de câncer ou aqueles que apresentam suspeitas clínicas e foram encaminhados à unidade oncológica e precisam de exames para o diagnóstico?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
2. Ampliou a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
3. Alimenta e atualiza o Sistema GERCON diariamente, nos cinco dias úteis da semana?	SIM	3	SIM	3	SIM	3
4. Possui Ambulatório (Próprio) para demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para a respectiva habilitação	SIM	3	SIM	3	SIM	3
5. Possui Pronto Atendimento (Próprio) de 24 horas	SIM	3	SIM	3	SIM	3
6.1 Possui serviços de diagnóstico clínico e cirúrgico (Próprio ou Terceirizado) de Endoscopia Digestiva Alta	SIM	2	SIM	2	SIM	2
6.2 Possui serviços de diagnóstico clínico e cirúrgico (Próprio ou Terceirizado) de Retossigmoidoscopia e Colonoscopia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
6.3 Possui serviços de diagnóstico clínico e cirúrgico (Próprio ou Terceirizado) de Endoscopia Urológica	SIM	2	SIM	2	SIM	2
7.1 Possui serviços de diagnóstico clínico e cirúrgico (Próprio se com cirurgia de cabeça ou pescoço) de Laringoscopia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
7.2 Possui serviços de diagnóstico clínico e cirúrgico (Próprio se com Cirurgia Torácica) de Mediastinoscopia, pleurososcopia e broncoscopia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
7.3 Possui serviços de diagnóstico clínico e cirúrgico (Próprio) de Laparoscopia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.1 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Bioquímica	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.2 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Hematologia Geral	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.3 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Citologia de líquidos e líquido	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.4 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Parasitologia	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.5 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Bacteriologia e antibiograma	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.6 Possui laboratório de patologia clínica (próprio) para Gasometria arterial	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.7 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Imunologia geral	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.8 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Dosagem de hormônios e outros marcadores tumorais	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.9 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Dosagem de fração beta da gonadotrofina coriônica (BhCG)	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.10 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Dosagem de antígeno prostático específico (PSA)	SIM	2	SIM	2	SIM	2
8.11 Possui laboratório de patologia clínica (próprio ou terceirizado) para Dosagem de alfa-fetoproteína (AFP)	SIM	2	SIM	2	SIM	2
9.1 Possui diagnóstico por imagem (próprio) para Radiologia geral	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.2 Possui diagnóstico por imagem (próprio ou terceirizado) para Mamografia	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.3 Possui diagnóstico por imagem (próprio ou terceirizado) para Ultrasonografia com Doppler colorido	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.4 Possui diagnóstico por imagem (próprio ou terceirizado) para Tomografia computadorizada	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.5 Possui diagnóstico por imagem (próprio ou terceirizado) para Ressonância magnética	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.6 Possui diagnóstico por imagem (próprio ou terceirizado) para Medicina nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas vigentes	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.7 Possui laboratório de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) para Citologia	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.8 Possui laboratório de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) para Histologia	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.9 Possui laboratório de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) para Biópsia de congelação	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.10 Possui laboratório de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) para Imunohistoquímica de neoplasia malignas	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9.11 Possui laboratório de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) para Determinação de receptores tumorais para estrogênios e progesterona	SIM	1	SIM	1	SIM	1



V.2.6 - EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS

Especificação	Janeiro		Fevereiro		Março	
	Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
10. Possui enfermaria (própria) para clínica médica e demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para a respectiva habilitação	SIM	3	SIM	3	SIM	3
11. Possui centro-cirúrgico (próprio) compatível com as respectivas especialidades cirúrgicas	SIM	3	SIM	3	SIM	3
12. Possui unidade de terapia intensiva (próprio) compatível com as respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas	SIM	3	SIM	3	SIM	3
13. Possui hemoterapia (próprio) para agência transfusional	SIM	3	SIM	3	SIM	3
14. Possui farmácia hospitalar conforme as normas sanitárias vigentes	SIM	3	SIM	3	SIM	3
15.1 Possui apoio multidisciplinar (próprio ou terceirizado) para Psicologia clínica	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.2 Possui apoio multidisciplinar (próprio) para Serviço social	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.3 Possui apoio multidisciplinar (próprio) para Nutrição	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.4 Possui apoio multidisciplinar (próprio) para Cuidados ostomizados	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.5 Possui apoio multidisciplinar (próprio ou terceirizado) para Fisioterapia	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.6 Possui apoio multidisciplinar (próprio ou terceirizado) para reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.7 Possui apoio multidisciplinar (próprio, terceirizado ou sob regulação do gestor) para Odontologia	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.8 Possui apoio multidisciplinar (próprio, terceirizado ou sob regulação do gestor) para Psiquiatria	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.9 Possui apoio multidisciplinar (próprio, terceirizado ou sob regulação do gestor) para Terapia renal substitutiva	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.10 Possui outras terapias especializadas (próprio, terceirizado ou sob regulação do gestor) para Iodoterapia	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15.11 Possui outras terapias especializadas (próprio, terceirizado ou sob regulação do Sistema Nacional de Transplantes) para Transplantes	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
16.1 Possui cuidados paliativos (próprio ou sob regulação do gestor) para Assistência ambulatorial	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
16.2 Possui cuidados paliativos (próprio) para Internações por intercorrências	SIM	2	SIM	2	SIM	2
16.3 Possui cuidados paliativos (próprio ou sob regulação do gestor) para Internações de longa permanência	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
16.4 Possui cuidados paliativos (próprio ou sob regulação do gestor) para Assistência domiciliar	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
17. Possui serviço de cirurgia (próprio) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para a respectiva habilitação	SIM	3	SIM	3	SIM	3
18. Possui serviço de oncologia clínica (próprio) conforme a respectiva habilitação	SIM	3	SIM	3	SIM	3
PONTUAÇÃO TOTAL		93		93		93

