



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

1º Trimestre/2025

| I – IDENTIFICAÇÃO | |
|--|---|
| Município: CARAZINHO/RS | Data da Elaboração: 27/06/2025 |
| Prestador: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CARAZINHO - HCC | CNES: 2262274 |
| Nº do Contrato: 170/2022 | Ano e Meses Avaliados: Janeiro, Fevereiro e Março de 2025 |

| II – IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO | |
|--------------------------------|--|
| Membros | Vinculação |
| VANESSA KEMERICH | Secretaria Municipal de Saúde |
| MARILUCI PORTILIO | Faturamento, Tesouraria, Contabilidade ou Auditoria da SMS |
| LARISSA ROSA GIACOMELLI | Hospital de Clínicas de Carazinho |
| JOSE ARMANDO LUBIAN | Hospital de Clínicas de Carazinho |
| ALEXANDRE REBEQUI | Hospital de Clínicas 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 | Aprovado | Diferença |
| Janeiro | Ambulatorial | Média | 226.419,69 | 299.037,27 | 72.617,58 |
| | Hospitalar | Média | 450.023,47 | 389.734,64 | -60.288,83 |
| | Subtotal | | 676.443,16 | 688.771,91 | 12.328,75 |
| Fevereiro | Ambulatorial | Média | 226.419,69 | 229.509,98 | 3.090,29 |
| | Hospitalar | Média | 450.023,47 | 384.158,60 | -65.864,87 |
| | Subtotal | | 676.443,16 | 613.668,58 | -62.774,58 |
| Março | Ambulatorial | Média | 226.419,69 | 179.814,43 | -46.605,26 |
| | Hospitalar | Média | 450.023,47 | 413.835,82 | -36.187,65 |
| | Subtotal | | 676.443,16 | 593.650,25 | -82.792,91 |
| 1º Trimestre | Ambulatorial | Média | 679.259,07 | 708.361,68 | 29.102,61 |
| | Hospitalar | Média | 1.350.070,41 | 1.187.729,06 | -162.341,35 |
| | Total | | 2.029.329,48 | 1.896.090,74 | -133.238,74 |
| COMPONENTE PÓS-FIXADO | | | | | |
| Competência | Produção | Complexidade | Contratado | Valor Aprovado | Diferença |
| Janeiro | Ambulatorial | Alta | 419.126,59 | 398.244,31 | -20.882,28 |
| | Hospitalar | Alta | 161.157,31 | 90.317,57 | -70.839,74 |
| | Subtotal | | 580.283,90 | 488.561,88 | -91.722,02 |
| Fevereiro | Ambulatorial | Alta | 419.126,59 | 348.977,33 | -70.149,26 |
| | Hospitalar | Alta | 161.157,31 | 109.258,83 | -51.898,48 |
| | Subtotal | | 580.283,90 | 458.236,16 | -122.047,74 |
| Março | Ambulatorial | Alta | 419.126,59 | 332.624,94 | -86.501,65 |
| | Hospitalar | Alta | 161.157,31 | 163.491,97 | 2.334,66 |
| | Subtotal | | 580.283,90 | 496.116,91 | -84.166,99 |
| 1º Trimestre | Ambulatorial | Alta | 1.257.379,77 | 1.079.846,58 | -177.533,19 |
| | Hospitalar | Alta | 483.471,93 | 363.068,37 | -120.403,56 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| III - PRODUÇÃO HOSPITALAR APROVADA | | | | | |
|---|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|
| | | Total | 1.740.851,70 | 1.442.914,95 | -297.936,75 |
| FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES | | | | | |
| Competência | Produção | Financiamento | Contratado | Valor Aprovado | Diferença |
| Janeiro | Ambulatorial | FAEC | 192.425,00 | 172.438,12 | -19.986,88 |
| | Hospitalar | FAEC | 8.333,33 | 0,00 | -8.333,33 |
| | Subtotal | | 200.758,33 | 172.438,12 | -28.320,21 |
| Fevereiro | Ambulatorial | FAEC | 192.425,00 | 141.519,04 | -50.905,96 |
| | Hospitalar | FAEC | 8.333,33 | 4.551,80 | -3.781,53 |
| | Subtotal | | 200.758,33 | 146.070,84 | -54.687,49 |
| Março | Ambulatorial | FAEC | 192.425,00 | 156.568,30 | -35.856,70 |
| | Hospitalar | FAEC | 8.333,33 | 2.228,63 | -6.104,70 |
| | Subtotal | | 200.758,33 | 158.796,93 | -41.961,40 |
| 1º Trimestre | Ambulatorial | FAEC | 577.275,00 | 470.525,46 | -106.749,54 |
| | Hospitalar | FAEC | 25.000,00 | 6.780,43 | -18.219,57 |
| | Total | | 602.275,00 | 477.305,89 | -124.969,11 |
| RESUMO | | | | | |
| Competência | Produção | Complexidade | Contratado | Valor Aprovado | Diferença |
| Janeiro | Ambulatorial | Média | 226.419,69 | 299.037,27 | 72.617,58 |
| | | Alta | 419.126,59 | 398.244,31 | -20.882,28 |
| | | FAEC | 192.425,00 | 172.438,12 | -19.986,88 |
| | Hospitalar | Média | 450.023,47 | 389.734,64 | -60.288,83 |
| | | Alta | 161.157,31 | 90.317,57 | -70.839,74 |
| | | FAEC | 8.333,33 | 0,00 | -8.333,33 |
| Subtotal | | 1.457.485,39 | 1.349.771,91 | -107.713,48 | |
| Fevereiro | Ambulatorial | Média | 226.419,69 | 229.509,98 | 3.090,29 |
| | | Alta | 419.126,59 | 348.977,33 | -70.149,26 |
| | | FAEC | 192.425,00 | 141.519,04 | -50.905,96 |
| | Hospitalar | Média | 450.023,47 | 384.158,60 | -65.864,87 |
| | | Alta | 161.157,31 | 109.258,83 | -51.898,48 |
| | | FAEC | 8.333,33 | 4.551,80 | -3.781,53 |
| Subtotal | | 1.457.485,39 | 1.217.975,58 | -239.509,81 | |
| Março | Ambulatorial | Média | 226.419,69 | 179.814,43 | -46.605,26 |
| | | Alta | 419.126,59 | 332.624,94 | -86.501,65 |
| | | FAEC | 192.425,00 | 156.568,30 | -35.856,70 |
| | Hospitalar | Média | 450.023,47 | 413.835,82 | -36.187,65 |
| | | Alta | 161.157,31 | 163.491,97 | 2.334,66 |
| | | FAEC | 8.333,33 | 2.228,63 | -6.104,70 |
| Subtotal | | 1.457.485,39 | 1.248.564,09 | -208.921,30 | |
| 1º Trimestre | Ambulatorial | Média | 679.259,07 | 708.361,68 | 29.102,61 |
| | | Alta | 1.257.379,77 | 1.079.846,58 | -177.533,19 |
| | | FAEC | 577.275,00 | 470.525,46 | -106.749,54 |
| | Hospitalar | Média | 1.350.070,41 | 1.187.729,06 | -162.341,35 |
| | | Alta | 483.471,93 | 363.068,37 | -120.403,56 |
| | | FAEC | 25.000,00 | 6.780,43 | -18.219,57 |
| Total | | 4.372.456,18 | 3.816.311,58 | -556.144,60 | |

