prefeitura de PORTO ALEGRE

**PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO**

**SETOR DE CONTRATOS - CAF/PGM**

**CONTRATO REGISTRADO SECON Nº 98621 / 2025 - SEI Nº 24.0.000100674-2**

**TERMO ADITIVO XIII**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO 24.0.000100674-2**

**DÉCIMO TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, REGISTRADO SOB O NÚMERO 91.095/2024, FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE.**

**O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Rua General João Manoel, nº 157, Centro Histórico, em Porto Alegre/RS, inscrito no CGC/MF sob o nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde, Fernando Ritter, conforme delegação de competência estabelecida no Decreto nº 19.932/2018, doravante denominado CONTRATANTE, e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**, inscrita no CNPJ sob N° 92.815.000/0001-68, com sede na Rua Professor Annes Dias, nº 295, Centro, na cidade de Porto Alegre/RS, aqui denominada simplesmente CONTRATADA, neste ato representada por seu representante legal Alfredo Guilherme Englert, resolvem firmar o presente TERMO ADITIVO, nos termos do art. 104, I, da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, conforme as cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

**1.1** O presente termo aditivo, ao Contrato registrado sob o nº 91.095/2024 ( 30168319) consiste na inclusão da Portaria SES Nº 1078/ 2025 (36152532) que autoriza repasse único à rede hospitalar integrada ao Programa Inverno Gaúcho.

**CLÁUSULA SEGUNDA – PORTARIA SES/RS 1078/2025 E DOS VALORES**

**2.1** Conforme prevê a **Portaria SES/RS 1078/2025**, de 15 de outubro de 2025 (36152532), o repasse do incentivo financeiro, se dará em caráter excepcional e temporário, após a assinatura do presente aditivo, será no valor de **R$ 1.623.795,10 (um milhão, seiscentos e vinte e três mil setecentos e noventa e cinco reais e dez centavos)**;

**2.2** este incentivo destina-se ao custeio das despesas na rede hospitalar do Estado, integrada ao Programa Inverno Gaúcho com Saúde, instituído pela Portaria SES nº 322/2025, devido ao significativo crescimento nos atendimentos, nas internações, e na dispensação de materiais e medicamentos, tendo como principal causa a epidemia da Dengue e as doenças respiratórias, potencializadas no período do inverno;

**CLÁUSULA TERCEIRA** - **DO VALOR CONTRATUAL**

**3.1** O valor ordinário mensal do contrato permanece em **R$ 26.388.928,85 (vinte e seis milhões, trezentos e oitenta e oito mil, novecentos e vinte e oito reais e oitenta e cinco centavos)**.

**3.2** o repasse único excepcional e extraordinário é de **R $ 1.623.795,10 (um milhão, seiscentos e vinte e três mil setecentos e noventa e cinco reais e dez centavos)**.

**CLÁUSULA QUARTA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**4.1** Permanecem íntegras e em pleno vigor todas as demais cláusulas e condições do contrato original, registrado sob nº 91.095/2024, e de seus termos aditivos anteriores, que não foram expressamente alteradas ou revogadas por este instrumento.

E, por estarem assim justos e acordados, firmam o presente Décimo Segundo Termo Aditivo que, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelos PARTÍCIPES, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do CONTRATANTE.

**ANEXOS**

Plano de Trabalho Programa Escoliose ( 35600459) e Documento Descritivo Assistencial - DDA atualizado (SEI nº 35601338).

---

**VALOR DO CONTRATO - RESUMO ORÇAMENTÁRIO**

**Quadro 1 - Valores Ordinários**

| DISCRIMINAÇÃO | VALOR (R$) |
|---|---|
| MAC | 8.457.837,32 |
| FAEC | 8.904.960,85 |

| | |
|---|---|
| PRODUÇÃO FIXA | 17.362.798,17 |
| Incentivos Federais | 4.468.442,17 |
| Incentivos Estaduais | 3.053.710,24 |
| Incentivos Municipais | 1.503.978,26 |
| **TOTAL ORDINÁRIO** | **26.388.928,85** |