V.2.7 – LEITOS DE UTI E UCI

Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
75 CNES	UTI ADULTO - TIPO II	7	30	7	30	8	30
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Apresenta uma taxa de ocupação mínima de 80% a ser avaliada trimestralmente, e considerando a melhoria constante da qualificação assistencial?		100%	30	100%	30	100%	30
2. Está adequado e cumpre os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a Portaria MS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde?		SIM	10	SIM	10	SIM	10
3. Publica, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico?		SIM	5	SIM	5	SIM	5
4. Possui 01 (um) médico diarista/rotineiro, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto		SIM	10	SIM	10	SIM	10



5. Possui no mínimo 01 (um) médico plantonista em cada turno	SIM	5	SIM	5	SIM	5
6. Possui no mínimo 01 (um) enfermeiro assistencial em cada turno	SIM	3	SIM	3	SIM	3
7. Possui no mínimo 01 (um) fisioterapeuta, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação	SIM	3	SIM	3	SIM	3
8. Possui técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno	SIM	2	SIM	2	SIM	2
9. Possui no mínimo 01 (um) auxiliar administrativo exclusivo da unidade	SIM	1	SIM	1	SIM	1
10. Possui funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno	SIM	1	SIM	1	SIM	1
PONTUAÇÃO TOTAL		100		100		100

V.2.8 - LEITOS DE SAÚDE MENTAL							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
87 CNES	LEITOS DE SAÚDE MENTAL	14	40	14	40	14	40
47 CNES	LEITOS DE PSIQUIATRIA						
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Taxa de ocupação de Leitos de Saúde Mental		SIM	1	SIM	1	SIM	1
2. Possui 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
3. Possui 01 enfermeiro por turno?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
4. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
5. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
6. Trabalha para a melhoria constante da qualificação assistencial?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
7. Disponibiliza, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
8. Oferece educação permanente no ambiente hospitalar e em articulação com os demais equipamentos do território, organizando roteiro em educação permanente, o qual deverá ser implementado junto às diferentes equipes intersetoriais de acordo com as necessidades identificadas?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
9. Elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
10. Utiliza as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
11. Participa das reuniões da RAPS local e dos Grupos Condutores Regionais para pactuação e acompanhamento da linha de cuidado em saúde mental, com construção conjunta de fluxos de rede de saúde e intersetorial e garantia de acolhimento em diferentes portas de entrada?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
12. Atende às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
13. Garante o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver a presença do médico psiquiatra na admissão do usuário?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
14. Garante as ações de interconsulta com as demais equipes do hospital e equipes de outros serviços da rede de referência do usuário na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
15. Garante a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
16. Articula com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do cuidado?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
17. Promove atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
18. Proporciona aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra hospitalar durante a internação?		SIM	1	SIM	1	SIM	1
19. Considera a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente?		SIM	1	SIM	1	SIM	1



V.2.8 - LEITOS DE SAÚDE MENTAL							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
	20. Fornece o formulário de solicitação de psicofármacos, quando for o caso, preenchido e assinado pelo médico responsável, para garantia do seguimento do tratamento medicamentoso fora da Instituição?	SIM	1	SIM	1	SIM	1
	21. O número de leitos de atenção integral em Saúde Mental não excede o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral?	SIM	1	SIM	1	SIM	1
PONTUAÇÃO TOTAL		61		61		61	

V.3 – INCENTIVOS MUNICIPAIS							
V.3.1 - LEITOS DE UTI - ADULTO II							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
75 CNES	UTI ADULTO - TIPO II ((SUS)	7	50	7	50	8	50
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional		SIM	1	SIM	1	SIM	1
2. Dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços de apoio diagnóstico e terapêutica:							
a) Centro cirúrgico;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
b) Serviço radiológico convencional;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
c) Serviço de ultrassonografia portátil		SIM	1	SIM	1	SIM	1
d) Serviço de ecodopplercardiografia;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
e) Hemogasômetro 24 horas;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
f) Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia.		SIM	1	SIM	1	SIM	1
3. Garante acesso em tempo hábil aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica, no hospital ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado com grade de referência estabelecida oficialmente e validado pelas centrais de regulação:							
a) Cirurgia Cardiovascular;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
b) Cirurgia Vascular;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
c) Cirurgia Neurológica;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
d) Cirurgia Ortopédica;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
e) Cirurgia Urológica;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
f) Cirurgia Bucomaxilofacial;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
g) Radiologia intervencionista;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
h) Ressonância Magnética;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
i) Tomografia Computadorizada;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
j) Anatomia Patológica;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
k) Agência Transfusional 24 horas.		SIM	1	SIM	1	SIM	1
4. Cumpre com as normas para ambiência e estrutura física estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.		SIM	1	SIM	1	SIM	1
5. Possui 01 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de médico rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
6. Possui 01 (um) médico rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;		SIM	1	SIM	1	SIM	1
7. Possui 01 (um) médico plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, com no mínimo três certificações entre as descritas a seguir: a) Suporte avançado de vida em cardiologia; b) Fundamentos em medicina intensiva; c) Via aérea difícil; d) Ventilação mecânica ee) Suporte do doente neurológico grave.		SIM	1	SIM	1	SIM	1