| 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 | 676.443,16 | | | | | | | | |
| DESCONTO À SER PROMOVIDO | | R\$ 0,00 | | R\$ 0,00 | | R\$ 0,00 | | R\$ 0,00 | |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
 CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| IV – METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS CONTRATADAS | | | | | | | | | |
|---|---------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|--------|--------------|--------|
| Especificação | Valor de Referência | Outubro | | Novembro | | Dezembro | | 4º Trimestre | |
| | | Pontos | Repass | Pontos | Repass | Pontos | Repass | Pontos | Repass |
| Componentes Pré-Fixados condicionados ao Cumprimento de Metas | 676.443,16 | 71 | 90% | 72 | 90% | 74 | 90% | 70 | 90% |
| DESCONTO À SER PROMOVIDO | | R\$ 67.644,32 | | R\$ 67.644,32 | | R\$ 67.644,32 | | | |

| 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 | 12.000 | 12.048 | 1 | 11.424 | 1 | 12.682 | 1 | 36.154 | 1 | |
| 1.02 | 02.03 | Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica | 360 | 197 | 0 | 455 | 1 | 285 | 0,5 | 937 | 0,5 | |
| 1.03 | 02.04 | Diagnóstico por Radiologia | 1.200 | 756 | 0 | 1.052 | 0,5 | 1.062 | 0,5 | 2.870 | 0,5 | |
| 1.04 | 02.05 | Diagnóstico por Ultrassonografia | 600 | 422 | 0,5 | 527 | 0,5 | 260 | 0 | 1.209 | 0 | |
| 1.05 | 02.06 | Diagnóstico por tomografia | 800 | 735 | 1 | 832 | 1 | 807 | 1 | 2.374 | 1 | |
| 1.06 | 02.07 | Diagnóstico por ressonância magnética | 100 | 94 | 1 | 100 | 1 | 29 | 0 | 223 | 0,5 | |
| 1.07 | 02.09 | Diagnóstico por Endoscopia | 150 | 315 | 1 | 223 | 1 | 301 | 1 | 839 | 1 | |
| 1.08 | 0301060118 | ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO | 223505 - Enfermeiro | 4.500 | 3.259 | 0 | 3.348 | 0 | 3.358 | 0 | 9.965 | 0 |
| 1.09 | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225125 - Clínico Geral | 5.625 | 4.965 | 1 | 5.125 | 3 | 4.948 | 1 | 15.038 | 1 |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060100 | ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA | | | | | | | | | | |
| 1.10 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225124 - Pediatra | 100 | 37 | 0 | 62 | 0 | 40 | 0 | 139 | 0 |
| | 0301060010 | DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA PEDIATRICA | | | | | | | | | | |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.12 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225112 - Neurologista 225260 - Neurocirurgião | 250 | 315 | 3 | 134 | 0 | 160 | 0 | 609 | 1,5 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.13 | 0301060070 | DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA | 225225 - Cirurgião Geral | 150 | 183 | 2 | 208 | 2 | 158 | 2 | 549 | 2 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.14 | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225270 - Ortopedista | 150 | 267 | 2 | 193 | 2 | 180 | 2 | 640 | 2 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
 CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

