

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de Agosto de 1933"

## 6º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO 9676

Registrado no Livro n.º \_\_\_\_\_  
de Obras e Serviços da  
Prefeitura Municipal de Jahu  
sob o n.º 10110  
em 11 de março de 2020  
Bianca Cristina Cordeiro

6º Termo Aditivo ao Convênio que entre si celebram o MUNICÍPIO DE JAHU e a IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU, referente à assistência à saúde.

O MUNICÍPIO DE JAHU, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 46.195.079/0001-54, sediada na rua Paissandu, nº 444, Centro, Jahu/SP, CEP 17.201-900, neste ato, representado por sua Secretária de Saúde Sra. MÁRCIA APARECIDA NASSIF, brasileira, solteira, servidora pública, portadora do RG nº 7.568.832-3 e inscrita no CPF sob nº 824.514.948-91, residente e domiciliada à Rua Doutor João Leite, 211, Centro, Jahu/SP, CEP 17.201-090, e por sua Secretária de Educação e Finanças, Sra. SÍLVIA HELENA SORGI, brasileira, casada, servidora pública, portadora do RG nº 20.288.392-6 e inscrita no CPF sob nº 154.930.478-02, residente e domiciliada à Rua Augusto Ferrari, nº 222 – Jardim América – CEP: 17210-660, autorizadas pelo Decreto nº 6.767/2014, doravante denominado CONVENIENTE, e de outro lado, a IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 50.753.631/0001-50, sediada na rua Rinschuelo, nº 1.073, Jahu/SP, CEP 17.201-340, neste ato, representada pelo seu Provedor, Sr. ALCIDES BERNARDI JÚNIOR, brasileiro, casado, industrial, portador do RG nº 4.852.967-9 SSP/SP e do CPF nº 797.217.108-49, residente na rua Adelina, nº 428, Jahu/SP, CEP 17.210-280, doravante denominada CONVENIADA, nos termos da Lei Federal nº 8.666/1993 e da Lei Municipal nº 4.884/2014, em decorrência do que consta dos autos do processo administrativo nº 4906-PG/2019, celebram entre si o presente 5º Termo Aditivo, com base no Convênio inicial registrado sob nº 9676/2018, conforme as seguintes cláusulas e condições:

I – Fica aditado o texto da CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PARÁGRAFO TERCEIRO, passando a incorporar o seguinte teor:

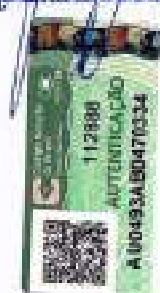
**CLÁUSULA DÉCIMASEGUNDA - DOS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - FNS E DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - FES**

A CONVENIADA receberá, mensalmente, do CONVENIENTE, pela Secretaria de Saúde, os recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS / MINISTÉRIO DA SAÚDE ou FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, que serão repassados conforme os parágrafos desta Cláusula.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.** As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS tem o valor anual estimado em R\$ 10.510.235,52 (dez milhões, quinhentos e dez mil, duzentos e trinta e cinco reais e cinquenta e dois centavos), correspondente a R\$ 875.852,96 (oitocentos e setenta e cinco mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e noventa e seis centavos) mensais, constante da Ficha de Programação Orçamentária – FPO do Plano de Trabalho Operativo, sendo o valor fixo de R\$ 332.085,29 (trezentos e trinta e dois mil, oitenta e cinco reais e vinte e nove centavos) para os procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE, o valor fixo de R\$ 111.883,16 (cento e onze mil, oitocentos e oitenta e três reais e dezesseis centavos) para os procedimentos de ALTA COMPLEXIDADE e as estimativas de R\$ 431.884,51 (quatrocentos e trinta e um mil, oitocentos e oitenta e quatro reais e

13 JUN 2021

Bianca Cristina Cordeiro



Handwritten signatures and initials.

Handwritten signature.

Em Branco

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de Agosto de 1853"

cinquenta e um centavos) para os identificados como de AÇÕES ESTRATÉGICAS da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS ou pelo FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES e repassados à CONVENIADA por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar/internação, consignadas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, relativas à utilização de 839 AII/mês (Autorização de Internação Hospitalar) tem o valor anual estimado em R\$ 10.550.399,88 (dez milhões, quinhentos e cinquenta mil, trezentos e noventa e nove reais e oitenta e oito centavos), correspondentes a R\$ 879.199,99 (oitocentos e sessenta e nove mil, cento e noventa e nove reais e noventa e nove centavos) mensais, sendo o valor fixo de R\$ 753.959,57 (setecentos e cinquenta e três mil, novecentos e cinquenta e nove reais e cinquenta e sete centavos) para os procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE, o valor fixo de R\$ 108.705,50 (cento e oito mil, setecentos e cinco reais e cinquenta centavos) para os procedimentos de ALTA COMPLEXIDADE, e a estimativa de R\$ 16.534,92 (dezesseis mil, quinhentos e trinta e quatro reais e noventa e dois centavos), para os identificados como AÇÕES ESTRATÉGICAS da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), que serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS ou pelo FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES e repassados à CONVENIADA por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS.

**PARÁGRAFO TERCEIRO.** Receberá ainda, a CONVENIADA, o valor anual de R\$ 18.841.744,68 (dezoito milhões, oitocentos e quarenta e um mil, setecentos e quarenta e quatro mil, reais e sessenta e oito centavos), que corresponde ao valor mensal de R\$ 1.570.145,39 (um milhão, quinhentos e setenta mil, cento e quarenta e cinco reais e trinta e nove centavos), com INCENTIVO e ADEÇÃO ÀS REDES, conforme descrito:

I – R\$ 10.416,67 (dez mil, quatrocentos e dezesseis reais e sessenta e sete centavos) – destinados ao custeio de ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos – OPO, parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organização de Procura de Órgãos – Resolução SS 44, de 22 de abril de 2014;

II – R\$ 70.360,32 (setenta mil, trezentos e sessenta reais e trinta e dois centavos) – destinados ao cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede Cegonha – Leitos de UTI (adulto e neonatal) – Portaria MS/GM nº 1.632, de 6 de agosto de 2013;

III – R\$ 114.892,80 (cento e quatorze mil, oitocentos e noventa e dois reais e oitenta centavos) – destinados ao cumprimento das ações decorrentes da Adesão à Rede de Atenção às Urgências – Portaria MS/GM nº 1.928, de 5 de setembro de 2013;

IV – R\$ 52.062,60 (cinquenta e dois mil, sessenta e dois reais e sessenta centavos) – como INTEGRASUS – Portaria MS/GM nº 878, de 8 de maio de 2002;

V – R\$ 515.843,63 (quinhentos e quinze mil novecentos e quarenta e três reais e sessenta e três centavos) – referentes ao Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

VI – R\$ 493.490,88 (quatrocentos e noventa e três mil quatrocentos e noventa reais e oitenta e oito centavos) – referentes à Rede de Atenção às Urgências – RAU, de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.527, de 11 de novembro de 2014, conforme descrito:

I- R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) – destinados ao Custeio de Portas de Entrada Hospitalar de Urgências;

Handwritten signature and date: 15 JUN 2021. Includes a stamp: "ALTERNATIVA" and "PROPOSTA DE CONTRATO".



Handwritten signature.



Em Branco

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de Agosto de 1953"

2- R\$ 167.105,76 (cento e sessenta e sete mil, cento e cinco reais e setenta e seis centavos) – destinados a Qualificação de Leitos de Terapia Intensiva tipo II;

3- R\$ 26.385,12 (vinte e seis mil, trezentos e oitenta e cinco reais e doze centavos) – destinados a Qualificação de UTI Pediátrica tipo II.

VII – R\$ 86.870,00 (oitenta e seis mil oitocentos e setenta reais) – destinados ao custeio de Leitos de Gestante de Alto Risco (GAR) - Rede Cegonha, de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.258, de 26 de dezembro de 2013 e 1.788 de 7 de outubro de 2016.

VIII - R\$ 96.937,66 (noventa e seis mil, novecentos e trinta e sete reais e sessenta e seis centavos) - destinados ao custeio do Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC tipo II, de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.408, de 17 de dezembro de 2019, conforme descrito:

1-R\$ 95.812,50 (noventa e cinco mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) - destinados à habilitação dos leitos de AVC;

2-R\$ 1.125,16 (um mil, cento e vinte e cinco reais e dezesseis centavos) - destinados ao medicamento para realização da trombólise

IX - R\$ 129.270,83 (cento e vinte e nove mil, duzentos e setenta reais e oitenta e três centavos) - destinados ao custeio e qualificação de Leitos Clínicos de Retenção, de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.719, de 23 de dezembro de 2019, conforme descrito:

1-R\$ 51.708,33 (cinquenta e um mil, setecentos e oito reais e trinta e três centavos) - destinados a qualificação de 10 (dez) leitos já existentes.

2-R\$ 77.562,50 (setenta e sete mil, quinhentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) - destinados a habilitação de 10 (dez) novos leitos.

**PARÁGRAFO QUARTO.** As metas dispostas no Plano de Trabalho Operativo, parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas por uma comissão composta por representantes da CONVENIADA e da Secretaria Municipal de Saúde, cabendo à CONVENIADA fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

**PARÁGRAFO QUINTO.** Os valores de que tratam os Parágrafos Primeiro, Segundo e Terceiro desta Cláusula serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO SEXTO.** Os procedimentos atualmente financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC estratégico, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO SÉTIMO.** A comissão de avaliação citada no Parágrafo Quarto desta Cláusula deverá ser criada pelo CONVENIENTE, em até 30 (trinta) dias após a assinatura desse termo, cabendo à CONVENIADA, neste prazo, indicar o nome dos seus representantes.

**PARÁGRAFO OITAVO.** A CONVENIADA obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH/SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pelo CONVENIENTE.

**PARÁGRAFO NONO.** Os valores financeiros deste ajuste, com valor total de R\$ 39.902.380,12 (trinta e nove milhões, novecentos e dois mil, trezentos e oitenta reais e doze centavos), poderão ser revistos anualmente, quando da renovação do Plano de Trabalho Operativo, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordada, em consonância com os valores da Tabela do Sistema Único de Saúde – SUS.

*[Handwritten signatures and stamps]*  
15 JUN 2021  
11 2888  
AUTENTICAÇÃO  
A00483AB0478316



*[Handwritten signature]*



Em Branco







# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de Agosto de 1853"

## TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO MUNICÍPIO DE JAHU

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE JAHU.

CONVENIADA: IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU.

6º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO nº 9676/2018 – PROCESSO nº 4906-PG/2019.

OBJETO: INTEGRAR A CONVENIADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E DEFINIR A SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONSISTENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS.


TIPO DE CONVÊNIO: COOPERAÇÃO.