**Quadro 2 - Valores Excepcionais**

| **PROGRAMA** | **VALOR (R$)** |
|---|---|
| Programa TJ Ortopedia - exercício até junho 2025 | 412.840,69 |
| Programa Mais Acesso a Especialistas-Oferta de Cuidados Integrados (PMAE OCI) (TA I 31733403) | 535.552,00 |
| Programa TJ Oftalmo CATARATA (PT 33255708) | 1.425.503,20 |
| Programa TJ Oftalmo PEDIATRIA (PT 33255676) | 35.621,68 |
| Programa TJ ESCOLIOSE (PT 35614351) | 2.016.000,00 |
| Programa Mais Acesso a Especialistas-Componente Cirurgias - PMAE-CC (PT 34122393) | 4.394.778,91 |
| SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE PEDIÁTRICA 2025 (PT 34432085) | 2.187.000,00 |
| SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE ADULTO 2025 | 2.462.400,00 |
| PORTARIA GM/MS 6826 - manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (PT ) | 3.385.878,06 |
| SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE ADULTO 2025 (PT 35066942) | 1.620.000,00 |

| | |
|---|---|
| Programa TJ Oncologia - PERITONECTOMIA E QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA - HIPEC | 3.409.674,00 |
| Banco de Leite Humano - BLH (PT 35507990) | 180.000,00 |
| Portaria SES Nº 1078/ 2025 | 1.623.795,10 |
| **TOTAL EXCEPCIONAIS** | **23.689.043,64** |

Fonte: 35601338

Documento assinado eletronicamente por **Alfredo Guilherme Englert**, **Usuário Externo**, em 04/11/2025, às 14:10, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Ritter**, **Secretário(a) Municipal**, em 05/11/2025, às 10:40, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.procempa.com.br/autenticidade/seipmpa informando o código verificador **36389372** e o código CRC **53FF9B45**.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

# DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº02/2017 GM/MS

Estabelece 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)

Este documento está sujeito à vistorias e confirmação do cumprimento das habilitações pelas áreas técnicas

**PORTO ALEGRE 17 de Junho 2025**

| DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TERMO INTEGRANTE DO CONVÊNIO/ CONTRATO OU CONGÊNERE, QUE CONTÉM AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONTRATADO/CONVENIADO, OS COMPROMISSOS ASSISTENCIAIS COM OS RESPECTIVOS QUANTITATIVOS, AS METAS DE QUALIDADE COM INDICADORES DE GESTÃO, ASSISTENCIAL, ENSINO E PESQUISA/ EDUCAÇÃO PERMANENTE E INDICADORES ESPECÍFICOS DAS REDES PRIORITÁRIAS, QUE SÃO OBJETOS DE PACTUAÇÃO DESTE INSTRUMENTO CONTRATUAL.** | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | |
| Razão Social: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE | | | CNPJ: 92815000000168 | |
| IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE | | | **CNES: 2237253** | |
| Endereço: RUA PROF. ANNES DIAS, 295 | | | | |
| Cidade: PORTO ALEGRE | UF: RS | CEP: 90.020-090 | | DDD/Telefone: (051) 3214 8000 |
| Conta Corrente: 75612 | Banco:001 | Agência: 00108 | | Praça de Pagamento: Porto Alegre |
| Responsável Alfredo Guilherme Englert | | | CPF:00776130072 | CRM: |
| Diretor técnico: Gisele Alsina Nader Bastos | | | CPF: | CRM: 28354 |
| Diretor Geral e de Relações Institucionais: Júlio Flávio Dornelles de Matos | | | CPF: | CRM: |
| Endereço:RUA PROF. ANNES DIAS, 295 BAIRRO CENTRO | | | | CEP: 90.020-090 |

| CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tipo de Estabelecimento | (X) Geral | | ( ) Especializado | |
| Natureza | ( ) Público | (X) Privado | (X) Filantrópico | (x) Hospital de ensino |
| Serviço de Urgência e Emergência | (X) Sim | | ( ) Não | |
| Demanda | (X) Espontânea | | (X) Referenciada | |
| Serviço de Maternidade | (X ) Sim | Habilitado em GAR: | (X) sim | |
| Comissão de Infecção hospitalar: | | TERESA CRISTINA SUKIENNIK - CRM 19889 | | |
| Comissão de Ética: | | EDUARDO GARIA - CRM 18764 | | |
| Comissão de Prontuários Médicos | | MAYRA MARCELA SOUZA RODRIGUES - CRM 22284 | | |

| ATIVIDADE | | |
|---|---|---|
| Atividade | Nível de Atenção | Gestão |
| AMBULATORIAL | ALTA COMPLEXIDADE | MUNICIPAL |
| HOSPITALAR | MEDIA COMPLEXIDADE | MUNICIPAL |
| HOSPITALAR | ALTA COMPLEXIDADE | MUNICIPAL |
| AMBULATORIAL | MEDIA COMPLEXIDADE | MUNICIPAL |
| AMBULATORIAL | ATENCAO BASICA | MUNICIPAL |

| ATENDIMENTO | |
|---|---|
| Tipo de Atendimento | Convênio |
| AMBULATORIAL | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| AMBULATORIAL | PARTICULAR |