IV.a - METAS QUANTITATIVAS

| Item | Código SUS | Especificação | Meta Pactuada | Janeiro | | Fevereiro | | Março | | 1º Trimestre | | |
|------|------------|---|-----------------------------------|---------|-----|-----------|-----|-------|-----|--------------|-----|-----|
| | | | | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | a e Traumatologista | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.15 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225250 - Ginecologista e Obstetra | 100 | 162 | 3 | 208 | 3 | 211 | 3 | 581 | 3 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.16 | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | 225125 - Clínico Geral | 150 | 91 | 0 | 117 | 0 | 222 | 2 | 430 | 1 |
| | 0301060088 | DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA | | | | | | | | | | |
| 1.17 | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225120 - Cardiologista | 100 | 152 | 1,5 | 332 | 1,5 | 165 | 1,5 | 649 | 1,5 |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.18 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225165 - Gastroenterologista | 50 | 55 | 1,5 | 60 | 1,5 | 53 | 1,5 | 168 | 1,5 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.19 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225127 - Pneumologista | 100 | 207 | 1,5 | 104 | 1,5 | 235 | 1,5 | 546 | 1,5 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.20 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225285 - Urologista | 50 | 79 | 1,5 | 69 | 1,5 | 46 | 1 | 194 | 1,5 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.21 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225109 - Nefrologista | 100 | 189 | 1,5 | 247 | 1,5 | 253 | 1,5 | 689 | 1,5 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.22 | 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 225203 - Cirurgia Vasculuar | 50 | 30 | 0 | 16 | 0 | 44 | 1 | 90 | 0 |
| | 0301060029 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | | | | | | | | | | |
| | 0301010170 | CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO | | | | | | | | | | |
| 1.23 | 03.03.01 | Tratamento de doenças infecciosas e parasitárias | | 5 | 9 | 0,5 | 11 | 0,5 | 9 | 0,5 | 29 | 0,5 |
| 1.24 | 03.03.02 | Tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários | | 5 | 3 | 0 | 6 | 0,5 | 3 | 0 | 12 | 0,5 |
| 1.25 | 03.03.03 | Tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais | | 5 | 1 | 0 | 7 | 0,5 | 9 | 0,5 | 17 | 0,5 |
| 1.26 | 03.03.04 | Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico | | 30 | 13 | 0 | 16 | 0 | 18 | 0 | 47 | 0 |
| 1.27 | 03.03.06 | Tratamento de doenças cardiovasculares | | 30 | 16 | 0 | 28 | 1 | 25 | 1 | 69 | 0 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
 CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| IV.a - METAS QUANTITATIVAS | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|---|---------------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|--------------|------------|
| Item | Código SUS | Especificação | Meta Pactuada | Janeiro | | Fevereiro | | Março | | 1º Trimestre | |
| | | | | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts |
| 1.28 | 03.03.07 | Tratamento de doenças do aparelho digestivo | 30 | 16 | 0 | 35 | 1 | 15 | 0 | 66 | 0 |
| 1.29 | 03.03.08 | Tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo | 5 | 5 | 0,5 | 7 | 0,5 | 6 | 0,5 | 18 | 0,5 |
| 1.30 | 03.03.09 | Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 30 | 5 | 0 | 13 | 0 | 22 | 0 | 40 | 0 |
| 1.31 | 03.03.10 | Tratamento durante a gestação, parto e puerpério | 5 | 9 | 0,5 | 11 | 0,5 | 9 | 0,5 | 29 | 0,5 |
| 1.32 | 03.03.14 | Tratamento de doenças do ouvido/apófise mastoide e vias aéreas | 30 | 32 | 1 | 26 | 1 | 34 | 1 | 92 | 1 |
| 1.33 | 03.03.15 | Tratamento das doenças do aparelho geniturinário | 5 | 8 | 0,5 | 17 | 0,5 | 5 | 0,5 | 30 | 0,5 |
| 1.34 | 03.03.16 | Tratamento de algumas afecções originadas no período neonatal | 5 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 |
| 1.35 | 03.03.17 | Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais | 30 | 15 | 0 | 18 | 0 | 19 | 0 | 52 | 0 |
| 1.36 | 03.04 | Tratamento em oncologia | 440 | 476 | 3 | 420 | 1,5 | 437 | 1,5 | 1.333 | 3 |
| 1.37 | 03.05 | Tratamento em nefrologia | 10 | 9 | 1 | 13 | 1 | 15 | 1 | 37 | 1 |
| 1.38 | 04.01 | Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa | 200 | 240 | 1 | 269 | 1 | 393 | 1 | 902 | 1 |
| 1.39 | 04.03 | Cirurgia do sistema nervoso central e periférico | 30 | 9 | 0 | 15 | 0 | 8 | 0 | 32 | 0 |
| 1.40 | 04.04 | Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço | 5 | 6 | 0,5 | 4 | 0,5 | 15 | 0,5 | 25 | 0,5 |
| 1.41 | 04.06 | Cirurgia do aparelho circulatório | 5 | 5 | 0,5 | 5 | 0,5 | 7 | 0,5 | 17 | 0,5 |
| 1.42 | 04.07 | Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal | 30 | 43 | 1 | 51 | 1 | 59 | 1 | 153 | 1 |
| 1.43 | 04.08 | Cirurgia do sistema osteomuscular | 30 | 66 | 1 | 56 | 1 | 83 | 1 | 205 | 1 |
| 1.44 | 04.09 | Cirurgia do aparelho geniturinário | 5 | 15 | 0,5 | 24 | 0,5 | 28 | 0,5 | 67 | 0,5 |
| 1.45 | 04.11 | Cirurgia obstétrica | 30 | 35 | 1 | 18 | 0 | 31 | 1 | 84 | 1 |
| 1.46 | 04.14 | Bucomaxilofacial | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0,5 | 9 | 0 |
| 1.47 | 04.15 | Outras Cirurgias | 50 | 26 | 0 | 30 | 0 | 38 | 0 | 94 | 0 |
| 1.48 | 04.16 | Cirurgia em Oncologia | 15 | 12 | 0,5 | 9 | 0 | 17 | 0,5 | 38 | 0,5 |
| 1.49 | 04.17 | Anestesiologia | 75 | 190 | 0,5 | 129 | 0,5 | 152 | 0,5 | 471 | 0,5 |
| 1.50 | 04.18 | Cirurgia em Nefrologia | 5 | 7 | 0,5 | 0 | 0 | 3 | 0 | 10 | 0 |
| PONTUAÇÃO QUANTITATIVA | | | | 37 | | 37 | | 36 | | 37 | |



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 |
| 2.01 | Densidade de Incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) | <= 6,00 | 13,8 | 0 | 0,0 | 2 | 5,8 | 2 | 7 | 0 |
| 2.02 | Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico | <= 5,00 | 0,3 | 2 | 0,2 | 2 | 1,1 | 2 | 1 | 2 |
| 2.03 | Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) associado ao cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI | <= 4,00 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0 | 2 |
| 2.04 | Densidade de Incidência de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC) | <=10,00 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0 | 2 |
| 2.05 | Proporção de óbitos infantis e fetais investigados | 100 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100 | 1 |
| 2.06 | Investigação de Óbitos Maternos | 100 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100 | 1 |
| 2.07 | Razão de Mortalidade Materna | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0 | 2 |
| 2.08 | Proporção de partos cesáreos | <= 73 | 80,0 | 0 | 83,7 | 0 | 68,4 | 2 | 77 | 0 |
| 2.09 | Taxa de Mortalidade Institucional | <= 5,00 | 4,1 | 2 | 3,5 | 2 | 3,5 | 2 | 4 | 2 |
| 2.10 | Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) | < 335,04 | 31,7 | 2 | 28,2 | 2 | 63,4 | 2 | 41 | 2 |
| 2.11 | Taxa de Ocupação Operacional Geral | >= 40,00 | 52,6 | 2 | 61,1 | 2 | 59,2 | 2 | 58 | 2 |
| 2.12 | Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto | >= 80 | 96,7 | 2 | 97,8 | 2 | 96,4 | 2 | 97 | 2 |
| 2.13 | Média de Permanência Geral | >= 4 e <= 6 | 4,3 | 2 | 4,2 | 2 | 4,7 | 2 | 4,4 | 2 |
| 2.14 | Média de Permanência UTI Adulto | >= 4,5 e <= 7 | 6,1 | 2 | 5,8 | 2 | 5,1 | 2 | 5,7 | 2 |
| 2.15 | Porcentagem de doadores de órgãos efetivos com clampeamento em relação ao número de notificações de potenciais doadores de órgãos. | >= 10% | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 |
| 2.16 | Taxa de cirurgias eletivas hospitalares e ambulatoriais | >= 8,00 | 14,5 | 2 | 18,1 | 2 | 14,1 | 2 | 16 | 2 |
| 2.17 | Taxa de Atualização no CNES relativo aos profissionais de enfermagem | >= 95,00 | 96,0 | 1 | 95,0 | 1 | 97,0 | 1 | 96 | 1 |
| 2.18 | Realização de cursos de treinamento e aperfeiçoamento dos funcionários/ano, pelo menos um curso por profissional | 100 | 98,0 | 0 | 96,0 | 0 | 99,0 | 0 | 98 | 0 |
| 2.19 | Índice de Satisfação dos Usuários do SUS | >= 70,00 | 81,0 | 2 | 84,0 | 2 | 83,0 | 2 | 83 | 2 |
| 2.20 | Produção de Ouvidoria | >= 90 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100 | 1 |
| 2.21 | Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico por classificação de risco LARANJA | <= 10 | 10,0 | 1 | 8,0 | 1 | 13,0 | 1 | 10 | 1 |
| 2.22 | Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico por classificação de risco AMARELO | <= 30 | 28,0 | 1 | 33,0 | 1 | 21,0 | 1 | 27 | 1 |
| 2.23 | Tempo médio entre a chegada à unidade e o atendimento médico por classificação de risco VERDE | <= 60 | 34,0 | 1 | 26,0 | 1 | 17,0 | 1 | 26 | 1 |
| 2.24 | Tempo médio para acolhimento de enfermagem com classificação de risco | <= 8 | 7,8 | 1 | 6,3 | 1 | 5,9 | 1 | 7 | 1 |
| 2.25 | Taxa de Uso de Prontuário Eletrônico de Paciente (PEP) | >= 90 ou >= 70 | 90,5 | 2 | 83,0 | 1 | 91,0 | 2 | 88 | 1 |
| PONTUAÇÃO QUALITATIVA | | | 34 | | 35 | | 38 | | 33 | |