Na qualidade de Conveniente e Conveniada, respectivamente, do termo acima identificado, e, cientes de seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estar CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o art. 90, da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

Jahu, de de

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE JAHU:

  
SILVIA HELENA SORGI,  
Secretária de Economia e Finanças.  
E-mail institucional: [sf@jau.sp.gov.br](mailto:sf@jau.sp.gov.br)  
E-mail pessoal: [silvia.sorgi@hotmaill.com](mailto:silvia.sorgi@hotmaill.com)

  
MARCIA APARECIDA NASSIF,  
Secretária de Saúde.  
E-mail institucional: [sec.saude@jau.sp.gov.br](mailto:sec.saude@jau.sp.gov.br)  
E-mail pessoal: [nassifmarcia@hotmail.com](mailto:nassifmarcia@hotmail.com)

CONVENIADA: IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU:

  
ALCIDES BERNARDI JÚNIOR,  
Provedor.

E-mail Institucional: [provedoria@santacasajau.com.br](mailto:provedoria@santacasajau.com.br)

PROVEDORIA DO MUNICÍPIO DE JAHU  
Poder Judiciário  
Secretaria de Saúde  
AUTENTE EM  
Cópia registrada e autenticada  
nº original de acordo com  
JAU-SP

15 JUN 2019

Plataforma de Autenticação  
Município de JAHU - SP



"JAHU CAPITAL NACIONAL DO FUTEBOL FEMININO"

Rua Póssamai, 444 - CAMIS - 13201-900 - JAHU - SP - TEL (14) 3602-1777  
[www.jau.sp.gov.br](http://www.jau.sp.gov.br)

"RIBEIRO DE BARROS - HERÓI NACIONAL"



Em Branco

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de Agosto de 1853"

## CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS CADASTRO DO RESPONSÁVEL

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE JAHU.

6º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO nº 9676/2018 – PROCESSO nº 4906-PG/2019.

OBJETO: INTEGRAR A CONVENIADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E DEFINIR A SUA INSERÇÃO NA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONSISTENTES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS.

CONVENIADA: IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU.

Nome: SILVIA HELENA SORGI  
Cargo: Secretária de Economia e Finanças  
RG nº SSP – SP: 20.288.592-6  
Endereço: Rua Augusto Ferrari, nº 222 – Jardim América – CEP.: 17210-660  
Telefone: 0xx 14 - 3602-1757  
e-mail: silvia.sorgimac@hotmail.com

Nome: MARCIA APARECIDA NASSIF  
Cargo: Secretária de Saúde  
RG nº: 7.568.832-3  
Endereço: Rua Doutor João Leite, nº 211, Centro, Jahu/SP – CEP: 17201-090  
Telefone: 0xx 14 - 3602-3783  
E-mail: sec.saude@jau.sp.gov.br

Responsáveis pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP.

Jahu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

  
SILVIA HELENA SORGI,  
Secretária de Economia e Finanças.

  
MARCIA APARECIDA NASSIF,  
Secretária de Saúde.

Prefeitura do Município de Jahu  
Rua do Comércio, 211 - Centro - Jahu/SP  
RUBRICA FISCAL: 10000000  
AUTENTICADO - Disponível à consulta  
http://portal.tce.sp.gov.br/portal/portal.asp  
www.tce.sp.gov.br

15 JUN 2019

Prefeitura do Município de Jahu  
Rua do Comércio, 211 - Centro - Jahu/SP



"JAHU CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO FEMININO"

Rua Piccolandi, 444 - Centro - 17201-000 - Jahu - SP - Tel: (14) 3602-1777  
www.jau.sp.gov.br

"RIBEIRO DE BARRIOS - HERÓI NACIONAL"







Em Branco



# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

1978  
pe

## Santa Casa

DE JAHU

F. 0032

### PLANO DE TRABALHO/OPERATIVO

Assistência à Saúde – Sistema Único de Saúde - SUS

#### I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Razão Social:<br><b>IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU</b>                          |   |  |   |
| Nome Fantasia:<br><b>SANTA CASA DE JAÚ</b>   |   |  |   |
| CNPJ:<br>50.753.631/0001-50  | CNES:<br>2791722  | Telefone:<br>(14) 3602-3210            | Fax:<br>(14) 3602-3214                      |
| Endereço:<br>Rua Riachuelo, nº 1073  | Bairro:<br>Centro   | CEP:<br>17201-340                      | Município/Código IBGE:<br>Jaú (SP) - 352530 |
| Email:<br>provedoria@santacasajahu.com.br  |   | Site:<br>www.santacasajahu.com.br      |   |
| Licença de Funcionamento VISA / Validade:<br>352530001-861-000023-1-3 / 24/08/2020 |   | CEBAS:<br>461/2018/CGCER/DCEBAS/SAS/MS |   |
| Banco:<br>Banco do Brasil S/A - 001  | Agência:<br>3369-3  | Conta:<br>835-6                        |   |
| Provedor:<br>ALCIDES BERNARDI JÚNIOR   | Cédula de Identidade:<br>4.852.967-9                        | CPF:<br>797.217.108-49                 |   |
| Diretor Clínico:<br>Dr. Silvio Fernando Alonso - CREMESP 60.773                    |   |  |   |
| Diretor Técnico:<br>Dr. Daniel Marcio Elias de Oliveira - CREMESP 109.270          |   |  |   |
| Enfermeiro Responsável:<br>Regiane Laborda - CORENSP 73.037                        | Gerente Administrativo:<br>Sella Andréa Pascoal Que Lameiro |  |   |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU**

**AUTENTICAÇÃO**

Cópia e reprodução autêntica do documento original

Jaú, 11, 03, 2020

Resp:

Renata Corrêa Contador  
Assessora







# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**JAU**  
AUTENTICAÇÃO

Verifico e dou fé que a presente  
cópia é reprodução autêntica do  
documento original

JAHU, 17/09/2019

Assessoria de Saúde - Recursos do

Assessoria

0033

### II - Descrição do Projeto / Objeto

Título do Projeto - Termo Aditivo ao convênio de Assistência à Saúde - Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS Transferência: Fundo Nacional de Saúde/FNS e Fundo Estadual de Saúde/FES para o Fundo Municipal de Saúde/FMS.

Identificação do Objeto - Integrar a CONVENIADA ao Sistema Único de Saúde - SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando a garantia da atenção integral à saúde dos municípios que integram a região de saúde na qual a CONVENIADA está inserida. Inserção de recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde/MS - Fundo Nacional de Saúde/FNS destinado a entidade e transferidos ao Fundo Municipal de Saúde/FMS - Jaú, conforme Portarias editadas pelo Ministério da Saúde/MS.

Justificativa da Proposição - Atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde - SUS em serviços ambulatoriais e de internações da base populacional da Região de Saúde de Jaú - SP, conforme artigo 2º do Decreto nº 7.508 de 28/08/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19/09/1990 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Inclusão de recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde/MS - Fundo Nacional de Saúde/FNS conforme Portaria MS GM nº 3.408, de 17 de dezembro de 2019 que "habilita estabelecimentos de saúde como Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios" e Portaria MS GM nº 3.719, de 23 de dezembro de 2019 que "estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado aos limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios" - Enfermaria Clínica de Retaguarda.

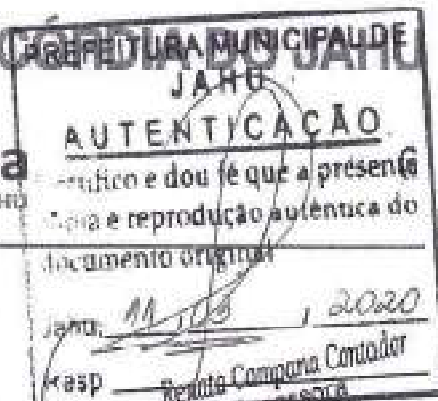




# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

EST. DE JAHU



0034

### III – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

#### Missão, Visão e Valores da Instituição:

**Missão:** Contribuir para a reorganização da saúde física, moral e psicológica dos pacientes, num ambiente profissionalmente humanizado.

**Visão:** Ser um hospital autossustentável que melhor atenda e satisfaça às necessidades de seus clientes. Ser reconhecido nacionalmente pela sua gestão em saúde na região central do Estado.

**Valores:** Respeitar os pacientes, por meio da construção de um relacionamento de confiança, ética e transparência. Estimular a interação e capacitação dos colaboradores, corpo clínico, voluntários, Irmandade e demais parceiros na edificação da excelência na prestação de serviços de saúde. Exercer a filantropia apresentando serviços de qualidade.

Natureza Jurídica: Entidade Privada sem fins Lucrativos

Entidade Filantrópica – CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área de Saúde – Processo nº 25000.093740/2018-40 – Parecer Técnico nº 461/2018/CGCER/DCEBAS/SAS/MS – Portaria MS SAS nº 871, de 15 de junho de 2018.

Validade: 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2021.

Presta atendimento ambulatorial: sim  não

Presta atendimento Hospitalar: sim  não

### IV – CARACTERIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA - CNES / Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

26/12/2019  
DATASUS

#### CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

| Identificação  |            |
|--|------------|
| CADASTRADO NO CNES EM: 15/9/2005    ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 9/12/2019 |            |
| Nome:  | CNES:      |
| SANTA CASA DE JAHU   | 2791722    |
| Nome Empresarial:  | CPF:       |
| IRMANDADE DE MISERICORDIA DE JAHU                                    | -          |
| Localização:   | Número:    |
| RUA RIACHUELO  | 1073       |
| Complemento:   | Bairro:    |
| CENTRU   | CEP:       |
|  | 17201940   |
|  | Município: |
|  | JAHU       |
|  | UF:        |
|  | SP         |

Irmandade de Misericórdia do Jahu  
Rua Riachuelo, Nº 1073 - Jahu/ SP - CEP - 17.201-340  
CNPJ Nº - 50.753.631/0001-60 Fone (14) 3602.3210 - Fax (14) 3602.3214  
Nosso site: www.santacasa.jahu.com.br





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

2019  
92

## Santa Casa DE JAHU

0035

|                      |                          |                |                     |
|----------------------|--------------------------|----------------|---------------------|
| <b>Tipo Unidade:</b> | <b>Sub Tipo Unidade:</b> | <b>Gestão:</b> | <b>Dependência:</b> |
| HOSPITAL GERAL       |                          | MUNICIPAL      | INDIVIDUAL          |

|                              |      |
|------------------------------|------|
| <b>PROFISSIONAIS SUS</b>     |      |
| Médicos                      | 337  |
| Outros                       | 1043 |
| <b>PROFISSIONAIS NÃO SUS</b> |      |
| Total                        | 1    |

### Atendimento Prestado

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>Tipo de Atendimento:</b>                      | <b>Convênio:</b>       |
| AMBULATORIAL                                     | PARTICULAR             |
| AMBULATORIAL                                     | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| AMBULATORIAL                                     | SUS                    |
| INTERNACAO                                       | PARTICULAR             |
| INTERNACAO                                       | SUS                    |
| INTERNACAO                                       | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| SADT   | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| SADT   | SUS                    |
| SADT   | PARTICULAR             |
| URGENCIA   | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| URGENCIA   | SUS                    |
| URGENCIA   | PARTICULAR             |
| <b>Fluxo de Clientela:</b>                       |                        |
| ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REDIRENCIADA |                        |

### Leitos

|                  |                          |                   |
|------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>CIRÚRGICO</b> | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
| Nome Leitos      | 55                       | 19                |
| CIRURGIA GERAL   |                          |                   |

|                |                          |                   |
|----------------|--------------------------|-------------------|
| <b>CLÍNICO</b> | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
| Nome Leitos    | 94                       | 50                |
| CLÍNICA GERAL  |                          |                   |

|                         |                          |                   |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>COMPLEMENTAR</b>     | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
| Nome Leitos             | 7                        | 5                 |
| UTI NEONATAL - TIPO II  | 33                       | 24                |
| UTI ADULTO - TIPO II    | 5                        | 4                 |
| UTI PEDIÁTRICA - TIPO I |                          |                   |

|                       |                          |                   |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>OBSTETRÍCIA</b>    | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
| Nome Leitos           | 18                       | 10                |
| OBSTETRÍCIA CIRURGICA | 26                       | 14                |
| OBSTETRÍCIA CLINICA   |                          |                   |

|                     |                          |                   |
|---------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>PEDIÁTRICOS</b>  | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
| Nome Leitos         | 20                       | 21                |
| PEDIATRIA CLINICA   | 9                        | 6                 |
| PEDIATRIA CIRURGICA |                          |                   |
| LEITOS HABILITADOS  |                          |                   |

(Os totais de leitos SUS com sinalização (\*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU**

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução autêntica do documento original.