V.3 – INCENTIVOS MUNICIPAIS						
V.3.1 - LEITOS DE UTI - ADULTO II						
8. Possui 01 (um) enfermeiro coordenador, com jornada mínima de 04 horas diárias, podendo acumular o papel de enfermeiro rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9. Possui 1 (um) enfermeiro rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
10. Possui 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
11. Possui 01 (um) fisioterapeuta responsável técnico, com jornada diária mínima de 06 horas, com no mínimo 02 anos de experiência profissional, comprovada em Unidade de Terapia Intensiva;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
12. Possui 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
13. Possui 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
14. Possui 01 (um) psicólogo disponível para a unidade;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15. Possui Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
16. Possui Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno	SIM	1	SIM	1	SIM	1
17. Os seguintes recursos assistenciais deverão ser garantidos no hospital por meios próprios ou terceirizados, com os seguintes serviços à beira do leito:						
a) Assistência nutricional;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
b) Terapia nutricional (enteral e parenteral);	SIM	1	SIM	1	SIM	1
c) Assistência farmacêutica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
d) Assistência clínica vascular;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
e) Assistência clínica cardiovascular;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
f) Assistência clínica neurológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
g) Assistência clínica ortopédica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
h) Assistência clínica urológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
i) Assistência clinicogastroenterológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
j) Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
k) Assistência clínica hematológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
l) Assistência clínica hemoterápica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
m) Assistência clínica oftalmológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
n) Assistência clínica otorrinolaringológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
o) Assistência clínica de infectologia;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
p) Assistência clínica cirúrgica geral;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
q) Assistência clínica ginecológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
r) Assistência odontológica;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
s) Assistência de terapia ocupacional;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
t) Assistência social;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
u) Assistência endocrinológica;	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
v) Serviço de radiografia móvel;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
w) Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
x) Serviço de fibrobroncoscopia;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
y) Serviço de eletroencefalografia; e	SIM	1	SIM	1	SIM	1



V.3 – INCENTIVOS MUNICIPAIS

V.3.1 - LEITOS DE UTI - ADULTO II

z) Capacidade de comprovação de morte encefálica.		SIM	1	SIM	1	SIM	1
PONTUAÇÃO TOTAL							

ESPECIFICAÇÃO		MÊS JANEIRO																																	
ESPECIALIDADE	TIPO	NOME DO PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total Horas	
Plantão UTI	Presencial	Adriana Rahann				12								12							12							12				1		49	
		Alessandro Poletto			23											12															12				47
		André Lau				12		18				12							24	12			18		24					6	19			145	
		Bruna Almeida	6	6		6							6	6						6	6			6			6		6					60	
		Camila Almeida	6				6			1	11				6	6						6	6						6	6		5		65	
		Bruna Largura				6		6								6																		18	
		Franciele Giasson						6		6						6	6						6					6		6			23	65	
		Gerson Urnau		12				12				12				12		24					12,0					12,0		12		24		132	
		Lucas Lima										23																						23	
		Roselei Graebin					6									6							6							6				24	
		Silvano Pauletti	18		1	6				18		1	6					18		6						18								92	
		Vinicius Weber																										24						24	
				Nome do Médico 3																															
				Nome do Médico 4																															
				Subtotal de Horas	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	25	23	744	

ESPECIFICAÇÃO		MÊS FEVEREIRO																																	
ESPECIALIDADE	TIPO	NOME DO PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total Horas	
Plantão UTI	Presencial	Adriana Rahann	12				12	12														12							12				60		
		Alessandro Poletto										24					14															12		50	
		André Lau											13			6		18	11			18				24,0	12			6			108		
		Bruna Almeida	6			6	6		6							4	6	5	6	6			6	6				6	6	6			81		
		Camila Almeida						6				11			12								6							6			41		
		Bruna Largura	6							6																							12		
		Franciele Giasson				23						6																						29	
		Gerson Urnau			24				12	12	12		13			12								12							12			109	
		Laudelino Lucas da Apresentação															23											24						47	
		Roselei Graebin						6															6							6				18	
		Silvano Pauletti	18		1	6					6					1		18		1	7					18			6					82	
		Vinicius Weber	6						6						11						24			6							6			59	
				Nome do Médico 3																															
				Nome do Médico 4																															
				Subtotal de Horas	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	0	0	696



DEMONSTRATIVO DA ESCALA MÉDICA																																				
ESPECIFICAÇÃO			MÊS MARÇO																																	
ESPECIALIDADE	TIPO	NOME DO PROFISSIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total Horas		
Plantão UTI	Presencial	Adriana Rahann				12							12								12							12							48	
		Alessandro Poletto			23							12			12																12	24	1	84		
		André Lau			12			18				12			6		23	12			18		24		12				6	24				167		
		Bruna Almeida	6	5		6							6	6						6	6				6			6						59		
		Camila Almeida					6					11			6								6							6				35		
		Bruna Largura				6		6								6								6					6					30		
		Franciele Giasson								6							6																23	35		
		Gerson Urnau		12				12							12			24						12						12				84		
		Laudelino Lucada																																	31	
		Apresentação		7								24																								
		Roselei Graebin				6									6								6							6					24	
		Silvano Pauletti	18		1	6				18		1	6				18		1	6					18		1	6							100	
		Vinicius Weber					6									6								6,0			23			6					47	
		Adriana Rahann				12								12									12							12					48	
		Alessandro Poletto			23								12			12																12	24	1	84	
		André Lau			12			18					12			6		23	12			18		24		12				6	24				167	
		Bruna Almeida	6	5		6								6	6						6	6				6			6			6			59	
		Subtotal de Horas			24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	744

V.3.2 - PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
03.01.06.002-9	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	3.271		4.962		4.227	
03.01.06.006-1	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2.134	20	3.035	20	3.202	20
03.01.06.010-0	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	40		47		53	
03.01.06.011-8	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	3.267	20	4.959	20	4.228	20
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Realiza no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH)		SIM	1	SIM	1	SIM	1
2. Possui no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);		SIM	1	SIM	1	SIM	1
3. Está habilitada na linha de cuidado cardiovascular		SIM	1	SIM	1	SIM	1
4. Está habilitada na linha de cuidado neurologia/neurocirurgia		SIM	1	SIM	1	SIM	1
5. Está habilitada na linha de cuidado pediatria		SIM	1	SIM	1	SIM	1
6. Está habilitada na linha de cuidado traumatologia/ortopedia.		SIM	1	SIM	1	SIM	1
7. Estabeleceu e adotou protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital		SIM	1	SIM	1	SIM	1
8. Implantou processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato		SIM	1	SIM	1	SIM	1