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 |



| 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 | | | | | | |
| 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 regional | SIM | 5 | SIM | 5 | SIM | 5 |
| 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 | 6 | 50 | 6 | 50 | 6 | 50 |
| 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 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| V.1.7 - ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR - PISO DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
|--|---|-------------------|------------------|-------------------|---------------------------|--------------|---------------|
| Competência | Repasse do Município | | | | Repasse aos Profissionais | | |
| | Portaria Municipal | Valor HCC | Valor SAMU | Total Repassado | Valor Pago | Data do Pcto | Diferença |
| Janeiro | PORTARIA Nº 151, DE 07 DE FEVEREIRO DE 2025 | 135.184,11 | 4.220,99 | 139.405,10 | 138.829,65 | 12/02/2025 | 575,45 |
| Fevereiro | PORTARIA Nº 255 DE 12 DE MARÇO DE 2025 | 134.830,84 | 4.220,99 | 139.051,83 | 139.051,83 | 17/03/2025 | - |
| Março | | 134.255,10 | 4.220,99 | 138.476,09 | 138.476,09 | 20/01/2025 | - |
| VALOR TOTAL | | 404.270,05 | 12.662,97 | 416.933,02 | 416.357,57 | | 575,45 |

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 |



| V.2 – INCENTIVOS ESTADUAIS | | | | | | |
|---|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| V.2.1 - PORTA DE ENTRADA - RUE | | | | | | |
| Especificação | Janeiro | | Fevereiro | | Março | |
| | Atende | Pts | Atende | Pts | Atende | Pts |
| 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 | 249 | 20 | 264 | 20 | 256 | 20 |
| 04.08 | CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR | 57 | 20 | 53 | 20 | 77 | 20 |
| 04.08.06.071-9 | VIDEOARTROSCOPIA | 0 | | 0 | | 0 | |
| 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 traumato/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, videoartroscopia | | 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, videoartroscopia | | 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 | | 26,3 | 10 | 28,3 | 10 | 18,2 | 10 |
| 12. Procedimentos cirúrgicos deverão ocorrer nas subespecialidades prioritárias | | 47,4 | 0 | 45,3 | 0 | 36,4 | 0 |
| PONTUAÇÃO TOTAL | | 90 | | 90 | | 90 | |

| V.2.3 - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL | | | | | | | |
|---|--------------------------|---------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| Código SUS | Descrição / Procedimento | Janeiro | | Fevereiro | | Março | |
| | | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| V.2.3 - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL | | | | | | | |
|---|--|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| 03.01.01.007-2 CBO 2252-25 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 62 | 0 | 26 | 0 | 73 | 0 |
| 04.07 | CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL | 43 | 30 | 51 | 30 | 59 | 30 |
| 04.09.04.024-0 | VASECTOMIA | | | | | | |
| 04.02 | CIRURGIA DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS | 0 | | 0 | | 0 | |
| 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 | | 70 | | 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 | 79 | 0 | 35 | 0 | 50 | 0 |
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO | 14 | | 11 | | 29 | |
| 02.05.01.002-4 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO | 0 | | 0 | | 0 | |
| 02.11.02.004-4 | HOLTER | 2 | | 0 | | 0 | |
| 02.11.02.006-0 | PROVA DE ESFORÇO | 23 | | 0 | | 14 | |
| 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. Referência 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 | | 40 | | 40 | | 40 | |

| V.2.5 - MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL | | | |
|---------------------------------------|---------|-----------|-------|
| Especificação | Janeiro | Fevereiro | Março |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| | 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 |
| 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 e 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 | NAO | 0 | NAO | 0 | NAO | 0 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| V.2.5 - MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL | | | | | | |
|---|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| Especificação | Janeiro | | Fevereiro | | Março | |
| | Atende | Pts | Atende | Pts | Atende | Pts |
| 24 horas por dia, sete dias por semana? | | | | | | |
| 26. Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? | NÃO | 0 | NÃO | 0 | NÃO | 0 |
| 27. Possui Médico Anestesiologista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? | NÃO | 0 | NÃO | 0 | NÃO | 0 |
| 28. Apresenta um quantitativo mínimo de 365 nascimentos anualmente, dado obtido a partir do relatório SINASC | SIM | 11 | SIM | 11 | SIM | 11 |
| PONTUAÇÃO TOTAL | 85 | | 85 | | 85 | |

| 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, pleurosocopia 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 líquor | 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 |



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

| Especificação | Janeiro | | Fevereiro | | Março | |
|---|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| | Atende | Pts | Atende | Pts | Atende | Pts |
| 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 |
| 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 |
|------------|--------------------------|---------|-----------|-------|
|------------|--------------------------|---------|-----------|-------|