Jahu, 11 de 03, 2020

Resp. Renato Camparo Coordenador

ABSCS/ORA

Handwritten signature and initials





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

*Handwritten signature*

## Santa Casa

0036

MILHES JAHU

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU

### AUTENTICAÇÃO

certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução autêntica do documento original.

Jahu, 11, 03, 2020

Masp

*Renata Campina Cordeiro*  
Assessora

Nome Leito: UTI II ADULTO

Leitos Existentes

Leitos SUS

24(\*)

UTI II PEDIÁTRICA

4(\*)

28

### Equipamentos

#### EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

| Equipamento:                    | Existente: | Em Uso: | SUS: |
|---------------------------------|------------|---------|------|
| RAJO X ATE 100 MA               | 4          | 4       | SIM  |
| RAJO X COM FLUOROSCÓPIA         | 3          | 3       | SIM  |
| RAJO X DE 100 A 500 MA          | 1          | 1       | SIM  |
| RAJO X MAIS DE 500MA            | 1          | 1       | SIM  |
| RAJO X PARA DENSITOMETRIA OSSEA | 1          | 1       | SIM  |
| RAJO X PARA HEMODINAMICA        | 1          | 1       | NÃO  |
| TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO       | 1          | 1       | SIM  |
| ULTRASSOM CONVENCIONAL          | 1          | 1       | SIM  |
| ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO      | 1          | 1       | SIM  |

#### EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

| Equipamento:                               | Existente: | Em Uso: | SUS: |
|--|------------|---------|------|
| CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL | 1          | 1       | SIM  |
| GRUPO GERADOR                              | 2          | 2       | SIM  |

#### EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

| Equipamento:                                  | Existente: | Em Uso: | SUS: |
|---|------------|---------|------|
| AMALGAMADOR                                   | 1          | 1       | SIM  |
| APARELHO DE PROFILAXIA C/ JATO DE BICARBONATO | 1          | 1       | NÃO  |
| CANETA DE ALTA ROTACAO                        | 1          | 1       | SIM  |
| CANETA DE BAIXA ROTACAO                       | 1          | 1       | SIM  |
| COMPRESSOR ODONTOLÓGICO                       | 1          | 1       | SIM  |
| EQUIPO ODONTOLÓGICO                           | 1          | 1       | SIM  |
| FOTOPOLIMERIZADOR                             | 1          | 1       | SIM  |

#### EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA

| Equipamento:                    | Existente: | Em Uso: | SUS: |
|---------------------------------|------------|---------|------|
| BERÇO AQUECIDO                  | 14         | 14      | SIM  |
| BOBINA DE INFUSÃO               | 158        | 158     | SIM  |
| DESFIBRILADOR                   | 13         | 13      | SIM  |
| EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA      | 26         | 26      | SIM  |
| INCUBADORA                      | 16         | 16      | SIM  |
| MARCAPASSO TEMPORARIO           | 4          | 4       | SIM  |
| MONITOR DE ECG                  | 9          | 9       | SIM  |
| MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO     | 10         | 10      | SIM  |
| MONITOR DE PRESSÃO NÃO-INVASIVO | 69         | 69      | SIM  |
| REANHADOR PULMONAR/AMBU         | 80         | 80      | SIM  |
| RESPIRADOR/VENTILADOR           | 51         | 51      | SIM  |

#### EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

| Equipamento:       | Existente: | Em Uso: | SUS: |
|--------------------|------------|---------|------|
| ELETRICARDIOGRAFO  | 10         | 10      | SIM  |
| ELETRORCENOLOGRAFO | 1          | 1       | SIM  |

#### EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

| Equipamento:          | Existente: | Em Uso: | SUS: |
|-----------------------|------------|---------|------|
| CADEIRA OPTALMOLOGICA | 1          | 1       | SIM  |

Irmandade de Misericórdia do Jahu

Rua Riachuelo, Nº 1073 - Jahu/ SP - CEP - 17.201-340

CNPJ Nº - 50.753.831/0001-50 Fone (14) 3602.3210 - Fax (14) 3602.3214

Nosso site: [www.santacasajahu.com.br](http://www.santacasajahu.com.br)

*Handwritten signature*







# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

2003  
PC

## Santa Casa

0037

MUNICÍPIO DE JAHU

|  |                   |                |             |
|--|-------------------|----------------|-------------|
| ENDOSCÓPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS                | 2                 | 2              | SIM         |
| ENDOSCÓPIO DAS VIAS URINARIAS                    | 5                 | 5              | SIM         |
| ENDOSCÓPIO DIGESTIVO                             | 9                 | 9              | SIM         |
| EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA                     | 3                 | 3              | SIM         |
| LAPAROSCÓPIO/VÍDEO                               | 2                 | 2              | SIM         |
| MICROSCÓPIO CIRÚRGICO                            | 4                 | 4              | SIM         |
| OPTALMOSCÓPIO                                    | 4                 | 4              | SIM         |
| PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS                  | 1                 | 1              | SIM         |
| REFRATOR   | 1                 | 1              | SIM         |
| TONOMETRO DE APLANAÇÃO                           | 1                 | 1              | SIM         |
| OUTROS EQUIPAMENTOS                              |                   |                |             |
| <b>Equipamento:</b>                              | <b>Existente:</b> | <b>Em Uso:</b> | <b>SUS:</b> |
| APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS | 2                 | 2              | SIM         |
| APARELHO DE ELETRIOSTIMULAÇÃO                    | 9                 | 9              | SIM         |
| EQUIPAMENTO PARA HEMODIÁLISE                     | 41                | 38             | SIM         |

### Resíduos/Rejeitos

#### Coleta Seletiva de Resíduos:

- RESÍDUOS BIOLÓGICOS
- RESÍDUOS COMUNS

### Instalações Físicas para Assistência

#### URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

##### Instalação:

- CONSULTÓRIOS MÉDICOS
- ODONTOLOGIA
- SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO
- SALA DE ATENDIMENTO INDEFERENCIADO
- SALA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO
- SALA DE CURATIVO
- SALA DE GESSO
- SALA DE HIGIENIZAÇÃO
- SALA PEQUENA CIRURGIA
- SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO
- SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO
- SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA
- AMBIENTADORIAL

Qtde./Consultório:      Leitos/Equipos:

- 3
- 1
- 2
- 1
- 1
- 1
- 2
- 1
- 1
- 1
- 1
- 1
- 1
- 1
- 1

- 0
- 1
- 2
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0
- 0
- 4
- 5
- 3

##### Instalação:

- CLÍNICAS INDEFERENCIADO
- SALA DE CURATIVO
- SALA DE HIGIENIZAÇÃO

Qtde./Consultório:

- 11
- 2
- 2

Leitos/Equipos:

- 0
- 0
- 0

##### Instalação:

- SALA DE CIRURGIA
- SALA DE RECUPERAÇÃO
- SALA DE CIRURGIA
- SALA DE PARTO NORMAL
- SALA DE PRE-PARTO
- LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO
- LEITOS RN NORMAL

Qtde./Consultório:

- 7
- 1
- 3
- 1
- 1
- 2

Leitos/Equipos:

- 0
- 5
- 0
- 0
- 5
- 14
- 2

### Serviços de Apoio

#### Serviço:

- AMBULANCIA
- BANCO DE LEITE
- CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS
- FARMACIA
- LACTÁRIO
- LAVANDERIA

#### Características:

- PRÓPRIO
- PRÓPRIO
- PRÓPRIO
- PRÓPRIO
- PRÓPRIO
- PRÓPRIO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU**

**AUTENTICAÇÃO**

certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução autêntica do documento original

11/03/2025

Irmandade de Misericórdia do Jahu  
 Rua Riachuelo, Nº 1073 - Jahu/ SP - CEP - 17.201-340  
 CNPJ Nº - 50.753.631/0001-67 Fone: (14) 3602.3210 - Fax: (14) 3602.9214  
 Nosso site: [www.irmadadomisericordia.com.br](http://www.irmadadomisericordia.com.br)

Renata Campana Contador  
 Assessora





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

DE JAHU

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JAHU

**AUTENTICAÇÃO 0038**

Certifico e dou fé que a presente  
é uma reprodução autêntica do

documento original

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

PRÓPRIO

NECROTERIO  
NUTRICÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)  
S.A.N.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)  
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS  
SERVIÇO SOCIAL

### Serviços Especializados

| Cod.: Serviço:   | Características: | Ambulatorial: |      | Hospitalar: |      |
|--|------------------|---------------|------|-------------|------|
|  |                  | Amb.:         | SUB: | Hosp.:      | SUB: |
| 130 ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA                               | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 169 ATENÇÃO EM UROLOGIA  | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 150 CIRURGIA VASCULAR  | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 170 COMISSÕES E COMITÊS  | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | NÃO         | NÃO  |
| 105 SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA             | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 105 SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA             | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | NÃO         | SIM  |
| 145 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO                | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | NÃO         | SIM  |
| 145 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO                | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 145 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO                | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 120 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E/OU CITOPATO | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 121 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM                            | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 121 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM                            | TERCEIRIZADO     | NÃO           | NÃO  | SIM         | SIM  |
| 122 SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS        | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | NÃO         | SIM  |
| 142 SERVIÇO DE ENDOSCOPIA  | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | NÃO         | SIM  |
| 142 SERVIÇO DE ENDOSCOPIA  | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 125 SERVIÇO DE FARMACIA  | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 126 SERVIÇO DE FISIOTERAPIA                                      | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 126 SERVIÇO DE FISIOTERAPIA                                      | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 126 SERVIÇO DE FISIOTERAPIA                                      | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 131 SERVIÇO DE OPTALMOLOGIA                                      | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 131 SERVIÇO DE OPTALMOLOGIA                                      | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 134 SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL                               | PRÓPRIO          | NÃO           | NÃO  | NÃO         | SIM  |
| 125 SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                         | PRÓPRIO          | SIM           | SIM  | SIM         | SIM  |
| 140 SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGENCIA                             | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | NÃO         | SIM  |
| 149 TRANSPLANTE  | PRÓPRIO          | NÃO           | SIM  | NÃO         | SIM  |
| 149 TRANSPLANTE  | PRÓPRIO          | NÃO           | NÃO  | NÃO         | SIM  |