V.3.4 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC						
8. Desenvolve medidas de promoção da saúde e que garantam a difusão das ações de saúde e o cuidado à pessoa com DRC de forma compartilhada entre os entes federados;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
9. Promove a garantia da atenção nutricional às pessoas com Doença Renal Crônica, segundo a diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNaN;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
10. Promove a garantia do acesso por meio da regulação de todas as modalidades de tratamento dialítico	SIM	1	SIM	1	SIM	1
11. Realiza a atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva - TRS, nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
12. Realiza o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica	SIM	1	SIM	1	SIM	1
13. Disponibiliza carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento, mediante realização presencial ou à distância, ou por meio dos Núcleos do Telessaúde, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde	SIM	1	SIM	1	SIM	1
14. Promove o diagnóstico, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15. Realiza a confecção da fístula artério-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15. Garante o encaminhamento ou transferência por meio da regulação de acesso de urgência e emergência para hospital vinculado ao SUS de retaguarda para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico	SIM	1	SIM	1	SIM	1
16. Mantém comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
17. Mantém o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais	SIM	1	SIM	1	SIM	1
18. Presta os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências quando ocorrerem durante o processo dialítico, garantindo a estabilização do paciente	SIM	1	SIM	1	SIM	1
19. Oferta atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade	SIM	1	SIM	1	SIM	1
20. Oferta uma ou mais das modalidades de diálise;	SIM	1	SIM	1	SIM	1
Fornecer ao paciente, mediante avaliação do nutricionista, o aporte nutricional, durante a permanência na clínica	SIM	1	SIM	1	SIM	1
Provêm os exames laboratoriais, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, podendo ser realizados em serviço de referência devidamente formalizado	SIM	1	SIM	1	SIM	1
Provêm os exames de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde	SIM	1	SIM	1	SIM	1
Observa a legislação sanitária, inclusive a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, ou a que vier substituir	SIM	1	SIM	1	SIM	1
Indica a realização da confecção da fístula artério-venosa de acesso à hemodiálise ou do implante de cateter para diálise peritoneal, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde	SIM	1	SIM	1	SIM	1
Presta os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências durante o processo de diálise, garantindo sua estabilização;	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5
Aciona a central de regulação de urgência e emergência para o transporte do paciente, quando necessário	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5
Mantém comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5
Registra os atendimentos, os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes, mantendo-os atualizados	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5
Informa ao paciente a necessidade de inscrição em lista de espera para o transplante renal, bem como encaminhá-lo para a avaliação por uma equipe de transplante, quando couber	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5
O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" terá a seguinte equipe mínima:						



V.3.4 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC							
- 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- assistente social	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- psicólogo	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- nutricionista	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- técnico de enfermagem	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" terá a seguinte equipe mínima:							
- 1 (um) médico, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- 1 (um) enfermeiro, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- nutricionista	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
- psicólogo	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
- assistente social;	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
- técnico de enfermagem	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção:							
- 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção							
- 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno;	SIM	1	SIM	1	SIM	1	
- 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; e	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
- 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno.	SIM	0,5	SIM	0,5	SIM	0,5	
PONTUAÇÃO TOTAL		100		100		100	

V.3.5.1 - CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts
03.01.01.004-8 CBO 2232-68	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	1	25	7	35	2	25
04.14	BUCOMAXILOFACIAL	1	25	1	25	2	25
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui médico Cirurgião Bucomaxilofacial, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais?		SIM	6	SIM	6	SIM	6
2. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia quando necessário?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
3. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
PONTUAÇÃO TOTAL		60		70		60	

V.3.5.2 - OTORRINOLARINGOLOGIA							
Código SUS	Descrição / Procedimento	Janeiro		Fevereiro		Março	
		Qtde	Pts	Qtde	Pts	Qtde	Pts



03.01.06.006-1 CBO 2252-75	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0	25	0	25	0	25
04.04	CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO	3	45	15	45	30	45
04.15	CIRURGIAS MÚLTIPLAS						
Especificação		Atende	Pts	Atende	Pts	Atende	Pts
1. Possui médico otorrino, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais?		SIM	6	SIM	6	SIM	6
2. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em otorrinolaringologia quando necessário?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
3. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?		SIM	2	SIM	2	SIM	2
PONTUAÇÃO TOTAL		80		80		80	

V.3.6 – LEITOS DE SAÚDE MENTAL

Não se aplica.

VI – INCREMENTO TEMPORÁRIO / EMENDAS PARLAMENTARES

Não de aplica.

VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS

VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL

Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
0201010542	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORI	283,00	0	-	5	1.415,00	5	1.415,00
0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	1,21	1	1,21	1	1,21	0	-
0202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	6,00	0	-	0	-	0	-
0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,11	36	39,96	43	47,73	42	46,62
0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	1,35	87	117,45	54	72,90	59	79,65
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	1,21	176	212,96	150	181,50	167	202,07
0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	1,11	99	109,89	86	95,46	83	92,13
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	1,11	7	7,77	1	1,11	5	5,55
0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	2,11	51	107,61	45	94,95	45	94,95
0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	2,11	51	107,61	45	94,95	46	97,06
0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,11	57	63,27	51	56,61	65	72,15
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1,11	672	745,92	593	658,23	639	709,29
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	2,21	33	72,93	17	37,57	32	70,72
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	2,47	9	22,23	6	14,82	13	32,11
0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	2,21	46	101,66	57	125,97	52	114,92
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	9,35	19	177,65	19	177,65	29	271,15
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	2,11	20	42,20	19	40,09	29	61,19



VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS								
VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	9,39	0	-	1	9,39	0	-
0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	1,21	1	1,21	2	2,42	0	-
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	1,21	173	209,33	161	194,81	196	237,16
0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1,11	69	76,59	66	73,26	66	73,26
0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	1,21	0	-	0	-	0	-
0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	2,11	82	173,02	53	111,83	59	124,49
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1,11	114	126,54	103	114,33	95	105,45
0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	4,72	3	14,16	3	14,16	3	14,16
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	2,21	10	22,10	6	13,26	6	13,26
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	1,35	78	105,30	43	58,05	39	52,65
0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	1,21	5	6,05	4	4,84	9	10,89
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1,11	440	488,40	409	453,99	401	445,11
0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	0,84	3	2,52	0	-	2	1,68
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,11	38	42,18	36	39,96	45	49,95
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	1,11	355	394,05	338	375,18	328	364,08
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	1,21	246	297,66	230	278,30	245	296,45
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1,21	312	377,52	293	354,53	308	372,68
0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	2,47	18	44,46	17	41,99	29	71,63
0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	2,11	51	107,61	45	94,95	48	101,28
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	1,11	593	658,23	573	636,03	594	659,34
0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	9,14	1	9,14	1	9,14	0	-
0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	7,05	7	49,35	5	35,25	3	21,15
0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEF	9,39	33	309,87	34	319,26	41	384,99
0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1,64	450	738,00	438	718,32	475	779,00
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	1,64	2	3,28	3	4,92	6	9,84
0202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	3,46	71	245,66	76	262,96	69	238,74
0202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	1,64	82	134,48	79	129,56	69	113,16
0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	1,64	41	67,24	38	62,32	39	63,96
0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	0,92	82	75,44	76	69,92	76	69,92
0202020371	HEMATOCRITO	0,72	77	-	70	-	72	-



VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS								
VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
				55,44		50,40		51,84
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	2,47	763	1.884,61	703	1.736,41	778	1.921,66
0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	1,64	3	4,92	0	-	2	3,28
0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	1,80	1	1,80	0	-	1	1,80
0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	5,55	414	2.297,70	402	2.231,10	456	2.530,80
0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	9,04	2	18,08	3	27,12	10	90,40
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO (PSA)	9,85	71	699,35	70	689,50	60	591,00
0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	8,13	7	56,91	5	40,65	3	24,39
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	6,00	13	78,00	8	48,00	7	42,00
0202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	110,46	0	-	0	-	0	-
0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	1,70	0	-	0	-	0	-
0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	10,30	0	-	0	-	0	-
0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	10,30	1	10,30	1	10,30	1	10,30
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO	11,13	10	111,30	10	111,30	14	155,82
0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (AN	11,13	19	211,47	17	189,21	19	211,47
0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	10,30	0	-	0	-	0	-
0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO V	11,13	0	-	0	-	0	-
0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	8,01	99	792,99	112	897,12	117	937,17
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE	11,13	20	222,60	17	189,21	20	222,60
0202031110	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	1,70	1	1,70	6	10,20	2	3,40
0202031217	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	8,01	12	96,12	13	104,13	12	96,12
0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	0,99	0	-	1	0,99	0	-
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	0,99	0	-	0	-	1	0,99
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	12,91	0	-	0	-	0	-
0202050017	ANÁLISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA	2,22	259	574,98	257	570,54	237	526,14
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	2,11	0	-	0	-	0	-
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	1,22	8	9,76	14	17,08	7	8,54
0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	24,63	0	-	0	-	0	-
0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	6,12	25	153,00	12	73,44	7	42,84
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	8,63	1	8,63	0	-	0	-



VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS								
VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	6,09	5	30,45	1	6,09	0	-
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA	4,71	11	51,81	10	47,10	12	56,52
0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	4,73	5	23,65	1	4,73	1	4,73
0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	5,38	5	26,90	1	5,38	1	5,38
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	5,38	3	16,14	4	21,52	10	53,80
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	25,88	10	258,80	10	258,80	14	362,32
0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	6,26	30	187,80	26	162,76	27	169,02
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	9,21	0	-	1	9,21	0	-
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	6,96	3	20,88	4	27,84	9	62,64
0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	16,50	6	99,00	6	99,00	4	66,00
0202080013	ANTIBIOGRAMA	2,99	37	110,63	42	125,58	34	101,66
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	1,68	1	1,68	0	-	2	3,36
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	3,37	34	114,58	43	144,91	31	104,47
0202080153	HEMOCULTURA	6,89	4	27,56	0	-	5	34,45
0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,13	0	-	0	-	0	-
0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFIC	1,13	2	2,26	2	2,26	2	2,26
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	0,82	15	12,30	8	6,56	13	10,66
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	0,82	15	12,30	8	6,56	13	10,66
0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	1,64	0	-	1	1,64	0	-
0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	21,62	0	-	0	-	0	-
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	23,12	0	-	0	-	0	-
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	22,48	4	89,92	3	67,44	3	67,44
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	21,62	5	108,10	7	151,34	4	86,48
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	22,68	2	45,36	2	45,36	0	-
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLE	21,81	15	327,15	26	567,06	11	239,91
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	19,04	10	190,40	21	399,84	15	285,60
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	20,84	4	83,36	9	187,56	4	83,36
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	20,27	0	-	0	-	1	20,27
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	22,20	1	22,20	0	-	2	44,40
0204030030	MAMOGRAFIA	58,50	0	-	7	-	9	-



VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS								
VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
						409,50		526,50
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	21,63	18	389,34	23	497,49	19	410,97
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	22,02	0	-	0	-	0	-
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	20,50	165	3.382,50	256	5.248,00	252	5.166,00
0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	36,00	0	-	0	-	0	-
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	23,58	21	495,18	46	1.084,68	28	660,24
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	22,60	1	22,60	2	45,20	2	45,20
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	22,60	0	-	0	-	0	-
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	22,23	18	400,14	16	355,68	12	266,76
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	22,60	14	316,40	18	406,80	15	339,00
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	24,10	14	337,40	44	1.060,40	21	506,10
0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	23,70	55	1.303,50	76	1.801,20	46	1.090,20
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	23,09	53	1.223,77	80	1.847,20	54	1.246,86
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	14,70	15	220,50	15	220,50	14	205,80
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	22,83	13	296,79	12	273,96	5	114,15
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	22,23	13	288,99	30	666,90	12	266,76
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	23,50	41	963,50	76	1.786,00	44	1.034,00
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	22,23	32	711,36	66	1.467,18	35	778,05
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	23,50	2	47,00	4	94,00	5	117,50
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	21,06	11	231,66	23	484,38	25	526,50
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	23,22	33	766,26	68	1.578,96	49	1.137,78
0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	22,84	10	228,40	13	296,92	4	91,36
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	23,22	37	859,14	66	1.532,52	36	835,92
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	21,06	12	252,72	33	694,98	26	547,56
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	122,06	21	2.563,26	20	2.441,20	21	2.563,26
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	200,40	191	38.276,40	215	43.086,00	134	26.853,60
0205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	41,10	0	-	0	-	0	-
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	59,80	7	418,60	8	478,40	4	239,20
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	46,05	71	3.269,55	133	6.124,65	110	5.065,50
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	59,80	24	1.435,20	28	1.674,40	39	2.332,20



VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS								
VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	59,80	53	3.169,40	72	4.305,60	93	5.561,40
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	59,80	2	119,60	11	657,80	8	478,40
0205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	59,80	24	1.435,20	45	2.691,00	44	2.631,20
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	59,80	8	478,40	6	358,80	11	657,80
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	59,80	1	59,80	8	478,40	3	179,40
0205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	59,80	29	1.734,20	35	2.093,00	11	657,80
0205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	59,80	0	-	2	119,60	2	119,60
0205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	59,80	1	59,80	1	59,80	2	119,60
0205020186	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	59,80	38	2.272,40	50	2.990,00	26	1.554,80
0206010010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/	182,74	16	2.923,84	26	4.751,24	23	4.203,02
0206010028	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/	168,40	10	1.684,00	15	2.526,00	12	2.020,80
0206010036	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/	182,74	9	1.644,66	7	1.279,18	10	1.827,40
0206010044	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / AR	182,75	10	1.827,50	12	2.193,00	14	2.558,50
0206010052	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	182,75	15	2.741,25	11	2.010,25	4	731,00
0206010060	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	172,06	0	-	0	-	0	-
0206010079	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	172,06	80	13.764,80	155	26.669,30	126	21.679,56
0206020015	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO	182,75	6	1.096,50	4	731,00	1	182,75
0206020023	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS -	182,75	3	548,25	2	365,50	0	-
0206020031	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	133,09	75	9.981,75	133	17.700,97	101	13.442,09
0206030010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	130,87	122	15.966,14	193	25.257,91	165	21.593,55
0206030029	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO	182,75	6	1.096,50	7	1.279,25	6	1.096,50
0206030037	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN I	130,87	121	15.835,27	179	23.425,73	154	20.153,98
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	116,25	0	-	0	-	0	-
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-	116,25	0	-	0	-	0	-
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	116,25	7	813,75	3	348,75	6	697,50
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	116,25	14	1.627,50	16	1.860,00	16	1.860,00
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	116,25	4	465,00	2	232,50	4	465,00
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	116,25	12	1.395,00	26	3.022,50	21	2.441,25
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	116,25	0	-	0	-	0	-
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	116,25	6	-	11	-	5	-



VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS								
VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Complemento Municipal	Janeiro		Fevereiro		Março	
			Qtde	Valor	Qtde	Valor	Qtde	Valor
				697,50		1.278,75		581,25
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	116,25	0	-	0	-	0	-
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	116,25	8	930,00	16	1.860,00	11	1.278,75
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERI	116,25	15	1.743,75	18	2.092,50	10	1.162,50
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	116,25	7	813,75	10	1.162,50	3	348,75
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONA	116,25	1	116,25	1	116,25	3	348,75
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	415,34	33	13.706,22	54	22.428,36	9	3.738,06
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	281,84	45	12.682,80	53	14.937,52	13	3.663,92
0209010053	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	306,87	0	-	2	613,74	1	306,87
0211020060	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	35,00	0	-	52	1.820,00	23	805,00
0211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	273,00	0	-	0	-	0	-
-	TOMOGRAFIA COM SEDAÇÃO	1.246,72	0	-	0	-	0	-
-	RESSONÂNCIA COM SEDAÇÃO	1.150,40	1	1.150,40	2	2.300,80	1	1.150,40
-	BIÓPSIA HEPÁTICA	852,69	0	-	0	-	0	-
-	CISTOSCOPIA	286,69	4	1.146,76	5	1.433,45	6	1.720,14
TOTAL			8435	190.290,70	8905	270.051,97	8575	192.371,05
(-) Contrapartidas de Projetos em Serviços Concedidas				-28.000,00		-28.000,00		-28.000,00
VALOR LÍQUIDO				162.290,70		242.051,97		164.371,05

VII.b - CIRURGIAS ELETIVAS - MUNICIPAL								
Código SUS	Procedimento	Produção Apresentada			Hospitalar	Profissional		Valor Total
		Janeiro	Fevereiro	Março	Complemento	Médico	Anestesta	
0403020050	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	4	0	0	4.580,32	4.000,00	2.000,00	10.580,32
0404010016	ADENOIDECTOMIA	0	2	4	2.029,56	6.000,00	3.000,00	11.029,56
0404010024	AMIGDALECTOMIA	0	0	1	297,84	1.000,00	500,00	1.797,84
0404010032	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	0	7	17	7.522,00	24.000,00	12.000,00	43.522,00
0404010237	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	0	0	1	526,90	1.000,00	500,00	2.026,90
0406020159	EXERESE DE GANGLIO LINFATICO	1	0	0	218,94	1.000,00	500,00	1.718,94
0406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	0	0	1	520,22	1.000,00	500,00	2.020,22
0406020574	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	1	2	0	1.560,66	3.000,00	1.500,00	6.060,66
0407020284	HEMORROIDECTOMIA	0	1	0	496,14	1.000,00	500,00	1.996,14
0407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	3	4	0	11.347,60	7.000,00	3.500,00	21.847,60
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1	0	0	784,46			2.284,46