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| V.2.7 – LEITOS DE UTI E UCI | | | | | | | |
|--|----------------------|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| | | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts |
| 75 CNES | UTI ADULTO - TIPO II | 8 | 30 | 8 | 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 | 10 | 40 | 10 | 40 | 10 | 40 |
| 47 CNES | LEITOS DE PSIQUIATRIA | | | | | | |
| Especificação | | Atende | Pts | Atende | Pts | Atende | Pts |
| 1. Taxa de ocupação de Leitos de Saúde Mental | | 83,9% | 40 | 89,3% | 40 | 116,1% | 40 |
| 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 |



| V.2.8 - LEITOS DE SAÚDE MENTAL | | | | | | | |
|--------------------------------|--|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| Código SUS | Descrição / Procedimento | Janeiro | | Fevereiro | | Março | |
| | | Qtde | Pts | Qtde | Pts | Qtde | Pts |
| | 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 |
| | 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 | | 100 | | 100 | | 100 | |

| 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) | 8 | 50 | 8 | 50 | 8 | 50 |
| Especificação | | Atende | Pts | Atende | Pts | Atende | Pts |
| 1. Possui, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional | | SIM | 3 | SIM | 3 | SIM | 3 |
| 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 |



| V.3 – INCENTIVOS MUNICIPAIS | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| V.3.1 - LEITOS DE UTI - ADULTO II | | | | | | |
| 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 | 2 | SIM | 2 | SIM | 2 |
| 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 | 2 | SIM | 2 | SIM | 2 |
| 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 | 2 | SIM | 2 | SIM | 2 |
| 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 | 3 | SIM | 3 | SIM | 3 |
| 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 | 2 | SIM | 2 | SIM | 2 |
| 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 | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| 13. Possui 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| 14. Possui 01 (um) psicólogo disponível para a unidade; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| 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 | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| 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 | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| b) Terapia nutricional (enteral e parenteral); | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| c) Assistência farmacêutica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| d) Assistência clínica vascular; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| e) Assistência clínica cardiovascular; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| f) Assistência clínica neurológica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| g) Assistência clínica ortopédica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| h) Assistência clínica urológica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| i) Assistência clinicagastroenterológica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| j) Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| k) Assistência clínica hematológica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| l) Assistência clínica hemoterápica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| m) Assistência clínica oftalmológica; | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |



| V.3.4 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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: | | | | | | |
| - 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 |



| V.3.4 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC | | | | | | |
|--|-----|------------|-----|------------|-----|------------|
| - 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 | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| - psicólogo | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| - nutricionista | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| - técnico de enfermagem | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 | SIM | 0,5 |
| 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) | 5 | 25 | 6 | 25 | 9 | 45 |
| 04.14 | BUCOMAXILOFACIAL | 2 | 25 | 0 | 25 | 6 | 45 |
| | 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 | | 60 | | 100 |

| 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 | 14 | 45 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| | | | | | | | |
|--|--|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| 04.04 | CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO | 0 | 25 | 0 | 25 | 1 | 25 |
| 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 | | 60 | | 60 | | 80 | |

V.3.6 – LEITOS DE SAÚDE MENTAL

Não se aplica.

VI – INCREMENTO TEMPORÁRIO / EMENDAS PARLAMENTARES

| Item | Origem / Parlamentar | Portaria | Processo / Emenda / Programa | Mês do Repasse | Esfera | Valor |
|--------------------|----------------------|---------------------|---|----------------|-----------|---------------------|
| 1 | Secretaria de Saúde | 301/24 | Atendimento Vítimas Desastres – Enfrentamento Enchentes 2024 | 05/2024 | Estadual | 200.000,00 |
| 2 | Comissão da Saúde | MS 3.737/24 | Adequação da Unidade de Cuidados Paliativos | 05/2024 | Federal | 500.000,00 |
| 3 | Zucco | MS 3.626/24 | Aperfeiçoamento de Procedimentos Cirúrgicos Osteomusculares de Membros Inferiores | 05/2024 | Federal | 200.000,00 |
| 4 | Rodrigo Lorenzoni | SES Nº 326/2024 | MP e MC de EMH de Colonoscopia - Emenda 573 | 05/2024 | Estadual | 100.000,00 |
| 5 | Secretaria de Saúde | Lei nº 9.150/24 | Sustentabilidade Econômico-Financeira | 06/2024 | Municipal | 855.000,00 |
| 6 | Ministério da Saúde | GM/MS Nº 4.779/2024 | Reforço Pontual MAC - CP 10 - MP nº 1218/2024 | 08/2024 | Federal | 1.334.074,68 |
| | | | | 12/2024 | Federal | 803.188,67 |
| VALOR TOTAL | | | | | | 3.992.263,35 |

1) Atendimento Vítimas Desastres – Enfrentamento Enchentes 2024

Prestação de Contas realizada no 3T24.

2) Adequação da Unidade de Cuidados Paliativos

Caracterização:

A Portaria GM/MS Nº 3.283/2024 disciplinou as regras para as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas a emendas parlamentares que destinarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2024.

Conforme art. 13, inciso II, os recursos do incremento temporário das Emendas MAC serão destinados à contratualização para atingimento de metas qualitativas e quantitativas, de unidades de propriedade ou gerenciadas por entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênere firmado com o ente beneficiado. As metas quantitativas poderão englobar, dentre outros, o excedente de produção previamente autorizado e o atendimento a necessidades pontuais como a redução da fila da regulação, devendo estar de acordo com o plano de saúde e com a programação anual de saúde.

As metas qualitativas poderão considerar, dentre outros, o aperfeiçoamento de práticas e condições de funcionamento das unidades, como implantação de protocolos, adoção de políticas de humanização e de adequação da ambiência e o tempo médio de realização de procedimentos.

Justificativa:

A unidade Posto 5 possui 14 leitos e foi utilizada durante a Pandemia como UTI COVID chegando a atender concomitantemente 23 pacientes. A Unidade necessita de reforma para que os leitos possam novamente ser utilizados.