### Serviços e Classificação

| Código    | Serviço:   | Classificação:   | Tarceiro: | CNES:         |
|-----------|--|--|-----------|---------------|
| 130 - 001 | ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA                   | TRATAMENTO DIALÍTICO-HEMODIALÍSE                       | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 130 - 003 | ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA                   | CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE          | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 169 - 002 | ATENÇÃO EM UROLOGIA                              | LITOTRIPSIA  | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 150 - 001 | CIRURGIA VASCULAR                                | FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO                      | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 150 - 002 | CIRURGIA VASCULAR                                | FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO                      | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 170 - 001 | COMISSÕES E COMITÊS                              | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE                        | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 105 - 006 | SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | INVESTIGACAO E CIRURGIA DE EPILEPSIA                   | NÃO       | NÃO INFORMADO |
| 105 - 001 | SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO | NÃO       | NÃO INFORMADO |

Irmandade de Misericórdia do Jahu  
Rua Riachuelo, Nº 1073 - Jahu/ SP - CEP - 17.201-340  
CNPJ Nº - 50.753.831/0001-50 Fone (14) 3602.3210 - Fax (14) 3602.3214  
Nosso site: www.santacasaajahu.com.br

204  
de

Resp  
Nestor Campana Contar  
Assessor

K

A





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  
ACIDENTIAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente  
cópia é reprodução autêntica do  
documento original

Jahu, 17, 13, 2011

Resp.  NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

SIM  NÃO

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

NÃO  SIM

|           |   |   |     |           |
|-----------|---|---|-----|-----------|
| 105 - 008 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA           | NEUROCIURURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA                      | NÃO | INFORMADO |
| 105 - 004 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA           | NEUROCIURURGIA VASCULAR                                     | NÃO | INFORMADO |
| 105 - 007 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA           | TRATAMENTO ENDOVASCULAR                                     | NÃO | INFORMADO |
| 105 - 025 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA           | TRATAMENTO NEUROCIURURGICO DA DOR FUNCIONAL                 | NÃO | INFORMADO |
| 105 - 001 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA           | TUMORES DO SISTEMA NERVOSO                                  | NÃO | INFORMADO |
| 105 - 002 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA           | COLUNA E NERVOS PERIFERICOS                                 | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES SEROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                           | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 008 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA        | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL                                | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES MICROBIOLOGICOS                                      | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                                   | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HORMONAIS  | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                           | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS                        | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 007 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL             | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE URIOANALISE                                       | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 011 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE GENÉTICA  | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES COPROLOGICOS   | NÃO | INFORMADO |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS  | NÃO | INFORMADO |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                   | NÃO | INFORMADO |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                      | NÃO | INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                                  | NÃO | INFORMADO |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | ULTRASONOGRAFIA   | NÃO | INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | RADIOLOGIA  | NÃO | INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | RESSONANCIA MAGNETICA                                       | SIM | INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                   | NÃO | INFORMADO |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | DO APARELHO DIGESTIVO                                       | NÃO | INFORMADO |
| 142 - 003 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | DO APARELHO URINARIO  | NÃO | INFORMADO |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | DO APARELHO RESPIRATORIO                                    | NÃO | INFORMADO |
| 125 - 006 | SERVICO DE FARMACIA   | FARMACIA HOSPITALAR   | NÃO | INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI | NÃO | INFORMADO |
| 126 - 007 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA   | NÃO | INFORMADO |

Irmandade de Misericórdia do Jahu

Rua Riachuelo, Nº 1073 - Jahu/ SP - CEP - 17.201-340

CNPJ Nº - 50.753.031/0001-50 Fone (14) 3602.3210 - Fax (14) 3602.3214

Nosso site: www.santacasajahu.com.br





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

2010  
pe

## Santa Casa

DE JAHU

0040

|           |                                      |  |     |               |
|-----------|--------------------------------------|--|-----|---------------|
| 126 - 005 | SERVICO DE FISIOTERAPIA              | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 126 - 001 | SERVICO DE HEMOTERAPIA               | PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DC ASSI  | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 126 - 003 | SERVICO DE HEMOTERAPIA               | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA                       | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA               | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                       | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 126 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA               | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 131 - 001 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA              | DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA                                  | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 131 - 002 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA              | TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO                      | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 131 - 003 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA              | TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO                    | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 136 - 002 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL       | ENTERAL PARENTERAL   | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 136 - 001 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL       | ENTERAL  | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                         | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 155 - 003 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA             | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 015 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA                      | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 013 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | PRONTO SOCORRO OBSTETRICO                                    | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 016 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO                           | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO                                 | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 012 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | PRONTO SOCORRO PEDIATRICO                                    | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 005 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 140 - 018 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA     | PRONTO SOCORRO OFTALMOLOGICO                                 | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 149 - 005 | TRANSPLANTE                          | CORNEA/ESCLERA   | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 149 - 014 | TRANSPLANTE                          | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TRANSPLANTADO                     | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 149 - 015 | TRANSPLANTE                          | ACCES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGaos E TECIDOS             | NÃO | NÃO INFORMADO |
| 149 - 006 | TRANSPLANTE                          | RETIRADA DE ORGaos   | NÃO | NÃO INFORMADO |









# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução autêntica do documento original.

Jahu, 19, 05, 2020

Resp. *[Assinatura]*

Portaria MS nº 123/2019

0041

### V - HABILITAÇÕES EM ALTA COMPLEXIDADE:

| Especialidade/Área  | Portaria MS                                   | Habilitação        |
|---|---|--------------------|
| 1101 - SERVIÇO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS  |   | 07/1992            |
| 1501 - UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA (SERVIÇO DE NEFROLOGIA)            | PT SAS 503 - 11/10/2005                       | 10/2005            |
| 1601 - UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA*                     | PT SAS 646 - 10/11/2008                       | 01/2008            |
| 1901 - LAQUEADURA   | Of. 72/SAS - 23/04/2003                       | 04/2003            |
| 1902 - VASECTOMIA   | Of. 72/SAS - 23/04/2003                       | 04/2003            |
| 2301 - UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*                          | SAS 120/08 RETIF 24/06/2008                   | 01/2008            |
| 2304 - ENTERAL E PARENTERAL   | SAS 120/08 RETIF 24/06/2008                   | 01/2008            |
| 2407 - CORNEA/ESCLERA   | PT SAS 755 - 30/12/2010                       | 12/2008            |
| 2420 - RETIRADA DE ORGÃOS E TECIDOS   | RT PT SAS 511 17/12/2010                      | 12/2010            |
| 2501 - UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*                           | PT SAS 90 RETIF 30/03/2009                    | 01/2008            |
| 2601 - UTI II ADULTO  | PT SAS 29 01/02/1999<br>PT SAS 961 27/08/2013 | 02/1999<br>08/2013 |
| 2610 - UTI II NEONATAL  | PT SAS 29 01/02/1999<br>PT SAS 923 22/06/2013 | 02/1999<br>06/2013 |
| 2603 - UTI II PEDIÁTRICA  | PT SAS 29 01/02/1999                          | 02/1999            |
| 0606 - OFTALMOLOGIA PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO GLAUCOMA  | MEMO CGMAC/DARAS 382                          | 07/2013            |
| 1414 - ATENÇÃO HOSPITALAR DE REFERENCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II                            | PT SAS 1270 14/11/2013                        | 01/2014            |
| 1816 - CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) Tipo II | PT MS GM 3408 17/12/2019                      | 12/2019            |
| 8215 - ENFERMARIA CLÍNICA RETAGUARDA  | PT MS GM 3719 23/12/2019                      | 01/2020            |

### VI - REDE DE ALTA COMPLEXIDADE - REFERÊNCIAS:

| Especialidade | Procedimentos pactuados por grupo | Municípios referenciados |
|---------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Neurologia    | Internação                        | DRS VI                   |
| Ortopedia     | Internação                        | DRS VI                   |





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

2020

## Santa Casa

0042

III DE JAHU

### VII – METAS FÍSICAS / QUANTITATIVAS

- a) AMBULATÓRIO – Anexo I – Ficha de Programação Orçamentária
- b) INTERNAÇÃO – Anexo II – Meta Física / Quantitativa



### VIII – METAS QUALITATIVAS

Atenção à saúde: cumprir com as metas físicas pactuadas

- Humanização atenção hospitalar

| INDICADOR                                   | META                                  |
|---|---------------------------------------|
| Satisfação dos clientes internos e externos | Mensuração da satisfação dos clientes |

- Atenção à saúde materno infantil

| INDICADOR  | META   |
|--|--|
| Políticas de incentivo ao aleitamento materno  | Garantir que 100% das parturientes atendidas no hospital recebam orientações referentes ao aleitamento.                        |
| Avaliação da Anóxia Neonatal (Apgar)   | Realizar mensuração de Apgar no 1º e 5º minuto de vida do RN   |
| Percentual de óbitos notificados em mulheres em idade fértil                                 | Notificar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil ocorridos no Hospital, no sistema SIM, de acordo com as normas oficiais. |
| Número de testes rápidos para HIV em parturientes que não apresentem testes HIV no pré-natal | Realização de 100% de teste em parturientes que não apresentem testes HIV no pré-natal   |
| Realização de VDRL e TPHA confirmatório conforme Port. 2.104/GM de 19/11/02                  | Realização do teste em 100% das gestantes  |
| Taxa de Partos Vaginais  | Amplicar a taxa de parto vaginal até 75% dos partos  |

- Saúde do trabalhador

| INDICADOR  | META  |
|--|---|
| Levantamento de absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do serviço | Diminuição de absenteísmo e de incidência / prevalência de doenças relacionadas ao trabalho |

- Transplante

| INDICADOR   | META   |
|---|--|
| Existência e Funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos | Atuação da Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos |

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  
**AUTENTICAÇÃO** 0043

Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução autêntica do documento original.