| LEITOS SEGUNDO CNES 05/09/2024 | | |
|---|---|---|
| **Descrição/Tipo de Leito** | **Leitos Existentes** | **Leitos SUS** |
| **Complementar** | | |
| 96 - SUPORTE VENTILATORIO PULMONAR | 10 | 10 |
| 93 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU | 5 | 5 |
| 92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL | 16 | 10 |
| 76 - UTI ADULTO - TIPO III | 92 | 49 |
| 82 - UTI NEONATAL - TIPO III | 20 | 15 |
| 79 - UTI PEDIATRICA - TIPO III | 40 | 24 |
| **Cirúrgico** | | |
| 01 - BUCO MAXILO FACIAL | 1 | 1 |
| 02 - CARDIOLOGIA | 52 | 21 |
| 03 - CIRURGIA GERAL | 49 | 19 |
| 06 - GINECOLOGIA | 1 | 1 |
| 08 - NEFROLOGIAUROLOGIA | 8 | 8 |
| 09 - NEUROCIRURGIA | 36 | 4 |
| 12 - ONCOLOGIA | 72 | 23 |
| 13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | 10 | 8 |
| 14 - OTORRINOLARINGOLOGIA | 2 | 2 |
| 15 - PLASTICA | 2 | 1 |
| 16 - TORACICA | 37 | 14 |

| | |
|---|---|
| AMBULATORIAL | SUS |
| AMBULATORIAL | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| INTERNACAO | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| INTERNACAO | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| INTERNACAO | SUS |
| INTERNACAO | PARTICULAR |
| SADT | SUS |
| SADT | PARTICULAR |
| SADT | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| SADT | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| URGENCIA | SUS |
| URGENCIA | PARTICULAR |
| URGENCIA | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| URGENCIA | PLANO DE SAUDE PRIVADO |

| | | |
|---|---|---|
| 67 - TRANSPLANTE | 56 | 45 |
| **Clínico** | | |
| 32 - CARDIOLOGIA | 21 | 0 |
| 33 - CLINICA GERAL | 263 | 25 |
| 42 - NEUROLOGIA | 27 | 11 |
| 44 - ONCOLOGIA | 99 | 25 |
| 46 - PNEUMOLOGIA | 36 | 0 |
| **Hospital Dia** | | |
| 69 - AIDS | 1 | 1 |
| 07 - CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO | 42 | 40 |
| 72 - GERIATRIA | 1 | 1 |
| 71 - INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE | 7 | 7 |
| **Obstétrico** | | |
| 10 - OBSTETRICIA CIRURGICA | 45 | 25 |
| 43 - OBSTETRICIA CLINICA | 1 | 0 |
| **Pediátrico** | | |
| 68 - PEDIATRIA CIRURGICA | 68 | 30 |
| 45 - PEDIATRIA CLINICA | 52 | 30 |
| **Total de Leitos da Instituição no CNES** | **1172** | |
| **Total de Leitos SUS cadastrados no CNES** | | **455** |

| Equipamento | Existente | Em Uso | SUS |
|---|---|---|---|
| **EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA** | | | |
| AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS | 3 | 1 | SIM |
| CABINE ACUSTICA | 2 | 1 | SIM |
| SISTEMA DE CAMPO LIVRE | 1 | 1 | SIM |
| **EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM** | | | |
| Gama Camara | 3 | 3 | SIM |
| Mamografo com Estereotaxia | 2 | 2 | SIM |
| PET/CT | 1 | 1 | SIM |
| PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA | 1 | 1 | SIM |
| Raio X com Fluoroscopia | 14 | 14 | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA | 14 | 14 | SIM |
| Raio X mais de 500mA | 9 | 8 | SIM |
| Raio X para Hemodinamica | 6 | 4 | SIM |
| Ressonancia Magnetica | 5 | 5 | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado | 4 | 4 | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido | 18 | 16 | SIM |
| Ultrassom Ecografo | 88 | 81 | SIM |
| **EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA** | | | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | 37 | 35 | SIM |
| Grupo Gerador | 4 | 4 | SIM |
| **EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA** | | | |
| Caneta de Alta Rotacao | 13 | 13 | SIM |
| Caneta de Baixa Rotacao | 1 | 1 | SIM |
| Compressor Odontologico | 1 | 1 | SIM |
| Equipo Odontologico | 15 | 15 | SIM |
| **EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA** | | | |
| Berço Aquecido | 91 | 85 | SIM |
| Bilirrubinometro | 5 | 5 | SIM |
| Bomba de Infusao | 1003 | 920 | SIM |
| Bomba/Balao Intra-Aortico | 3 | 3 | SIM |
| Desfibrilador | 143 | 117 | SIM |
| Equipamento de Fototerapia | 54 | 54 | SIM |
| Incubadora | 62 | 62 | SIM |
| Marcapasso Temporario | 51 | 51 | SIM |
| Monitor de ECG | 799 | 700 | SIM |
| Monitor de Pressao Invasivo | 92 | 92 | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo | 61 | 61 | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU | 12 | 12 | SIM |
| Respirador/Ventilador | 309 | 306 | SIM |
| **EQUIPAMENTOS POR METODOS GRÁFICOS** | | | |
| Eletrocardiografo | 125 | 94 | SIM |