VII.b - CIRURGIAS ELETIVAS - MUNICIPAL									
Código SUS	Procedimento	Produção Apresentada			Hospitalar	Profissional		Valor Total	
		Janeiro	Fevereiro	Março	Complemento	Médico	Anestesiista		
						1.000,00	500,00		
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL)	1	4	0	5.015,20	5.000,00	2.500,00	12.515,20	
0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1	2	0	1.995,30	3.000,00	1.500,00	6.495,30	
0409010383	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL	0	1	0	806,18	1.000,00	500,00	2.306,18	
0409030023	PROSTECTOMIA	1	0	0	1.802,96	1.000,00	500,00	3.302,96	
0409060038	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	1	0	0	691,96	1.000,00	500,00	2.191,96	
0409060046	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO	4	1	0	1.183,86	5.000,00	2.500,00	8.683,86	
0409060216	OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA	1	0	0	1.266,64	1.000,00	500,00	2.766,64	
0412020025	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA SUPERIOR	1	0	0	1.839,46	1.000,00	500,00	3.339,46	
0415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	2	3	1	8.207,04	6.000,00	3.000,00	17.207,04	
0415020034	OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	0	0	1	2.793,84	1.000,00	500,00	4.293,84	
0415020050	PRODECIMENTOS SEQUENCIAIS	0	2	3	34.085,94	5.000,00	2.500,00	41.585,94	
0415040027	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	1	0	0	1.893,34	1.000,00	500,00	3.393,34	
0416010075	NEFRECTOMIA TOTAL	0	1	0	3.040,58	1.000,00	500,00	4.540,58	
0416010121	PROSTECTOMIA	1	0	0	6.264,62	1.000,00	500,00	7.764,62	
0416020194	MEDIASTINOSCOPIA	1	0	0	5.998,74	1.000,00	500,00	7.498,74	
0416030092	PARODIDECTOMIA	0	1	0	2.791,26	1.000,00	500,00	4.291,26	
0416030270	TIREOIDECTOMIA TOTAL	2	0	0	10.285,24	2.000,00	1.000,00	13.285,24	
0416050077	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	0	1	0	12.133,76	1.000,00	500,00	13.633,76	
0416060021	ANEXECTOMIA UNI/BILATERAL	0	1	0	2.687,54	1.000,00	500,00	4.187,54	
0416080030	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	0	1	0	908,60	1.000,00	500,00	2.408,60	
0416090133	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES	1	0	0	6.531,30	1.000,00	500,00	8.031,30	
0709070149	EXERESE DE CISTO VAGINAL	1	0	0	451,78	1.000,00	500,00	1.951,78	
Cirurgias Eletivas Realizadas		29	34	29	142.559,78	92.000,00	46.000,00	280.559,78	
(-) Lei Municipal nº 9.049, de 27 de outubro de 2023, inciso I, art. 2º								(53.923,20)	
Valor do Complemento Municipal								226.636,58	
EXECUÇÃO ACUMULADA									
Subgrupo	Especialidade	Pactuado		Realizado no Trimestre		Acumulado no Ano		Saldo	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
04.04	OTORRINO	360	971.385,60	92	226.636,58	92	226.636,58	268	744.749,02
04.06	VASCULAR								
04.07	CIRURGIA GERAL								
04.09	GINECOLOGIA								



VII.b - CIRURGIAS ELETIVAS - MUNICIPAL

Código SUS	Procedimento	Produção Apresentada			Hospitalar	Profissional		Valor Total
		Janeiro	Fevereiro	Março	Complemento	Médico	Anestesiista	
04.09	UROLOGIA							

VII.c - ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAIS (OPM) - ESPECIAIS

Tipo	Nome do Material	Data Procedimento	RT (CRM)	Valor Aquisição	Justificativa Clínica			
OPMe	BARRA CONECTORA	19873	45257	37633				1277,70
OPMe	ALTO FLUXO	48974	45263	40818				1160,00
OPMe	CATETER	101333	45303	38582				1958,00
OPMe	SONDA FREKA	1760948	45303	15558				370,00
OPMe	PLACA	1454	45303	42948				177,20
OPMe	ALTO FLUXO	48974	45316	40818				1160,00
OPMe	RECARGA GRAMP.	465822	45314	32605				254,00
OPMe	DRENO + FIO	995687/14531	45324	42948				34,90
OPMe	PARAFUSO	21294	45342	42948				308,76
OPMe	ALTO FLUXO	55450/48974	45343	38046				1160,00
OPMe	CATETER	101333	45345	36573				1958,00
OPMe	PARAFUSO	21760	45359	37952				27,71
OPMe	CONECTOR + BARRA	21908	45364	42948				1277,70
OPMe	CATETER	106615	45365	36573				966,00
Total Gasto				12.089,97	Saldo no Trimestre	Saldos Anteriores	Saldo Total	Data Limite Utilização
Repasses no Trimestre				15.000,00	2.910,03	3.084,90	5.994,93	31/12/2024

VIII - PROGRAMAS E PROJETOS

VIII. a – QUALIFICAÇÃO DA ÁREA DE REPOUSO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FINANCEIRA

Receitas:

Fonte de Custeio		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal
MUNICIPAL	Previsto	-	-	600.000,00	-	600.000,00
	Realizado	-	-	600.000,00	-	600.000,00
	Diferença	-	-	-	-	-

Despesas:

Especificação	Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal
		-	-	-	-
		-	-	-	-
		-	-	-	-
		-	-	-	-
Total	-	-	-	-	-

	ATÉ O PERÍODO			TOTAL		
	Previsto	Realizado	Diferença	Previsto	Realizado	Diferença
Receita	600.000,00	600.000,00	-	600.000,00	600.000,00	-
Despesa	600.000,00	-	- 600.000,00	600.000,00	-	- 600.000,00
% Execução	100,0%	0,0%	-100,0%	100,0%	0,0%	-100,0%

Prazo Previsto p/ Conclusão	Prazo p/ PC	Prorrogação Prazo (Em dias)	Justificativa
30/06/2024	2T24	0	

Obs.: Deverão ser juntados os documentos fiscais comprobatórios das despesas.