Jahu, 11, 03, 2020

Resp. META

Atuação do Comitê Transfusional para Unidades de Referência em Hematologia Assessoria

|   |  |
|---|--|
| Notificação de ocorrência de morte encefálica | Localização de potencial doador de órgão com possibilidade diagnóstica completa por morte encefálica |
|---|--|

### • Sangue

| INDICADOR                                | META  |
|--|---|
| Existência do Comitê Transfusional ativo | Atuação do Comitê Transfusional para Unidades de Referência em Hematologia Assessoria |

### • Alimentação e Nutrição

| INDICADOR              | META  |
|------------------------|---|
| Alimentação e Nutrição | Desenvolver protocolos clínicos para patologias específicas relacionadas a alimentação e nutrição (por exemplo: doença celíaca, intolerância a lactose, sobrepeso, obesidade, etc...) |

### • Atendimento às urgências

| INDICADOR  | META  |
|--|---|
| Garantir que 100% das urgências sejam atendidas de acordo com as especialidades e capacidade pactuada com o gestor | Mantener os atendimentos de Urgência/Emergência conforme pactuado |
| Elaboração de Protocolos por Patologia   | Garantir a elaboração de um protocolo por quadri mestre           |

### • Gestão Hospitalar

| INDICADOR   | META  |
|---|---|
| Implantação de indicadores  | Apresentar indicadores de tempo médio de permanência (%), consulta por especialidade, taxa de cesárea e densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). |
| Taxa Global de Ocupação   | Mantener a taxa de ocupação em 85%  |
| Número de AIH apresentadas no mês de apresentação do faturamento avaliado                               | Apresentar no mínimo 95% das altas hospitalares no faturamento hospitalar do SUS, na própria competência, ou seja, no início do mês subsequente.                              |
| Realização de reuniões das comissões de revisão de Pron. Óbito, Ética Médica, Infecção Hospitalar, CIPA | Comissões atuantes  |
| Cadastro mensal (CNES)  | Mantener os dados do CNES atualizados, em especial dos serviços/equipamentos/RH   |

### • Formação e educação

| INDICADOR | META |
|-----------|------|
|-----------|------|





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

210  
pe

## Santa Casa

0044

DE JAHU

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Capacitação permanente dos profissionais que atuam no hospital | Cursos desenvolvidos na Instituição |
|--|-------------------------------------|

### IX – GESTÃO HOSPITALAR

A Irmandade de Misericórdia do Jahu compromete-se a cumprir, no que couber, os requisitos da Portaria de Consolidação nº 2 de 28/09/2017 que estabelece as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP.

Ainda, a instituição se compromete a manter equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Termo Aditivo - Plano de Trabalho/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de Ofício dirigido ao Secretário Municipal de Saúde. A equipe indicada será a responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados/ pactuados neste Plano de Trabalho/Operativo nos prazos fixados. Deverá ainda participar das reuniões de avaliação na Secretaria Municipal de Saúde de Jahu.

A instituição se compromete a apresentar anualmente as licenças/alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação, bem como manter contratos vigentes de manutenção dos equipamentos, limpeza dos depósitos de água e de controle de pragas, de acordo com normas específicas.

Também, a instituição desenvolve os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização/PNH, tendo o conceito de humanização em saúde como fundamento para a inspiração carismática que a entidade acredita.



Renata Corrêa Contador  
Associa







# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

**Santa Casa**  
DE JAHU

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico e dou fé que o presente  
é uma reprodução autêntica do  
documento original.

Jahu, 11 de 03 de 2020  
Resp. *[Assinatura]*  
Reinaldo Corrêa Contador  
Assessoria

0045

X - Detalhamento do sistema de pagamento  
Financeiro/Execução/Concedente

| PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA   |                     |                      |
|--|---------------------|----------------------|
| <b>Pós Fixado – Fonte Federal</b>  | <b>Mensal R\$</b>   | <b>Anual R\$</b>     |
| Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FACC Ambulatorial – Nefrologia                 | 431.864,51          | 5.182.614,12         |
| Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FACC Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células | 16.534,92           | 198.419,04           |
| <b>TOTAL 1</b>   | <b>448.419,43</b>   | <b>5.381.033,16</b>  |
| <b>Pré Fixado – Fonte Federal</b>  | <b>Mensal R\$</b>   | <b>Anual R\$</b>     |
| Teto MAC Internação - Média Complexidade   | 753.959,57          | 9.047.514,84         |
| Teto MAC Internação - Alta Complexidade  | 108.705,50          | 1.304.466,00         |
| Teto MAC Ambulatorial - Média Complexidade   | 332.088,29          | 3.985.023,48         |
| Teto MAC Ambulatorial - Alta Complexidade  | 111.883,16          | 1.342.597,92         |
| Integrasus   | 52.082,60           | 624.751,20           |
| IAC - Incentivo Adesão à Contratualização  | 515.843,83          | 6.190.123,56         |
| <b>TOTAL 2</b>   | <b>1.874.538,75</b> | <b>22.494.477,00</b> |
| <b>Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde – Fonte Federal</b>                        | <b>Mensal R\$</b>   | <b>Anual R\$</b>     |
| RCE-RCEG - Portaria MS/GM 1832 – 06/08/2013  | 70.360,32           | 844.323,84           |
| RCE-RCEG – Portaria MS/GM 3258 – 26/12/2013  | 66.870,00           | 1.042.440,00         |
| RAU HOSP SOS – Portaria MS/GM 1928 – 05/09/2013  | 114.682,80          | 1.378.713,60         |
| Rede de Atenção às Urgências – RAU – Portaria MS/GM 2527 – 11/11/2014                      | 493.400,88          | 5.921.890,56         |
| Centro de Atendimento Urgência aos Pacientes com AVC - Portaria MS/GM 3.405 - 17/12/2018   | 98.937,66           | 1.187.251,92         |
| Enfermaria Clínica de Retaguarda   | 129.370,83          | 1.551.250,00         |
| <b>TOTAL 3</b>   | <b>991.822,49</b>   | <b>11.901.858,92</b> |
| <b>Outra Fonte de Recurso Financeiro – Fonte Estadual</b>                                  | <b>Mensal R\$</b>   | <b>Anual R\$</b>     |
| CIHOOT – Resolução SS nº 44 de 22/04/2014 e Resolução SS nº 142 de 11/11/2014              | 10.418,67           | 125.000,04           |
| <b>TOTAL 4</b>   | <b>10.418,67</b>    | <b>125.000,04</b>    |
| <b>TOTAL</b>   |                     |                      |





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  
 Certifico e dou fé que a presente  
 cópia é reprodução autêntica do  
 Documento original  
 Jahu, 11, 03, 2020  
 Renata Compiani  
 Assessora

212  
pe

00046

Desembolso – Os repasses de recursos ocorrerão mediante transferência de recursos do Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Fundo Estadual de Saúde para o Município de Jahu – Fundo Municipal de Saúde, em parcelas mensais, e transferidos para a Irmandade de Misericórdia de Jahu, conforme conteúdo aditivo.

### XI - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| MÊS   | OBJETO  | CONCEDENTE R\$ |
|---|---------|----------------|
| 1º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 2º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 3º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 4º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 5º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 6º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 7º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 8º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 9º MÊS  | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 10º MÊS   | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 11º MÊS   | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| 12º MÊS   | CUSTEIO | 3.325.198,34   |
| TOTAL GERAL   |         | 39.902.380,12  |
| Valor total/Ano: Trinta e nove milhões, novecentos e quarenta mil, trezentos e oitenta reais e doze centavos. |         |                |

Os recursos serão aplicados exclusivamente no custeio das ações de Média e Alta Complexidade (MAC) Ambulatorial e Hospitalar, do Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias (FAEC) e do Programa Paulista de Apoio às Comissões Intra-Hospitalares de Transplante.

*[Handwritten signatures]*





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

213  
[Handwritten signature]

## Santa Casa

000047

DE JAHU

### XII - REGULAÇÃO E CONTROLE

O atendimento aos usuários SUS para realização dos procedimentos ambulatoriais que são realizados através dos Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT, se realizará através da procura do usuário na Instituição Hospitalar e/ou agendamento realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde, com regulação do gestor municipal.

As Internações de Urgência/Emergência ocorrem a partir da indicação pelo profissional médico aos usuários que são atendidos no Serviço de Urgência e Emergência - Pronto Socorro Adulto e Infantil ou a eles referenciados por outros serviços de saúde. As internações Eletivas através das Unidades Básicas de Saúde - UBS's e Serviços de Média Complexidade, com a autorização prévia e regulação do gestor municipal.

O emissor das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH ou de APAC será a Secretaria Municipal de Saúde que deverá avaliar se a instituição presta o atendimento referenciado à ela respeitando a regionalização e as cotas de atendimentos pactuados.



Y

[Handwritten signatures and initials]





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

294  
pl

## Santa Casa

000068

### XIII - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho da instituição será realizada quadrimestralmente, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, bem como a inserção da unidade no sistema de regulação e de controle. O não cumprimento das metas pactuadas deverá ser objeto de apontamento do Gestor Municipal à Entidade ora conveniada e medidas corretivas deverão ser propostas.

Jaú, 30 de dezembro de 2019.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Assinatura                          | Assinatura  |
|                                     |   |
| ALCIDES BERNARDI JÚNIOR<br>Provedor | SCILA ANDREA P. CARRETERO<br>Gerente Administrativa |

### APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAÚ

Jaú, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020.

|   |   |
|---|---|
| Assinatura  | Assinatura  |
|   |   |
| MARCIA APARECIDA NASSIF<br>Secretária de Saúde Interina | ANA BEATRIZ FERREIRA DIAS<br>Gerente / Fiscal do Convênio |

REPETITÓRIA MUNICIPAL DE  
JAHU  
**AUTENTICAÇÃO**  
emitida e dou fé que a presente  
é uma reprodução autêntica do  
documento original.

Jaú, 11 de Dezembro, 2020

Irmandade de Misericórdia do Jahu  
Rua Riachuelo, Nº 1073 - Jaú/ SP - CEP: 017.201-340  
CNPJ Nº - 50.753.631/0001-50 Fone (14) 3602.3240 - Fax (14) 3602.3214  
Nosso site: www.santacasajahu.com.br

Renata Campagna Contador  
Assessora







IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

215  
de

Santa Casa

Nº 0049

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

ANEXO I

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

F.P.O.



Renata Campana Contador  
Assessora

Obs.: Os valores constantes na Ficha de Programação Orçamentária/FPO podem divergir do valor do convênio pois possíveis diferenças são arredondamentos dos valores unitários da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde - SUS, prevalecendo os valores constantes no convênio.