| Instalações físicas para assistência | | |
|---|---|---|
| **Instalação** | **Qtidade Consultórios** | **Leitos/Equip.** |
| **AMBULATORIAL** | | |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA | 0 | 0 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO | 0 | 0 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO | 0 | 0 |
| SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO | 0 | 0 |
| SALA DE PEQUENA CIRURGIA | 10 | 0 |
| SALA DE NEBULIZACAO | 3 | 0 |
| SALA DE IMUNIZACAO | 3 | 0 |
| SALA DE GESSO | 3 | 0 |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS) | 3 | 0 |
| SALA DE CURATIVO | 4 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL | 12 | 0 |
| OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS | 4 | 0 |
| ODONTOLOGIA | 1 | 0 |
| CLINICAS INDIFERENCIADO | 12 | 0 |
| CLINICAS ESPECIALIZADAS | 120 | 0 |
| CLINICAS BASICAS | 43 | 0 |
| **HOSPITALAR** | | |
| SALA DE RECUPERACAO | 12 | 131 |
| SALA DE PRE-PARTO | 2 | 3 |
| SALA DE PARTO NORMAL | 3 | 0 |
| SALA DE CURETAGEM | 1 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL | 9 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA | 60 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA | 1 | 0 |
| LEITOS RN PATOLOGICO | 0 | 0 |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO | 0 | 0 |
| **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** | | |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA | 13 | 13 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO | 0 | 0 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO | 12 | 12 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO | 0 | 0 |
| SALA PEQUENA CIRURGIA | 3 | 0 |
| SALA DE HIGIENIZACAO | 4 | 0 |
| SALA DE GESSO | 1 | 0 |
| SALA DE CURATIVO | 4 | 0 |
| SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO | 6 | 0 |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO | 3 | 0 |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTA | 2 | 0 |
| CONSULTORIOS MEDICOS | 8 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eletroencefalografo | 7 | 7 | SIM |
| **EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS** | | | |
| BIOMICROSCOPIO (LAMPADA DE FENDA) | 63 | 63 | SIM |
| CADEIRA OFTALMOLOGICA | 5 | 5 | SIM |
| CAMPIMETRO | 3 | 3 | SIM |
| CERATOMETRO | 3 | 2 | SIM |
| COLUNA OFTALMOLOGICA | 6 | 6 | SIM |
| Endoscopio Digestivo | 145 | 140 | SIM |
| Endoscopio das Vias Respiratorias | 55 | 55 | SIM |
| Endoscopio das Vias Urinarias | 15 | 15 | SIM |
| Equipamentos para Optometria | 5 | 5 | SIM |
| LENSOMETRO | 5 | 5 | SIM |
| Laparoscopio/Vídeo | 46 | 43 | SIM |
| Microscopio Cirurgico | 17 | 17 | SIM |
| OFTALMOSCOPIO | 53 | 38 | SIM |
| PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS | 9 | 9 | SIM |
| REFRATOR | 15 | 15 | SIM |
| RETINOSCOPIO | 4 | 3 | SIM |
| TONOMETRO DE APLANACAO | 18 | 18 | SIM |
| **OUTROS EQUIPAMENTOS** | | | |
| Aparelho de Eletroestimulacao | 8 | 8 | SIM |
| Bomba de Infusao de Hemoderivados | 92 | 92 | SIM |
| Equipamento de Circulacao Extracorporea | 4 | 4 | SIM |
| Equipamento para Hemodialise | 75 | 75 | SIM |
| Equipamentos de Aferese | 3 | 3 | SIM |
| Forno de Bier | 2 | 2 | SIM |