Diante da crescente necessidade de atendimento de pacientes em cuidados prolongados e/ou paliativos e/ou semi-intensivos, a Unidade reformada especialmente atenderá pacientes com estas peculiaridades.

| Tipo | Objetivo | Ação | Prazo | Valor |
|------|----------|------|-------|-------|
|------|----------|------|-------|-------|



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| VI – INCREMENTO TEMPORÁRIO / EMENDAS PARLAMENTARES | | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------|-------------------|---|----|------|--------------------|------------|------------|
| Qualitativa | Adequação da Ambiência | | | Adequação da Unidade de Cuidados Paliativos | | | 180 dias | 500.000,00 | |
| Prestação de Contas: A Prestação de Contas deverá ser efetuada na Prestação de Contas relativa ao 4º Trimestre de 2024, mediante apresentação dos documentos fiscais. | | | | | | | | | |
| Item | Nome do Credor | CNPJ/CPF | Objeto da Despesa | Documento Fiscal | | | Dados do Pagamento | | |
| | | | | Tipo | Nº | Data | Forma | Data | Valor Pago |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Valor Total | | | | | | | | | - |
| 3) Aperfeiçoamento de Procedimentos Cirúrgicos Osteomusculares de Membros Inferiores | | | | | | | | | |
| Prestação de Contas realizada no 3T24. | | | | | | | | | |
| 4) MP e MC de EMH de Colonoscopia - Emenda 573 | | | | | | | | | |
| Prestação de Contas realizada no 2T24. | | | | | | | | | |
| 5) Sustentabilidade Econômico-Financeira | | | | | | | | | |
| Prestação de Contas realizada no 3T24. | | | | | | | | | |
| 6) Reforço Pontual MAC - CP 10 - MP nº 1218/2024 | | | | | | | | | |
| Prestação de Contas realizada no 4T24. | | | | | | | | | |

| VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS | | | | | | | | |
|---|---|--------------|---------|------------|----------|-----------|----------|------------|
| VII.a - EXAMES AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE ACORDO COM TABELA MUNICIPAL | | | | | | | | |
| Caracterização: Serviços prestados de exames ambulatoriais e hospitalares da demanda assistencial da unidade hospitalar da Secretaria da Saúde, de acordo com a tabela Municipal, mesmo valor contratualizado com demais prestadores. | | | | | | | | |
| Descrição dos serviços: Os serviços são realizados junto ao prestador ou por terceiros, de usuários em atendimento pelo SUS, de acordo com a demanda, no limite estabelecido anualmente. | | | | | | | | |
| Código | Sub Grupo | Tipo | Outubro | | Novembro | | Dezembro | |
| | | | Qtde | Valor | Qtde | Valor | Qtde | Valor |
| 01 | Coleta de material | Ambulatorial | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | | Hospitalar | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| 02 | Diagnóstico em laboratório clínico | Ambulatorial | 6.612 | 19.575,59 | 6.206 | 15.740,61 | 7.357 | 20.058,05 |
| | | Hospitalar | 5.436 | 12.826,96 | 5.218 | 11.762,94 | 5.325 | 12.121,54 |
| 03 | Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia | Ambulatorial | 52 | - | 239 | - | 4 | - |
| | | Hospitalar | 145 | - | 216 | - | 281 | - |
| 04 | Diagnóstico por radiologia | Ambulatorial | 389 | 10.935,08 | 781 | 21.951,13 | 771 | 21.696,05 |
| | | Hospitalar | 367 | 10.035,63 | 271 | 7.411,22 | 291 | 7.937,93 |
| 05 | Diagnóstico por ultrasonografia | Ambulatorial | 293 | 32.778,76 | 348 | 50.560,32 | 148 | 11.021,78 |
| | | Hospitalar | 129 | 19.635,56 | 179 | 28.164,27 | 112 | 17.154,50 |
| 06 | Diagnóstico por tomografia | Ambulatorial | 584 | 97.932,99 | 571 | 94.760,81 | 636 | 106.850,02 |
| | | Hospitalar | 151 | 24.738,55 | 261 | 42.378,34 | 171 | 27.934,49 |
| 07 | Diagnóstico por ressonância magnética | Ambulatorial | 77 | 11.322,85 | 77 | 11.322,85 | 0 | - |
| | | Hospitalar | 17 | 2.499,85 | 23 | 3.382,15 | 29 | 4.264,45 |
| 09 | Diagnóstico por endoscopia | Ambulatorial | 305 | 110.925,70 | 202 | 70.840,71 | 294 | 104.563,05 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

| VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS | | | | | | | | |
|--|--|--------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | | Hospitalar | 10 | 2.818,40 | 21 | 6.611,17 | 7 | 2.264,91 |
| 11 | Métodos diagnósticos em especialidades | Ambulatorial | 249 | 7.080,15 | 132 | 3.478,20 | 196 | 5.331,20 |
| | | Hospitalar | 61 | 1.607,35 | 1.009 | 26.587,15 | 59 | 1.554,65 |
| 12 | Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia | Ambulatorial | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | | Hospitalar | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| 14 | Diagnóstico por teste rápido | Ambulatorial | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | | Hospitalar | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Subtotal | | | 14.877 | 364.713,42 | 15.754 | 394.951,87 | 15.681 | 342.752,62 |
| (-) Contrapartidas de Projetos em Serviços Concedidas | | | (52.300,00) | | (52.300,00) | | (52.300,00) | |
| Valor Total | | | 312.413,42 | | 342.651,87 | | 290.452,62 | |