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

DE JAHU

PREFEITURA MUNICIPAL DE

JAHU

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico e dou fé que a presente

documentação é reprodução autônoma do

original

Jahu, 19, 03, 2020

Resp. *Renata Campora Contador*

*2 No de*

### FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

### MÉDIA COMPLEXIDADE

| LACTÁRIO  | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL    |
|---|--------|----------|----------|
| 0101040032 - COLETA EXTERNA DE LEITE MATERNO (POR DOADORA)                | 113    | 3,00     | 339,00   |
| 0101040040-PASTEURIZAÇÃO DO LEITE HUMANO (CADA 3 LITROS)                  | 16     | 11,06    | 155,96   |
| 0202010775-DETERMINAÇÃO DE CROMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO         | 136    | 1,53     | 206,66   |
| 0202010783-ÁCIDOS TITULÁEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                       | 139    | 3,04     | 422,66   |
| 0202040189-CULTURA DO LEITE HUMANO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO)                    | 136    | 6,02     | 768,70   |
| 0402000143-PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES | 136    | 6,02     | 768,70   |
|   | 672    |          | 2.651,41 |

| GRUPO - 0202 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO                    | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL    |
|--|--------|----------|----------|
| 0202010023-DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FRACAO DO FERRO             | 1      | 2,01     | 2,01     |
| 0202010040-DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)              | 2      | 3,63     | 7,26     |
| 0202010066-DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA COM INDUÇÃO POR CORTISONA | 2      | 3,68     | 7,36     |
| 0202010074-DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (3 DOSAGENS)     | 60     | 10,00    | 600,00   |
| 0202010120-DOSAGEM DE ACIDO URICO                                    | 670    | 1,85     | 1.239,50 |
| 0202010133-DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                     | 1      | 3,68     | 3,68     |
| 0202010180-DOSAGEM DE AMILASE  | 285    | 2,25     | 641,25   |
| 0202010281-DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACCES                    | 110    | 2,01     | 221,10   |
| 0202010210-DOSAGEM DE CALCIO   | 470    | 1,85     | 869,50   |
| 0202010220-DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                               | 1      | 3,51     | 3,51     |
| 0202010280-DOSAGEM DE CLORETO  | 8      | 1,85     | 14,80    |
| 0202010276-DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                 | 770    | 3,51     | 2.702,70 |
| 0202010287-DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                                 | 600    | 3,51     | 2.106,00 |
| 0202010294-DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                               | 1240   | 1,85     | 2.294,00 |
| 0202010317-DOSAGEM DE CREATININA                                     | 1640   | 1,85     | 3.044,00 |
| 0202010325-DOSAGEM DE CREATININA-FUNFUMINASE (LFA)                   | 160    | 3,88     | 620,80   |
| 0202010303-DOSAGEM DE CREATININOFOSFOGINASE FRACAO MB                | 20     | 4,12     | 82,40    |
| 0202010368-DOSAGEM DE DESIDROGENASE LACTICA                          | 20     | 3,68     | 73,60    |
| 0202010384-DOSAGEM DE FERRITINA                                      | 280    | 15,59    | 4.366,20 |
| 0202010393-DOSAGEM DE FERRO SERICO                                   | 351    | 3,51     | 1.232,01 |
| 0202010422-DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                             | 150    | 2,01     | 301,50   |
| 0202010430-DOSAGEM DE FOSFORO  | 230    | 1,85     | 425,50   |
| 0202010492-DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)            | 150    | 3,51     | 526,50   |
| 0202010470-DOSAGEM DE GLICOSE  | 1700   | 1,85     | 3.145,00 |
| 0202010503-DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                        | 380    | 7,88     | 3.005,40 |
| 0202010534-DOSAGEM DE LACTATO  | 1      | 3,68     | 3,68     |
| 0202010554-DOSAGEM DE LIPASE   | 1      | 2,25     | 2,25     |
| 0202010582-DOSAGEM DE MAGNESIO                                       | 60     | 2,01     | 120,60   |
| 0202010570-DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS                                 | 8      | 2,01     | 12,08    |

*B*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



0051

|  |      |       |           |
|--|------|-------|-----------|
| 0202010004-DOSAGEM DE POTASSIO   | 700  | 1,95  | 1.443,00  |
| 0202010519-DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                                 | 1    | 1,40  | 1,40      |
| 0202010621-DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACCOES                      | 80   | 1,86  | 180,10    |
| 0202010635-DOSAGEM DE SODIO  | 500  | 1,95  | 1.073,00  |
| 0202010643-DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)         | 600  | 2,01  | 1.306,80  |
| 0202010651-DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)            | 600  | 2,01  | 1.306,80  |
| 0202010694-DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                     | 110  | 4,12  | 400,20    |
| 0202010676-DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                   | 1100 | 3,51  | 3.861,00  |
| 0202010694-DOSAGEM DE UREA   | 1400 | 1,86  | 2.602,80  |
| 0202010704-DOSAGEM DE VITAMINA B12                                     | 24   | 15,24 | 365,76    |
| 0202010724-ELETRÓFORESE DE PROTEINA                                    | 1    | 4,42  | 4,42      |
| 0202010732-GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO A82)(EXCESSO OU DEFICIT | 85   | 15,85 | 1.017,25  |
| 0202020023-CONTAGEM DE PLAQUETAS                                       | 700  | 2,73  | 1.011,00  |
| 0202020037-CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                   | 1    | 2,73  | 2,73      |
| 0202020070-DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                         | 30   | 2,73  | 81,90     |
| 0202020096-DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUQUE                 | 30   | 2,73  | 81,90     |
| 0202020134-DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TT | 170  | 5,77  | 980,90    |
| 0202020142-DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)      | 177  | 2,73  | 483,21    |
| 0202020180-DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)       | 250  | 2,73  | 627,80    |
| 0202020304-DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                                      | 80   | 1,53  | 106,57    |
| 0202020368-GRATIFICADORA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA                     | 1    | 2,73  | 2,73      |
| 0202020371-HEMATOCRITO   | 80   | 1,53  | 106,57    |
| 0202020390-HEMOGRAMA COMPLETO  | 4440 | 4,11  | 18.248,40 |
| 0202020410-PEQUISA DE CELULAS LE                                       | 1    | 4,11  | 4,11      |
| 0202020455-PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO                                | 1    | 2,73  | 2,73      |
| 0202020509-PROVA DO LAÇO   | 4    | 2,73  | 10,92     |
| 0202020541-COONES DIRETO   | 4    | 2,73  | 10,92     |
| 0202030075-DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE                            | 140  | 2,83  | 396,20    |
| 0202030083-DETERMINAÇÃO DE PROTEINA C REATIVA                          | 8    | 9,25  | 74,00     |
| 0202030091-DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA                                | 3    | 15,08 | 45,18     |
| 0202030105-DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)             | 150  | 16,42 | 2.463,00  |
| 0202030121-DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                                   | 13   | 17,16 | 223,08    |
| 0202030130-DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                                   | 8    | 17,16 | 102,96    |
| 0202030138-DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)                           | 3    | 17,16 | 51,48     |
| 0202030180-DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)                           | 2    | 17,16 | 34,32     |
| 0202030202-DOSAGEM DE PROTRNA C REATIVA                                | 248  | 2,83  | 701,84    |
| 0202030300-PEQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)            | 200  | 10,00 | 2.000,00  |
| 0202030346-PEQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES                   | 2    | 9,70  | 19,40     |
| 0202030374-PEQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)            | 22   | 2,83  | 62,26     |
| 0202030555-PEQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSPORIAS                      | 10   | 17,16 | 171,60    |
| 0202030595-PEQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEU                            | 85   | 17,16 | 1.458,60  |
| 0202030623-PEQUISA DE ANTICORPOS ANTITRIGLICERIDULINA                  | 5    | 17,16 | 85,80     |
| 0202030631-PEQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIR  | 80   | 18,55 | 1.484,00  |
| 0202030679-PEQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-H  | 137  | 18,55 | 2.541,35  |
| 0202030733-PEQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BA | 1    | 2,83  | 2,83      |
| 0202030741-PEQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS               | 17   | 11,00 | 187,00    |
| 0202030788-PEQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                    | 110  | 16,97 | 1.866,70  |
| 0202030794-PEQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO  | 13   | 18,55 | 241,15    |
| 0202030805-PEQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HA  | 48   | 18,55 | 890,40    |
| 0202030814-PEQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBOLA          | 79   | 17,16 | 1.355,64  |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  
**AUTENTICAÇÃO**  
 Certifico dou fé que a presente cópia é reprodução autêntica do documento original.  
 Jahu, M, de 2020  
 Resp. *[Assinatura]*  
*[Assinatura]*  
 Assessora

*[Assinatura]*  
*[Assinatura]*  
*[Assinatura]*



21802  
0052

|  |      |       |          |
|--|------|-------|----------|
| 0202030849-PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS      | 1    | 17,18 | 17,18    |
| 0202030873-PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                     | 130  | 16,30 | 2.119,00 |
| 0202030880-PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS   | 6    | 18,55 | 111,30   |
| 0202030903-PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTOVIRUS                   | 10   | 20,00 | 200,00   |
| 0202030911-PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HA)  | 1    | 18,55 | 18,55    |
| 0202030962-PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)                 | 17   | 13,35 | 226,95   |
| 0202030970-PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (   | 266  | 18,55 | 5.286,70 |
| 0202030989-PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B                 | 1    | 18,55 | 18,55    |
| 0202031012-PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (MAALELROSE)                     | 2    | 4,10  | 8,20     |
| 0202031047-PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR MIMOFLORESCENCIA)          | 3    | 10,00 | 30,00    |
| 0202031110-TESTE NAO TREPONEMICO P. DETECAO DE SIFILIS                   | 200  | 2,83  | 566,00   |
| 0202031128-TESTE FTA-ABS IGG P. DIAGNOSTICO DA SIFILIS                   | 30   | 10,00 | 300,00   |
| 0202031136-TESTE FTA-ABS IGM P. DIAGNOSTICO DA SIFILIS                   | 10   | 10,00 | 100,00   |
| 0202031179-TESTE NAO TREPONEMICO P DETCAO DE SIFI IS                     | 6    | 2,00  | 14,10    |
| 0202031208-DOSAGEM DE TROPONINA  | 150  | 9,00  | 1.350,00 |
| 0202040127-PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                        | 413  | 1,65  | 681,45   |
| 0202040143-PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                           | 67   | 1,65  | 110,55   |
| 02040178-PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES                               | 40   | 1,65  | 66,00    |
| 0202050017-ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URI   | 2630 | 3,70  | 9.381,00 |
| 0202050025-CLEARANCE DE CREATININA                                       | 20   | 3,51  | 70,20    |
| 0202050114-DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                      | 40   | 2,04  | 81,60    |
| 0202050238-PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA                                  | 2    | 2,04  | 4,08     |
| 0202060036-DOSAGEM DE ALDOSTERONA  | 1    | 11,80 | 11,80    |
| 0202060144-DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                      | 2    | 11,25 | 22,50    |
| 0202060190-DOSAGEM DE ESTRADIOL  | 25   | 10,15 | 253,75   |
| 0202060217-DOSAGEM DE GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) H U | 28   | 7,65  | 218,80   |
| 0202060226-DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                      | 1    | 10,21 | 10,21    |
| 0202060233-DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)                | 55   | 7,65  | 433,95   |
| 0202060241-DOSAGEM DE HORMONIO LUTEIMIZANTE (LH)                         | 40   | 8,97  | 368,80   |
| 0202060250-DOSAGEM DE HORMONIO TIREOSTIMULANTE (TSH)                     | 1070 | 8,96  | 9.587,20 |
| 0202060268-DOSAGEM DE INSULINA   | 1    | 10,17 | 10,17    |
| 0202060276-DOSAGEM DE PARATORMONIO                                       | 50   | 43,13 | 2.667,80 |
| 0202060293-DOSAGEM DE PROGESTERONA                                       | 12   | 10,22 | 122,64   |
| 0202060306-DOSAGEM DE PROLACTINA   | 25   | 10,15 | 263,75   |
| 0202060330-DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROANDROSTERONA (DHEAS)               | 1    | 13,11 | 13,11    |
| 0202060348-DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                       | 33   | 10,43 | 344,19   |
| 0202060356-DOSAGEM DE TIREOXINA LIVRE (T4 LIVRE)                         | 5    | 15,35 | 76,75    |
| 0202060373-DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                      | 190  | 8,75  | 1.664,40 |
| 0202060381-DOSAGEM DE TROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                           | 400  | 11,60 | 4.685,00 |
| 0202060380-DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                               | 88   | 8,71  | 765,48   |
| 0202070086-DOSAGEM DE ALUMINIO   | 16   | 27,50 | 440,00   |
| 0202070295-DOSAGEM DE LITIO  | 1    | 2,25  | 2,25     |
| 0202080013-ANTIRIOGRAMA  | 220  | 4,98  | 1.095,60 |
| 0202080048-BA CIOSCOPIA DIRETA PARA SAAR                                 | 20   | 4,20  | 84,00    |
| 0202080072-BACTERIOSCOPIA (GRAM)   | 5    | 2,80  | 14,00    |
| 0202080090-CULTURA DE BACTERIAS P. IDENTIFICACAO                         | 197  | 5,62  | 1.107,14 |
| 0202080137-CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                          | 287  | 4,19  | 1.202,53 |
| 0202080145-EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)                        | 6    | 2,80  | 16,80    |
| 0202080153-HEMOCULTURA   | 9    | 11,49 | 103,41   |
| 0202090061-CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LICOOR                      | 1    | 1,89  | 1,89     |