| OFERTA DE CONSULTAS PARA REGULAÇÃO | | |
|---|---|---|
| **sub especialidade** | **tipo** | **oferta mensal** |
| CARDIO ARRITMIAS | CLINICA | 13 |
| CARDIO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE | TX | 12 |
| CARDIOLOGIA ADULTO | CLINICA | 40 |
| CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA | CLINICA | 50 |
| CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL | CIRURGIA | 16 |
| CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL PEDIÁTRICA | CIRURGIA | 4 |
| CIRURGIA CARDÍACA ADULTO | CIRURGIA | 25 |
| CIRURGIA CRANIOMAXILO FACIAL | CIRURGIA | 4 |
| CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO | CIRURGIA | 50 |
| CIRURGIA GERAL ADULTO | CIRURGIA | 80 |
| CIRURGIA GERAL PEDIÁTRICA | CIRURGIA | 30 |
| CIRURGIA PLÁSTICA ADULTO | CIRURGIA | 30 |
| CIRURGIA PLÁSTICA PEDIÁTRICA | CIRURGIA | 5 |
| CIRURGIA TORÁCICA ADULTO | CIRURGIA | 30 |
| CIRURGIA TORÁCICA PEDIÁTRICA | CIRURGIA | 5 |
| CIRURGIA VASCULAR DOENÇA ARTERIAL | CIRURGIA | 20 |
| CIRURGIA VASCULAR VARIZES | CIRURGIA | 10 |
| DERMATOLOGIA ADULTO | CLINICA | 130 |
| DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA | CLINICA | 40 |
| ENDOCRINILOGIA ADULTO | CLINICA | 20 |
| ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA | CLINICA | 8 |
| ENDOCRINOLOGIA TIREÓIDE | CLINICA | 12 |
| GASTRO ADULTO | CLINICA | 25 |
| GASTRO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE HEPATICO ADULTO | TX | 60 |
| GASTRO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE HEPATICO PEDIÁTRICO | TX | 18 |
| GASTRO AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE HEPATICO DOADOR | TX | 8 |
| GASTRO PEDIÁTRICA | CLINICA | 16 |
| GENÉTICA MÉDICA PEDIÁTRICA | CLINICA | 4 |
| GINECO HISTEROSCOPIA | GINECO-OBST. | 6 |
| GINECO dor pelvica cronica e/ou endometriose | GINECO-OBST. | 4 |
| GINECOLOGIA CIRÚRGICA | GINECO-OBST. | 6 |
| GINECOLOGIA CLIMATERIO | GINECO-OBST. | 4 |
| GINECOLOGIA COLO DE ÚTERO | GINECO-OBST. | 6 |
| GINECOLOGIA EST PELVICA INCONT URINÁRIA | GINECO-OBST. | 8 |
| GINECOLOGIA GERAL ADULTO | GINECO-OBST. | 6 |
| GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL | GINECO-OBST. | 4 |
| HEMATOLOGIA AVALIACAO PRE- PED | TX | 10 |
| HEMATOLOGIA AVALIACAO PRE- ADULT | TX | 20 |
| HEMATOLOGIA AVALIACAO PRE- ADULT DOADOR (SOLIC E EXEC) | TX | 8 |
| HEMATOLOGIA ADULTO | CLINICA | 15 |
| HEMATOLOGIA PEDIATRICA | CLINICA | 8 |
| INFECTOLOGIA PEDIATRICA | CLINICA | 10 |
| INFECTOLOGIA ADULTO | CLINICA | 12 |
| INFECTOLOGIA HIV ADULTO | CLINICA | 6 |
| LINHA DE CUIDADO - DOR TORACICA | CLINICA | 0 |
| LINHA DE CUIDADO -AIT | CLINICA | 0 |
| MEDICINA INTERNA | CLINICA | 8 |
| NEFRO AVALIACAO PRE-TRANSPLANTE DOADOR (SOLIC E EXEC) | TX | 20 |
| NEFRO AVALIACAO PRE-TRANSPLANTE ADULT0 | TX | 70 |
| NEFRO AVALIACAO PRE-TRANSPLANTE PED | TX | 15 |
| NEFROLOGIA ADULTO | CLINICA | 24 |

| OFERTA DE EXAMES PARA REGULAÇÃO | |
|---|---|
| **exames** | **oferta mensal** |
| CATETERISMO CARDÍACO | 30 |
| ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER (ECO TRANS T | 19 |
| ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA E COM FOTO ESTÍMULO | 13 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA | 5 |
| HOLTER 24H | 6 |
| TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO | 10 |
| PET-CT | 50 |
| Cintilografia miocárdica - fase de ESFORÇO | 5 |
| Cintilografia miocárdica - fase de REPOUSO | 5 |
| Espirometria | 20 |
| **total exames ofertado** | **163** |