VII.b - CIRURGIAS ELETIVAS – MUNICIPAL

| Código SUS | Procedimento | Produção Apresentada | | | Hospitalar | Profissional | | Valor Total |
|------------|--|----------------------|-----------|-------|-------------|--------------|------------------|-------------|
| | | Janeiro | Fevereiro | Março | Complemento | Médico | Anestesiologista | |
| 0401020053 | EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO | 2 | 0 | 0 | 1.001,04 | 2.000,00 | 1.000,00 | 4.001,04 |
| 0403050154 | TRATAMENTO DE LESÃO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO | 4 | 2 | 1 | 12.417,72 | 7.000,00 | 3.500,00 | 22.917,72 |
| 0404010016 | ADENOIDECTOMIA | 0 | 0 | 3 | 2.943,54 | 3.000,00 | 1.500,00 | 7.443,54 |
| 0404010032 | AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA | 0 | 0 | 8 | 9.200,64 | 8.000,00 | 4.000,00 | 21.200,64 |
| 0404010377 | TRAQUEOSTOMIA | 1 | 0 | 1 | 545,16 | 2.000,00 | 1.000,00 | 3.545,16 |
| 0404020771 | RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA | 0 | 0 | 1 | 399,38 | 1.000,00 | 500,00 | 1.899,38 |
| 0406020574 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | 3 | 5 | 5 | 6.762,86 | 13.000,00 | 6.500,00 | 26.262,86 |
| 0407010211 | GASTROSTOMIA | 0 | 0 | 1 | 1.264,58 | 1.000,00 | 500,00 | 2.764,58 |
| 0407020306 | JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA | 0 | 0 | 1 | 1.574,80 | 1.000,00 | 500,00 | 3.074,80 |
| 0408030070 | ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS | 1 | 0 | 0 | 14.316,24 | 1.000,00 | 500,00 | 15.816,24 |
| 0408030267 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA | 0 | 1 | 0 | 8.350,18 | 1.000,00 | 500,00 | 9.850,18 |
| 0403020115 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA | 0 | 1 | 0 | 1.516,92 | 1.000,00 | 500,00 | 3.016,92 |
| 0409010219 | NEFRECTOMIA TOTAL | 1 | 0 | 0 | 1.970,04 | 1.000,00 | 500,00 | 3.470,04 |
| 0409010383 | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL | 1 | 0 | 0 | 724,62 | 1.000,00 | 500,00 | 2.224,62 |
| 0409010499 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA ABDOMINAL | 1 | 0 | 0 | 405,80 | 1.000,00 | 500,00 | 1.905,80 |
| 0409050083 | POSTECTOMIA | 2 | 2 | 1 | 977,20 | 5.000,00 | 2.500,00 | 8.477,20 |
| 0409060038 | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO | 1 | 0 | 0 | 610,40 | 1.000,00 | 500,00 | 2.110,40 |
| 0409060100 | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) | 0 | 1 | 0 | 792,38 | 1.000,00 | 500,00 | 2.292,38 |
| 0410010081 | PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA | 0 | 1 | 0 | 1.157,00 | 1.000,00 | 500,00 | 2.657,00 |
| 0410010138 | RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA | 0 | 1 | 0 | 322,96 | 1.000,00 | 500,00 | 1.822,96 |
| 0414020413 | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | 0 | 0 | 2 | 479,68 | 2.000,00 | 1.000,00 | 3.479,68 |
| 0415010012 | TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS | 1 | 6 | 5 | 34.599,56 | 12.000,00 | 6.000,00 | 52.599,56 |
| 0415020050 | PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS | 0 | 1 | 1 | 9.471,62 | 2.000,00 | 1.000,00 | 12.471,62 |
| 0415040027 | DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE | 1 | 0 | 0 | 843,32 | 1.000,00 | 500,00 | 2.343,32 |
| 0416010016 | AMPUTAÇÃO DE PÊNIS EM ONCOLOGIA | 0 | 0 | 1 | 1.278,72 | 1.000,00 | 500,00 | 2.778,72 |
| 0416050093 | EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR EM ONCOLOGIA | 0 | 0 | 1 | 10.465,68 | 1.000,00 | 500,00 | 11.965,68 |
| 0416050026 | COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) EM ONCOLOGIA | 0 | 0 | 1 | 5.318,68 | 1.000,00 | 500,00 | 6.818,68 |
| 0416060064 | HISTERECTOMIA TOTAL | 0 | 0 | 2 | 17.093,52 | 2.000,00 | 1.000,00 | 20.093,52 |
| 0416080030 | EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO | 1 | 0 | 0 | 582,36 | 1.000,00 | 500,00 | 2.082,36 |
| 0416080120 | EXTIRPAÇÃO MÚLTIPLA DE LESÃO DE PELE | 0 | 1 | 0 | 851,60 | 1.000,00 | 500,00 | 2.351,60 |
| 0416090133 | RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES | 1 | 0 | 0 | 5.897,50 | 1.000,00 | 500,00 | 7.397,50 |
| 0416120024 | MASTECTOMIA RADICAL | 1 | 0 | 0 | 3.094,12 | 1.000,00 | 500,00 | 4.594,12 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

VII - SERVIÇOS ELETIVOS / EXTRAS

| | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|------------|-----------|-----------|------------|
| Cirurgias Eletivas Realizadas | 22 | 22 | 35 | 157.229,82 | 79.000,00 | 39.500,00 | 275.729,82 |
|-------------------------------|----|----|----|------------|-----------|-----------|------------|

EXECUÇÃO ACUMULADA

| Subgrupo | Especialidade | Pactuado | | Realizado no Trimestre | | Acumulado no Ano | | Saldo | |
|----------|----------------------|----------|------------|------------------------|------------|------------------|------------|--------|--------------|
| | | Físico | Financeiro | Físico | Financeiro | Físico | Financeiro | Físico | Financeiro |
| 04.03 | NEUROLOGIA | 120 | 300.000,00 | 79 | 275.729,82 | 79 | 275.729,82 | 761 | 2.184.270,18 |
| 04.04 | OTORRINO | | | | | | | | |
| 04.06 | VASCULAR | | | | | | | | |
| 04.07 | CIRURGIA GERAL | | | | | | | | |
| 04.08 | OSTEOMUSCULAR | | | | | | | | |
| 04.09 | GINECOLOGIA/UROLOGIA | | | | | | | | |
| 04.15 | OUTRAS CIRURGIAS | | | | | | | | |
| 04.16 | ONCOLOGIA | | | | | | | | |

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

| Tipo | Nome do Material | Data Procedimento | RT (CRM) | Valor Aquisição | Justificativa Clínica | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------|----------|------------------|---|--------------------------|--------------------|-------------------------------|
| OPMe | ALTO FLUXO | 05/01/25 | 13433 | R\$ 1.160,00 | INSUF. RESP. DIMIN. NECES. DE VENT. MECÂN. INVASIVA | | | |
| OPMe | RECARGA LINEAR CORTANTE | 15/01/25 | 36685 | R\$ 1.287,00 | RETOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL + COLOSTOMIA | | | |
| OPMe | PARAFUSO CORTICAL | 17/01/25 | 45802 | R\$ 252,84 | FRATURA DE TIBIA | | | |
| OPMe | CATETER DUPLO LUMEN | 01/02/25 | 36573 | R\$ 273,00 | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEM | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO | 14/02/25 | 45802 | R\$ 480,00 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR JOELHO | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO | 14/02/25 | 45802 | R\$ 480,00 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR JOELHO | | | |
| OPMe | ALTO FLUXO | 15/02/25 | 13433 | R\$ 1.160,00 | INSUF. RESP. DIMIN. NECES. DE VENT. MECÂN. INVASIVA | | | |
| OPMe | SONDA FREKA | 12/03/25 | 15558 | R\$ 370,00 | ALIMENTAÇÃO ENTERAL DE LONGA PERMANÊNCIA | | | |
| OPMe | PARAFUSOS E PLACAS | 07/02/25 | 37952 | R\$ 275,48 | FRATURA UMERÓ PROXIMAL DIREITO | | | |
| OPMe | PINO/ FIXADOR EXTERNO | 05/02/25 | 37633 | R\$ 170,70 | FRATURA RADIO DISTAL | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO | 31/01/25 | 45802 | R\$ 480,00 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR JOELHO | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO | 07/03/25 | 45802 | R\$ 480,00 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR JOELHO | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO | 21/03/25 | 45802 | R\$ 480,00 | OSTEOCONDROPLASTIA DE PATELA + SUTURA MENISCO | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO + ARUELA | 07/02/25 | 45802 | R\$ 480,00 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR JOELHO | | | |
| OPMe | CANULA DE MICRODEBRIDAÇÃO | 14/03/25 | 45802 | R\$ 480,00 | OSTEOCONDROPLASTIA DE PATELA + SUTURA MENISCO | | | |
| OPMe | RECARGA LINEAR CORTANTE | 17/03/25 | 32605 | R\$ 508,00 | NEOPLASIA MALIGNA DO RETROPERITÔNIO | | | |
| OPMe | CIMENTO ORTOPÉDICO | 06/03/25 | 45802 | R\$ 60,59 | PSEUDOARTROSE FÊMUR PROXIMAL | | | |
| OPMe | ALTO FLUXO | 19/03/25 | 19056 | R\$ 1.160,00 | INSUF. RESP. DIMIN. NECES. DE VENT. MECÂN. INVASIVA | | | |
| Total Gasto | | | | 10.037,61 | Saldo no Trimestre | Saldos Anteriores | Saldo Total | Data Limite Utilização |
| Repasse no Trimestre | | | | 15.000,00 | 15.000,00 | | 4.962,39 | 31/12/2025 |