VIII.b – QUALIFICAÇÃO DO SALÃO NOBRE E NÚCLEO DE ESTUDOS PARA MÉDICOS



RESIDENTES								
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FINANCEIRA								
Receitas:								
Fonte de Custeio		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal		
MUNICIPAL	Previsto	-	-	500.000,00	-	500.000,00		
	Realizado	-	-	500.000,00	-	500.000,00		
	Diferença	-	-	-	-	-		
Despesas:								
Especificação		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal		
			-	-	-	-		
			-	-	-	-		
						-		
						-		
Total		-	-	-	-	-		
			ATÉ O PERÍODO			TOTAL		
		Previsto	Realizado	Diferença	Previsto	Realizado	Diferença	
Receita		500.000,00	500.000,00	-	500.000,00	500.000,00	-	
Despesa		500.000,00	-	- 500.000,00	500.000,00	-	- 500.000,00	
% Execução		100,0%	0,0%	-100,0%	100,0%	0,0%	-100,0%	
Prazo Previsto p/ Conclusão	Prazo p/ PC	Prorrogação Prazo (Em dias)		Justificativa				
30/06/2024	2T24	0						

Obs.: Deverão ser juntados os documentos fiscais comprobatórios das despesas.

VIII.c – REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE ULTRASSONOGRRAFIA								
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FINANCEIRA								
Receitas:								
Fonte de Custeio		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal		
MUNICIPAL	Previsto	-	-	354.000,00	-	354.000,00		
	Realizado	-	-	354.000,00	-	354.000,00		
	Diferença	-	-	-	-	-		
Despesas:								
Especificação		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal		
			-	-	-	-		
			-	-	-	-		
						-		
						-		
Total		-	-	-	-	-		
			ATÉ O PERÍODO			TOTAL		
		Previsto	Realizado	Diferença	Previsto	Realizado	Diferença	
Receita		354.000,00	354.000,00	-	354.000,00	354.000,00	-	
Despesa		354.000,00	-	- 354.000,00	354.000,00	-	- 354.000,00	
% Execução		100,0%	0,0%	-100,0%	100,0%	0,0%	-100,0%	
Prazo Previsto p/ Conclusão	Prazo p/ PC	Prorrogação Prazo (Em dias)		Justificativa				
31/03/2024	1T24	0						

Obs.: nota fiscal emitida em 09/04/2024 - nº 54678

VIII.d – READEQUAÇÃO DA RECEPÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR						
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FINANCEIRA						
Receitas:						
Fonte de Custeio		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal



MUNICIPAL	Previsto	-	-	2.000.000,00	-	2.000.000,00
	Realizado	-	-	2.000.000,00	-	2.000.000,00
	Diferença	-	-	-	-	-
Despesas:						
Especificação		Saldo Anterior	Janeiro	Fevereiro	Março	Subtotal
			-	-	-	-
			-	-	-	-
						-
						-
Total		-	-	-	-	-
ATÉ O PERÍODO			TOTAL			
	Previsto	Realizado	Diferença	Previsto	Realizado	Diferença
Receita	2.000.000,00	2.000.000,00	-	2.000.000,00	2.000.000,00	-
Despesa	2.000.000,00	-	-2.000.000,00	2.000.000,00	-	-2.000.000,00
% Execução	100,0%	0,0%	-100,0%	100,0%	0,0%	-100,0%
Prazo Previsto p/ Conclusão	Prazo p/ PC	Prorrogação Prazo (Em dias)	Justificativa			
30/06/2024	2T24	0				

Obs.: Deverão ser juntados os documentos fiscais comprobatórios das despesas.

IX – PRESTAÇÃO DE CONTAS ESPECÍFICA DOS INCENTIVOS MUNICIPAIS							
IX.a – DEMONSTRATIVO DA RECEITA E DA DESPESA							
INCENTIVO MUNICIPAL	ESPECIALIDADE	RECEITA				DESPESA	DIFERENÇA
		Janeiro	Fevereiro	Março	SUBTOTAL		
V.3.1 - LEITOS DE UTI - ADULTO II	Plantão UTI	87.500,00	87.500,00	87.500,00	262.500,00	262.500,00	-
V.3.2 - PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Plantão Médico	190.000,00	190.000,00	190.000,00	570.000,00	608.790,00	- 38.790,00
	Clínica Anestesiológica	75.000,00	75.000,00	75.000,00	225.000,00	225.000,00	-
	Clínica Obstétrica	75.000,00	75.000,00	75.000,00	225.000,00	225.000,00	-
	Clínica Pediátrica	75.000,00	75.000,00	75.000,00	225.000,00	225.000,00	-
	Clínica Médica	35.000,00	35.000,00	35.000,00	105.000,00	105.000,00	-
	Clínica Cirúrgica	35.000,00	35.000,00	35.000,00	105.000,00	105.000,00	-
	Clínica Traumatol / Ortopedia	35.000,00	35.000,00	35.000,00	105.000,00	105.000,00	-
V.3.3 - SOBREVISO DE ESPECIALIDADE MÉDICA	Neurológica	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Cirurgia Vascular	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Cardiologia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Gastroenterologia / Endoscopia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Pneumologia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Urologia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Neurocirurgia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Nefrologia	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
	Saúde Mental	12.500,00	12.500,00	12.500,00	37.500,00	37.500,00	-
V.3.4 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC	Doença Renal Crônica	25.000,00	25.000,00	25.000,00	75.000,00	75.000,00	-
VALOR TOTAL		745.000,00	745.000,00	745.000,00	2.235.000,00	2.273.790,00	- 38.790,00

IX.b – DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS EFETUADOS							
Item	Nome do	CNPJ/C	Serviço	Compet	Documento Fiscal	Descontos	Encargos Sociais



Prestador	PF	ênica	Tipo	Nº	Data	Valor	IRRF	INSS	ISS	Outros	Valor Líquido	INSS	Pis	Cofins	Outros	Valor Encargos	VALOR TOTAL
VALOR TOTAL							-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

XI – AUTENTICAÇÃO

Carazinho, 27 de junho de 2024.


 Jocelio Nissel Cunha
 Presidente


 Darlan Martins Lara
 Diretor Técnico


 Larissa Rosa Giacomelli
 Diretora Institucional