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
AUTENTICACAO  
Documento dos livros do sistema de controle de reprodução autenticado  
Documento original  
2011 11/11/2011  
Renata Campana Condador  
Assessoria

Y  
B  
A





2700  
G 0053

|  |        |      |            |
|--|--------|------|------------|
| 0200100152-ELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS G. CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR | 20     | 5,23 | 104,60     |
| 0200100280-PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)              | 2      | 9,70 | 19,40      |
| 0200100300-PROVA DO LATEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE    | 4      | 1,80 | 7,20       |
| 0200100337-TESTE DE CLEMENTS                                   | 1      | 1,88 | 1,88       |
| 0200120523-DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO          | 120    | 1,37 | 164,40     |
| 0200120502-PEQUISA DE FATOR RH (INCLUI O FRACO)                | 120    | 1,37 | 164,40     |
| 0200120080-TESTE INDIRETO DE ANTICORPULINA HUMANA (TIA)        | 10     | 2,73 | 27,30      |
|  | 29.756 |      | 128.814,08 |

| GRUPO - 0203 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA   | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL  |
|---|--------|----------|--------|
| 0203020035-EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO, PARAFINA POR P | 30     | 24,00    | 720,00 |
|   | 30     |          | 720,00 |

| GRUPO - 0204 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA                              | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL    |
|--|--------|----------|----------|
| 0204010047-RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP+ OBLÍQUAS)      | 1      | 6,96     | 6,96     |
| 0204010255-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL     | 5      | 9,38     | 46,90    |
| 0204010083-RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HRTZ)                       | 11     | 6,88     | 75,68    |
| 0204010085-RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)                        | 90     | 7,52     | 676,80   |
| 0204010116-RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)                       | 1      | 7,20     | 7,20     |
| 0204010128-RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MH + LATERAL + HRTZ)          | 25     | 8,38     | 209,50   |
| 0204010144-RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HRTZ)     | 147    | 7,32     | 1.076,04 |
| 0204010152-RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRITTON)        | 1      | 7,30     | 7,30     |
| 0204020042-RADIOGRAFIA DE CÔLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TR. FLEXÃO)  | 90     | 8,19     | 655,20   |
| 0204020069-RADIOGRAFIA DE CÔLUNA LOMBO-SACRA                           | 30     | 10,96    | 1.424,00 |
| 0204020093-RADIOGRAFIA DE CÔLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)               | 40     | 9,16     | 366,40   |
| 0204030103-RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-CÓCCIGEA                        | 1      | 7,80     | 8,80     |
| 0204030072-RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                     | 6      | 8,37     | 54,05    |
| 0204030089-RADIOGRAFIA DE ESTERNO                                      | 4      | 7,98     | 31,96    |
| 0204030153-RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                          | 200    | 9,50     | 1.900,00 |
| 0204030170-RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                   | 90     | 6,88     | 698,80   |
| 0204040113-RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO                                    | 90     | 6,42     | 513,60   |
| 0204040135-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL                  | 33     | 7,40     | 304,80   |
| 0204040261-RADIOGRAFIA DE BRACO  | 50     | 7,77     | 388,50   |
| 0204040280-RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA                                    | 42     | 7,40     | 310,80   |
| 0204040076-RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                     | 113    | 5,90     | 666,70   |
| 0204040286-RADIOGRAFIA DE MÃO  | 292    | 6,30     | 1.839,60 |
| 0204040108-RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P. DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA) | 3      | 6,00     | 18,00    |
| 0204040116-RADIOGRAFIA DE ESCAPULA-OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)               | 198    | 7,98     | 1.580,04 |
| 0204040134-RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)               | 229    | 6,91     | 1.582,39 |
| 0204050111-RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL - LOCALIZADA)          | 100    | 10,73    | 1.073,00 |
| 0204050120-RADIOGRAFIA DE ABDOMEN ADUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)      | 125    | 16,30    | 1.912,50 |
| 0204050138-RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                         | 320    | 7,17     | 2.307,42 |
| 0204050146-RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DODUENO                           | 1      | 35,22    | 35,22    |
| 0204050154-RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)                 | 1      | 47,50    | 47,50    |
| 0204060080-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO CÔXO-FEMORAL                     | 85     | 7,77     | 660,45   |
| 0204060078-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-LIÇA                       | 1      | 7,77     | 7,77     |
| 0204060087-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA                    | 259    | 6,50     | 1.683,50 |
| 0204060093-RADIOGRAFIA DE BACIA  | 106    | 7,77     | 823,62   |
| 0204060108-RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                    | 30     | 6,50     | 195,00   |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  
**AUTENTICAÇÃO**  
 com a reprodução autenticada do documento original  
 JAHU, 11 de 03 de 2022  
 Resp

Regina Campana Contador  
 Assessora

K

P

J



|  |       |      |           |
|--|-------|------|-----------|
| 0204060117-RADIOGRAFIA DE CUXA                 | 52    | 8,94 | 464,88    |
| 0204060125-RADIOGRAFIA DE JOELHO(AF + LATERAL) | 268   | 6,78 | 1.749,24  |
| 0204060180-RADIOGRAFIA DE PE - DEDOS DO PE     | 310   | 6,78 | 2.101,80  |
| 0204060188-RADIOGRAFIA DE PERNA                | 98    | 8,94 | 876,12    |
|  | 4.631 |      | 35.303,21 |

22/03/20  
0054

GRUPO - 0204 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA - 0403

|   |    |       |        |
|---|----|-------|--------|
| 0204050014-CLUSTER ORAÇO C. DUPLD CONTRASTE | 5  | 47,76 | 238,80 |
| 0204050090-COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA    | 1  | 32,81 | 32,81  |
| 0204050189-URTOGRAFIA VENOSA                | 7  | 57,40 | 401,80 |
| 0204050258-ESGANOMETRIA                     | 2  | 7,77  | 15,54  |
|   | 15 |       | 688,75 |

GRUPO - 0205 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA

|   | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|---|--------|----------|-----------|
| 0205010032-ECOCARDIOGRAFIA TRANS TORACICA               | 60     | 39,94    | 2.396,40  |
| 0205010043-ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS   | 7      | 39,60    | 277,20    |
| 0205010053-ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO | 50     | 42,90    | 2.145,00  |
| 0205020038-ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR         | 1      | 24,20    | 24,20     |
| 0205020048-ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL            | 128    | 37,95    | 4.857,60  |
| 0205020094-ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO        | 85     | 24,20    | 2.057,00  |
| 0205020092-ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO              | 1      | 24,20    | 24,20     |
| 0205020070-ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL           | 6      | 24,20    | 145,20    |
| 0205020100-ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (POR            | 1      | 24,20    | 24,20     |
| 0205020127-ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE                 | 1      | 24,20    | 24,20     |
| 0205020143-ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA                  | 38     | 24,20    | 847,00    |
| 0205020160-ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)      | 3      | 24,20    | 72,60     |
| 0205020188-ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                | 62     | 24,20    | 1.500,40  |
|   | 440    |          | 14.395,20 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU  
AUTENTICAÇÃO  
Físico e dou fe que a presente é reprodução autêntica do documento original  
Jahu, 11, 03, 2020  
Rafael Campinho  
Assessoria

GRUPO - 0209 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA

|                                       | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL  |
|---------------------------------------|--------|----------|--------|
| 0209010087-ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 20     | 45,16    | 803,20 |
| 0209020016-CISTOSCOPIA                | 1      | 18,00    | 18,00  |
|                                       | 21     |          | 861,20 |

GRUPO - 0211 - MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADES

|  | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--|--------|----------|-----------|
| 0211020038-ELETROCARDIOGRAMA                   | 480    | 5,15     | 2.523,60  |
| 0211040081-TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO         | 180    | 1,69     | 270,40    |
| 0211060011-BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)  | 44     | 24,24    | 1.088,56  |
| 0211060100-FLUNDOSCOPIA                        | 1      | 3,37     | 3,37      |
| 0211060119-GONOSCOPIA                          | 5      | 6,74     | 33,70     |
| 0211060127-MAPEAMENTO DE RETINA                | 1406   | 24,24    | 38.020,64 |
| 0211060178-RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR     | 3      | 24,68    | 74,04     |
| 0211060186-RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | 2      | 64,00    | 128,00    |
| 0211060258-TONOMETRIA                          | 710    | 3,37     | 2.392,70  |
|  | 2.801  |          | 42.612,91 |

Handwritten signatures and initials on the right margin.