VIII - PROGRAMAS E PROJETOS

EXERCÍCIO ATUAL

a - QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA

Caracterização:

Visa oferecer novas condições tecnológicas para serviço de diagnóstico por tomografia com a aquisição de um Tomógrafo



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAZINHO
CAPITAL DA HOSPITALIDADE E DA LOGÍSTICA

VIII - PROGRAMAS E PROJETOS

Computadorizado Helicoidal Multisllice, composto por unidade de comando, gantry, mesa paciente móvel e demais acessórios, inclusive prevendo obras de adequação do espaço físico.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FINANCEIRA

Receitas:

| Fonte de Custeio | | Saldo Anterior | Janeiro | Fevereiro | Março | Subtotal |
|------------------|-----------|----------------|--------------|-----------|-------|--------------|
| MUNICIPAL | Previsto | - | 3.000.000,00 | - | - | 3.000.000,00 |
| | Realizado | - | 3.000.000,00 | - | - | 3.000.000,00 |
| | Diferença | - | - | - | - | - |

Despesas:

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

| | ATÉ O PERÍODO | | | TOTAL | | |
|------------------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------|--------------|--------------|---------------|
| | Previsto | Realizado | Diferença | Previsto | Realizado | Diferença |
| Receita | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | - | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | - |
| Despesa | 3.000.000,00 | - | -3.000.000,00 | 3.000.000,00 | - | -3.000.000,00 |
| % 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 | | | |
| 31/07/2025 | 2T25 | 0 | | | | |

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

EXERCÍCIOS ANTERIORES

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 | | | |
| 25/06/2025 | 1T25 | 0 | | | | |

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

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

Caracterização:

Visa reformular as condições físicas do estabelecimento de saúde para qualificar o acolhimento dos pacientes e de seus familiares, bem como, oferecer melhores condições nas instalações para o fornecimento de refeições a pacientes e seus acompanhantes, trabalhadores da instituição e comunidade em geral.

Prestação de Contas já apresentada no 4T24.

VIII.c – REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA



VIII - PROGRAMAS E PROJETOS

Caracterização:

Visa a aquisição de 02 (dois) equipamentos para diagnóstico por imagens médicas geradas através de ondas mecânicas de frequência ultrassônica, para realização de exames.

Prestação de Contas já apresentada no 2T24.

VIII.d – READEQUAÇÃO DA RECEPÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR

Caracterização:

Visa reformular as condições físicas do estabelecimento de saúde para qualificar o acolhimento dos pacientes e de seus familiares, bem como, oferecer melhores condições nas instalações para o fornecimento de refeições a pacientes e seus acompanhantes, trabalhadores da instituição e comunidade em geral.

Prestação de Contas já apresentada no 2T24.

VIII.e – ADEQUAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

Caracterização:

Visa adequar o ambiente físico para o funcionamento de Ambulatório de Neurologia, tendo em vista a habilitação do HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CARAZINHO como "Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia Adulto e Pediátrico", previsto na Portaria GM/MS Nº 3.337/2024 e RESOLUÇÃO Nº 320/23 - CIB/RS.

Prestação de Contas já apresentada no 2T24.

VIII.f – ADEQUAÇÃO DE SALA DE ESPERA PARA PESSOAS COM TEA

Caracterização:

Visa adequar o ambiente físico para o funcionamento da unidade hospitalar contemplando uma sala de espera para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FINANCEIRA

Receitas:

| Fonte de Custeio | | Saldo Anterior | Janeiro | Fevereiro | Março | Subtotal |
|------------------|-----------|----------------|---------|-----------|-------|-----------|
| MUNICIPAL | Previsto | 50.000,00 | - | - | - | 50.000,00 |
| | Realizado | 50.000,00 | - | - | - | 50.000,00 |
| | Diferença | - | - | - | - | - |

Despesas:

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

| | ATÉ O PERÍODO | | | TOTAL | | |
|------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Previsto | Realizado | Diferença | Previsto | Realizado | Diferença |
| Receita | 50.000,00 | 50.000,00 | - | 50.000,00 | 50.000,00 | - |
| Despesa | 50.000,00 | - | 50.000,00 | 50.000,00 | - | 50.000,00 |
| % 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 |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------|---------------|
| 25/06/2025 | 1T25 | 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 | 105.000,00 | 105.000,00 | 105.000,00 | 315.000,00 | 315.000,00 | - |
| V.3.2 - PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Plantão Médico | 199.250,00 | 199.250,00 | 199.250,00 | 597.750,00 | 597.750,00 | - |
| | Clínica Anestesiológica | 78.650,00 | 78.650,00 | 78.650,00 | 235.950,00 | 235.950,00 | - |
| | Clínica Obstétrica | 78.650,00 | 78.650,00 | 78.650,00 | 235.950,00 | 235.950,00 | - |
| | Clínica Pediátrica | 78.650,00 | 78.650,00 | 78.650,00 | 235.950,00 | 235.950,00 | - |
| | Clínica Médica | 78.650,00 | 78.650,00 | 78.650,00 | 235.950,00 | 235.950,00 | - |