| Consultas Traumato para casos do GERINT | oferta mensal |
|---|---|
| cirurgia buco maxilo facial | 2 |
| traumato - Joelho | 2 |
| traumato - Ombro | 2 |
| traumato - Pé | 2 |
| traumato - Quadril | 2 |
| traumato - Mão | 2 |
| **total cirurgias GERINT** | **12** |

| oferta de exames GERINT | oferta mensal |
|---|---|
| CINTILOGRAFIA | 10 |
| ANATOMOPATOLÓGICO | 10 |
| RMN para o HMIPV - pacientes internados | 4 |
| **total de exames GERINT** | **24** |

| Interconsulta |
|---|
| Ambulatório de Pré-operatório |
| Oncologia |
| Radioterapia |
| Transplante |
| **TOTAL** |

não é possível mensurar o número de interconsultas enquanto não houver integração completa dos sistemas.

| | | |
|---|---|---|
| NEFROLOGIA PEDIATRICA | CLINICA | 4 |
| NEURO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | NEUROLOGIA | 6 |
| NEURO EPILEPSIA GRAVE ADULTO | NEUROLOGIA | 0 |
| NEURO EPILEPSIA GRAVE PEDIATRICA | NEUROLOGIA | 4 |
| NEURO ESCLEROSE MULTIPLA | NEUROLOGIA | 0 |
| NEURO PARKINSON | NEUROLOGIA | 10 |
| NEURO RADIOLOGIA ENDOVASCULAR | NEUROLOGIA | 6 |
| NEUROCIRURGIA ADULTO | CIRURGIA | 40 |
| NEUROCIRURGIA COLUNA ADULTO | CIRURGIA | 12 |
| NEUROCIRURGIA PEDIATRICA | CIRURGIA | 6 |
| NEUROLOGIA ADULTO | NEUROLOGIA | 42 |
| NEUROLOGIA PEDIATRICA | NEUROLOGIA | 12 |
| OFTALMOLOGIA ADULTO | OFTALMOLOGIA | 120 |
| OFTALMOLOGIA CATARATA | OFTALMOLOGIA | 120 |
| OFTALMOLOGIA CATARATA AO SÁBADOS | OFTALMOLOGIA | 80 |
| OFTALMOLOGIA PEDIATRICA | OFTALMOLOGIA | 30 |
| OFTALMOLOGIA PRE-TX CORNEA | OFTALMOLOGIA | 20 |
| ONCO ENDOCRINO | ONCOLOGIA | 4 |
| ONCO QUIMIOTERAPIA ADULTO | ONCOLOGIA | 20 |
| ONCO BRAQUITERAPIA | ONCOLOGIA | 50 |
| ONCOLOGIA CIR PEDIATRICA | ONCO CIRURGIA | 10 |
| ONCOLOGIA CIRURGIA DA MAMA | ONCO CIRURGIA | 24 |
| ONCOLOGIA CIRURGIA GASTRO | ONCO CIRURGIA | 8 |
| ONCOLOGIA CIRURGIA GERAL | ONCO CIRURGIA | 14 |
| ONCOLOGIA CIRURGIA TORACICA | ONCO CIRURGIA | 12 |
| ONCOLOGIA CIRURGICA CABECA E PESCOÇO | ONCO CIRURGIA | 16 |
| ONCOLOGIA GINECO | ONCOLOGIA | 24 |
| ONCOLOGIA GINECO TUMORES TROFLOBLASTICOS HSC | ONCOLOGIA | 6 |
| ONCOLOGIA HEMATO ADULTO | ONCOLOGIA | 16 |
| ONCOLOGIA HEMATO PEDIATRICA | ONCOLOGIA | 0 |
| ONCOLOGIA NEUROCIRURGIA | ONCOLOGIA | 0 |
| ONCOLOGIA OFTALMO TUMORES | ONCOLOGIA | 4 |
| ONCOLOGIA PEDIATRICA | ONCOLOGIA | 30 |
| ONCOLOGIA PROCTO | ONCOLOGIA | 12 |
| ONCORADIOTERAPIA | ONCOLOGIA | 220 |
| ONCOLOGIA TUMOR OSSEO | ONCOLOGIA | 4 |
| ONCOLOGIA TUMORES DE PELE | ONCOLOGIA | 20 |
| ONCOLOGIA URO | ONCOLOGIA | 32 |
| ORTOPEDIA COLUNA ADULTO | ORTOPEDIA | 4 |
| ORTOPEDIA COLUNA PEDIATRICA | ORTOPEDIA | 2 |
| ORTOPEDIA DE MAO ADULTO | ORTOPEDIA | 8 |
| ORTOPEDIA GERAL ADULTO | ORTOPEDIA | 4 |
| ORTOPEDIA GERAL PEDIATRICA | ORTOPEDIA | 6 |
| ORTOPEDIA JOELHO | ORTOPEDIA | 6 |
| ORTOPEDIA OMBRO | ORTOPEDIA | 8 |
| ORTOPEDIA PE | ORTOPEDIA | 6 |
| ORTOPEDIA QUADRIL | ORTOPEDIA | 8 |
| OTORRINO PEDIATRICA | CLINICA | 16 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO | CLINICA | 76 |
| PEDIATRIA - DESENVOLVIMENTO | CLINICA | 10 |
| PEDIATRIA | CLINICA | 4 |
| PNEUMO AVALIACAO PRE- TRANSP. DE PULM. | TX | 12 |
| PNEUMO AVALIACAO PRE- TRANSP. DE PULM.DOADOR (SOLIC E EXE | TX | 4 |
| PNEUMOLOGIA ADULTO | CLINICA | 40 |
| PNEUMOLOGIA APNEIA DO SONO - POLISSONOGRAFIA | CLINICA | 6 |
| PNEUMOLOGIA PEDIATRICA | CLINICA | 8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRE-NATAL  RISCO REGIONALIZADO | GINECO-OBST. | 20 | |
| PRE-NATAL  BAIXO RISCO | GINECO-OBST. | 0 | |
| PRE-NATAL ADOLESCENCIA | GINECO-OBST. | 4 | |
| PRE-NATAL DE ALTO RISCO | GINECO-OBST. | 20 | 6 consultas condicionadas a mães cardiopatas |
| PRE-NATAL DIABETES | GINECO-OBST. | 4 | |
| PRE-NATAL HIV | GINECO-OBST. | 0 | |
| PROCTOLOGIA ADULTO | CLINICA | 40 | |
| PSIQUIATRIA ADULTO | CLINICA | 4 | |
| REUMATOLOGIA ADULTO | CLINICA | 8 | |
| REUMATOLOGIA PEDIATRICA | CLINICA | 3 | |
| RN CUIDADOS ESPECIAIS HIV | GINECO-OBST. | 20 | |
| UROLOGIA ADULTO | UROLOGIA | 56 | |
| UROLOGIA BIOPSIA DE PROSTATA | UROLOGIA | 8 | |
| UROLOGIA PEDIATRICA | UROLOGIA | 12 | |
| **TOTAL DE CONSULTAS OFERTADAS** | | **2500** | |