22/12  
0055

| GRUPO - 0212 - DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL  |
|---|--------|----------|--------|
| 0212010020-EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I                              | 10     | 17,04    | 170,40 |
| 0212010024-EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II                             | 10     | 17,04    | 170,40 |
|   | 20     |          | 340,80 |

| GRUPO - 0301 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS                | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--|--------|----------|-----------|
| 0301010072-CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                      | 2140   | 10,00    | 21.400,00 |
| 0301050029-ATENDIMENTO DE URGENCIA C. OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO | 200    | 12,47    | 2.494,00  |
| 0301060057-ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              | 4101   | 11,00    | 45.111,00 |
| 0301060100-ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA            | 290    | 13,00    | 3.770,00  |
| 0301060113-ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                        | 4100   | 0,00     | 0,00      |
| 0301100012-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA        | 2300   | 0,00     | 1.827,00  |
|  | 13.701 |          | 74.212,00 |

| GRUPO - 0302 - FISIOTERAPIAS   | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL    |
|--|--------|----------|----------|
| 0302050019-ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPER | 330    | 6,35     | 2.095,50 |
| 0302060027-ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS         | 530    | 4,87     | 2.572,10 |
| 0302060044-ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NC | 140    | 4,87     | 681,80   |
|  | 1.100  |          | 5.349,40 |

| GRUPO - 0303 - TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)            | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL    |
|--|--------|----------|----------|
| 0303070048-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÓFAGO                       | 1      | 49,50    | 49,50    |
| 0303080151-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE FUNDO COM LUVA GESSADA | 31     | 40,08    | 1.262,08 |
| 0303080152-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACÁRPO         | 41     | 17,85    | 731,85   |
| 0303090000-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IM | 71     | 41,93    | 2.977,03 |
| 0303090227-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IM | 50     | 41,63    | 2.081,50 |
|  | 194    |          | 7.100,96 |

| GRUPO - 0401 - PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL |
|--|--------|----------|-------|
| 0401010068-EXCISÃO DE LESÃO E OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E    | 1      | 23,18    | 23,18 |
|  | 1      |          | 23,18 |

| GRUPO - 0405 - CIRURGIA DO APARELHO DE VISÃO                             | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--|--------|----------|-----------|
| 0405010060-EPILAÇÃO DE CÍLIOS  | 1      | 22,93    | 22,93     |
| 0405010075-EXERCÍCIO DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E S | 1      | 78,75    | 78,75     |
| 0405010111-EMBLEFAROPLASTIA  | 1      | 203,74   | 203,74    |
| 0405010178-SUTURA DE PALPEBRAS   | 6      | 143,89   | 863,34    |
| 0405010184-TRAT. CIRÚRGICO BLEFAROCALASE                                 | 1      | 95,42    | 95,42     |
| 0405010193-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO            | 1      | 278,90   | 278,90    |
| 0405030045-FOTOCOAGULAÇÃO A LASER  | 7      | 75,15    | 526,05    |
| 0405030193-PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER                          | 7      | 300,00   | 2.100,00  |
| 0405040189-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA                            | 1      | 116,42   | 116,42    |
| 0405040202-TRATAMENTO DE PTÓSE PALPEBRAL                                 | 1      | 449,44   | 449,44    |
| 0405050089-EXERCÍCIO DE TUMOR DE CONJUNTIVA                              | 1      | 82,28    | 82,28     |
| 0405050254-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÔRNEA                          | 11     | 25,00    | 275,00    |
| 0405050261-SUTURA DE CONJUNTIVA  | 45     | 82,28    | 3.702,60  |
| 0405050305-SUTURA DE CÔRNEA  | 1      | 164,08   | 164,08    |
| 0405050384-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO                              | 45     | 209,55   | 9.429,75  |
|  | 130    |          | 18.393,50 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAU  
 AUTENTICAÇÃO  
 Renata Campana Cavador  
 Assessora

[Handwritten signatures and marks on the right margin]



222  
0056

GRUPO - 0408 - CIRURGIA DO SISTEMA OSTEO MUSCULAR

|  | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL |
|--|--------|----------|-------|
| 04080332-RETRADA DE FIO OU PNO INTRA-OSSEO | 3      | 28,42    | 85,26 |
|  | 3      |          | 85,26 |

GRUPO - 0409 - CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO

|  | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL  |
|--|--------|----------|--------|
| 040910154 - EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO EM URETER | 5      | 29,84    | 149,20 |
|  | 5      |          | 149,20 |

GRUPO - 0417 - ANESTESIA

|                              | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL |
|------------------------------|--------|----------|-------|
| 041701083-ANESTESIA REGIONAL | 1      | 22,27    | 22,27 |
|                              | 1      |          | 22,27 |

|                                     |        |  |            |
|-------------------------------------|--------|--|------------|
| TOTAL GERAL MÉDIA COMPLEXIDADE - MC | 53.621 |  | 332.086,29 |
|-------------------------------------|--------|--|------------|

|                     |        |  |            |
|---------------------|--------|--|------------|
| TOTAL GERAL AC / MC | 54.416 |  | 443.968,45 |
|---------------------|--------|--|------------|

|                            |        |  |            |
|----------------------------|--------|--|------------|
| TOTAL GERAL FAEC / AC / MC | 56.503 |  | 875.852,96 |
|----------------------------|--------|--|------------|

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JAHU  
**AUTENTICAÇÃO**  
O original e o cópia que se encontra presente  
é reprodução autêntica do  
documento original.  
Jahu, 11 de 02, 2020  
Resp

Renata Campora Coutador  
Assessora







Santa Casa

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - F.P.O.  
ALTA COMPLEXIDADE

GRUPO - 0204 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA - 0403

| FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL    |
|--------|----------|----------|
| 90     | 55,10    | 4.959,00 |
| 90     |          | 4.959,00 |

021403025-DENSITOMETRIA ÓSSEA - ALTA COMPLEXIDADE

GRUPO - 0206 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA - ALTA COMPLEXIDADE

| FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--------|----------|-----------|
| 14     | 86,75    | 1.214,54  |
| 65     | 101,10   | 6.571,50  |
| 5      | 86,75    | 433,80    |
| 20     | 86,75    | 1.735,00  |
| 1      | 86,75    | 86,75     |
| 240    | 97,44    | 23.385,60 |
| 3      | 86,75    | 260,25    |
| 2      | 86,75    | 173,50    |
| 20     | 136,41   | 2.728,20  |
| 28     | 136,83   | 3.881,64  |
| 9      | 86,75    | 780,75    |
| 31     | 136,83   | 4.287,55  |
| 438    |          | 45.549,16 |

*[Handwritten signature]*

GRUPO - 0308 - LITOTRIPSIA - ALTA COMPLEXIDADE

| FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--------|----------|-----------|
| 20     | 172,00   | 3.440,00  |
| 46     | 150,80   | 7.224,00  |
| 99     | 172,00   | 17.028,00 |
| 70     | 150,50   | 10.535,00 |
| 237    |          | 38.227,00 |

GRUPO - 0405 - CIRURGIA DO APARELHO DE VISÃO

| FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--------|----------|-----------|
| 30     | 771,80   | 23.148,00 |
| 30     |          | 23.148,00 |

040503072-FACEMULSIFICAÇÃO C. IMPLANTE DE LINTE INTRA OCULAR DOBRÁVEL - ALTA COMPLEXIDADE

|                               |     |  |            |
|-------------------------------|-----|--|------------|
| TOTAL GERAL ALTA COMPLEXIDADE | 785 |  | 111.683,16 |
|-------------------------------|-----|--|------------|

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU

**AUTENTICAÇÃO**

Este documento é que se apresenta  
é reprodução verdadeira do  
documento original.

Jahu, 11/02/2020  
Renata Campello Carneiro  
Assessora

*[Handwritten signature]*





IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

0058

Santa Casa

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - F.P.O.  
FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC

| GRUPO - 0305 - HEMODIÁLISE  | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL      |
|---|--------|----------|------------|
| 0305010003-HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                          | 1      | 194,20   | 194,20     |
| 0305010107-HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)  | 1980   | 194,20   | 384.516,00 |
| 0305010115-HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA + HIV DPB B OU C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA) | 13     | 184,20   | 2.394,60   |
| 0305010106-MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO                         | 10     | 358,08   | 3.580,80   |
| 0305010132-TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DP                          | 1      | 55,13    | 55,13      |
| 0305010104-HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                 | 13     | 353,88   | 4.600,44   |
|   | 2018   |          | 395.470,97 |

| GRUPO - 0418 - CIRURGIA EM NEFROLOGIA                                  | FÍSICO | UNITÁRIO | TOTAL     |
|--|--------|----------|-----------|
| 0418010013-CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C. ENXERTA DE POLIETIL  | 1      | 1.453,85 | 1.453,85  |
| 0418010020-CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P. HEMODIÁLISE          | 10     | 600,00   | 6.000,00  |
| 0418010048-IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA P. HEMODIÁLISE     | 5      | 200,00   | 1.000,00  |
| 0418010064-IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P. HEMODIÁLISE              | 8      | 115,91   | 928,48    |
| 0418010060-IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR               | 1      | 600,00   | 600,00    |
| 0418020018-INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA                       | 1      | 600,00   | 600,00    |
| 0418020038-RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF - SIMILAR DE LONGA PERMA | 1      | 400,00   | 400,00    |
|  | 27     |          | 10.980,33 |

| GRUPO - 0418 - CIRURGIA EM NEFROLOGIA                                  | FÍSICO       | UNITÁRIO | TOTAL             |
|--|--------------|----------|-------------------|
| 0702100013-CATETER DE LONGA PERMANENCIA P. HEMODIÁLISE                 | 6            | 482,34   | 2.893,70          |
| 0702100021-CATETER P. SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P. HEMODIÁLISE             | 8            | 84,78    | 678,24            |
| 0702100030-CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA       | 1            | 149,75   | 149,75            |
| 0702100048-CONTRUCA P.DPA (PACIENTE-MES C. INSTALACAO DOMICILIAR E M   | 1            | 2.511,49 | 2.511,49          |
| 0702100064-CONJUNTO DE TROCA P. PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-ME | 10           | 1.893,68 | 18.936,80         |
| 0702100072-CONJUNTO DE TROCA P. TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DP | 1            | 609,39   | 609,39            |
| 0702100099-DILATADOR P. IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                | 8            | 21,50    | 172,00            |
| 0702100102-GLIA METALICO P. INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN          | 6            | 16,41    | 98,46             |
|  | 42           |          | 25.433,21         |
| <b>TOTAL GERAL FABRICACAO</b>  | <b>2.087</b> |          | <b>431.884,51</b> |

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JAHU

Certifico e dou fé que a presente  
cópia é reprodução autêntica do  
documento original

Jahu, 07 de Maio, de 2020

Resp Renato Campos Contador  
Assessor





# IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU

## Santa Casa

1931 DE JAHU

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JAHU 13.00559

### AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente  
cópia e reprodução autenticada  
do documento original.

Jahu, 11, 03, 2020

Renata Campina Contador  
Assessora

## ANEXO II

## INTERNAÇÃO – Meta Física / Quantitativa

### A) MÉDIA COMPLEXIDADE

| CLÍNICAS           | Quantidade<br>Programação Anual | Quantidade<br>Programação Mensal |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Clinica Cirúrgica  | 3.000                           | 250                              |
| Clinica Obstétrica | 1.920                           | 160                              |
| Clinica Médica     | 4.008                           | 334                              |
| Clinica Pediátrica | 840                             | 70                               |
| <b>TOTAL</b>       | <b>9.768</b>                    | <b>814</b>                       |

### B) ALTA COMPLEXIDADE

| ESPECIALIDADES | Quantidade<br>Programação Anual | Quantidade<br>Programação Mensal |
|----------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Cirúrgica      | 240                             | 20                               |
| Clinica        | 60                              | 5                                |
| <b>TOTAL</b>   | <b>300</b>                      | <b>25</b>                        |

### C) TOTAL GERAL

| ESPECIALIDADES     | Quantidade<br>Programação Anual | Quantidade<br>Programação Mensal |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| MÉDIA COMPLEXIDADE | 9.768                           | 814                              |
| ALTA COMPLEXIDADE  | 300                             | 25                               |
| <b>TOTAL GERAL</b> | <b>10.068</b>                   | <b>839</b>                       |