## METAS FÍSICO-FINANCEIRAS

### MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

| procedimentos por subgrupo | Oferta Mensal | Valor unitário médio do Subgrupo | Valor mensal | Valor anual |
|---|---|---|---|---|
| 0101-Ações coletivas/individuais em saúde | 759 | R$ 3,43 | R$ 2.606,79 | R$ 31.281,43 |
| 0201-Coleta de material | 499 | R$ 32,81 | R$ 16.370,35 | R$ 196.444,18 |
| 0202-Diagnóstico em laboratório clínico | 79.280 | R$ 4,79 | R$ 379.381,21 | R$ 4.552.574,56 |
| 0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat | 2.100 | R$ 50,91 | R$ 106.901,66 | R$ 1.282.819,92 |
| 0204-Diagnóstico por radiologia | 2.536 | R$ 8,64 | R$ 21.903,84 | R$ 262.846,03 |
| 0205-Diagnóstico por ultra-sonografia | 2.800 | R$ 39,16 | R$ 109.648,00 | R$ 1.315.776,00 |
| 0209-Diagnóstico por endoscopia | 999 | R$ 75,69 | R$ 75.614,31 | R$ 907.371,72 |
| 0211-Métodos diagnósticos em especialidades | 1.299 | R$ 14,05 | R$ 18.250,95 | R$ 219.011,40 |
| 0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemoterapia | 3.435 | R$ 32,61 | R$ 112.006,80 | R$ 1.344.081,55 |
| 0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 20.172 | R$ 8,57 | R$ 172.858,71 | R$ 2.074.304,58 |
| 0302-Fisioterapia | 1.199 | R$ 6,35 | R$ 7.612,78 | R$ 91.353,38 |
| 0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 221 | R$ 11,73 | R$ 2.591,57 | R$ 31.098,87 |
| 0306-Hemoterapia | 2.800 | R$ 15,62 | R$ 43.746,71 | R$ 524.960,55 |
| 0309-Terapias especializadas | 60 | R$ 1,52 | R$ 91,41 | R$ 1.096,96 |
| 0401-Peq cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa | 986 | R$ 32,80 | R$ 32.340,80 | R$ 388.089,60 |
| 0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoç | 8 | R$ 42,63 | R$ 341,04 | R$ 4.092,48 |
| 0405-Cirurgia do aparelho da visão | 487 | R$ 251,56 | R$ 122.509,72 | R$ 1.470.116,64 |
| 0406-Cirurgia do aparelho circulatório | 20 | R$ 15,11 | R$ 302,19 | R$ 3.626,23 |
| 0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd | 90 | R$ 24,18 | R$ 2.175,99 | R$ 26.111,83 |
| 0408-Cirurgia do sistema osteomuscular | 16 | R$ 29,87 | R$ 477,88 | R$ 5.734,56 |
| 0409-Cirurgia do aparelho geniturinário | 3 | R$ 124,78 | R$ 374,34 | R$ 4.492,08 |
| 0410-Cirurgia de mama | 1 | R$ 20,74 | R$ 20,74 | R$ 248,88 |
| 0411-Cirurgia obstétrica | 1 | R$ 19,79 | R$ 19,79 | R$ 237,48 |
| 0412-Cirurgia torácica | 28 | R$ 25,70 | R$ 719,55 | R$ 8.634,56 |
| 0413-Cirurgia reparadora | 1 | R$ 31,28 | R$ 31,28 | R$ 375,36 |
| 0414-Cirurgia oro-facial | 2 | R$ 23,15 | R$ 46,29 | R$ 555,53 |
| 0415-Outras cirurgias | 1 | R$ 11,17 | R$ 11,17 | R$ 134,04 |
| 0417-Anestesiologia | 180 | R$ 9,30 | R$ 1.674,00 | R$ 20.088,00 |
| **subtotal** | **119.983** | | **R$ 1.230.629,86** | **R$ 14.767.558,36** |

### ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

| procedimentos por subgrupo | Oferta Mensal | Valor unitário médio do Subgrupo | Valor mensal | Valor anual |
|---|---|---|---|---|
| 0201-Coleta de material | 98 | R$ 97,00 | R$ 9.506,00 | R$ 114.072,00 |
| 0202-Diagnóstico em laboratório clínico | 11 | R$ 74,23 | R$ 816,49 | R$ 9.797,90 |
| 0204-Diagnóstico por radiologia | 44 | R$ 55,60 | R$ 2.446,54 | R$ 29.358,46 |
| 0205-Diagnóstico por ultra-sonografia | 2 | R$ 165,00 | R$ 330,00 | R$ 3.960,00 |
| 0206-Diagnóstico por tomografia | 2.180 | R$ 207,72 | R$ 452.827,43 | R$ 5.433.929,11 |
| 0207-Diagnóstico por ressonância magnética | 390 | R$ 269,66 | R$ 105.168,90 | R$ 1.262.026,78 |
| 0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo | 298 | R$ 275,41 | R$ 82.073,34 | R$ 984.880,05 |
| 0209-Diagnóstico por endoscopia | 1 | R$ 95,00 | R$ 95,00 | R$ 1.140,00 |
| 0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista | 48 | R$ 199,01 | R$ 9.552,56 | R$ 114.630,74 |
| 0211-Métodos diagnósticos em especialidades | 80 | R$ 612,49 | R$ 48.998,92 | R$ 587.987,04 |
| 0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 120 | R$ 31,50 | R$ 3.780,00 | R$ 45.360,00 |
| 0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 2 | R$ 359,70 | R$ 719,40 | R$ 8.632,80 |
| 0304-Tratamento em oncologia | 2.298 | R$ 1.080,43 | R$ 2.482.816,78 | R$ 29.793.801,37 |
| 0305-Tratamento em nefrologia | 1 | R$ 71,21 | R$ 71,21 | R$ 854,52 |
| 0306-Hemoterapia | 4 | R$ 288,12 | R$ 1.152,48 | R$ 13.829,73 |
| 0309-Terapias especializadas | 1 | R$ 170,24 | R$ 170,24 | R$ 2.042,92 |
| 0405-Cirurgia do aparelho da visão | 166 | R$ 771,60 | R$ 128.085,60 | R$ 1.537.027,20 |
| 0409-Cirurgia do aparelho geniturinário | 1 | R$ 88,35 | R$ 88,35 | R$ 1.060,14 |
| 0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic | 1 | R$ 141,52 | R$ 141,52 | R$ 1.698,24 |
| **subtotal** | **5.447** | | **R$ 3.005.793,66** | **R$ 36.069.523,92** |

### FAEC AMBULATORIAL

| procedimentos por subgrupo | Oferta Mensal | Valor unitário médio do Subgrupo | Valor mensal | Valor anual |
|---|---|---|---|---|
| 0211-Métodos diagnósticos em especialidades | 90 | R$ 48,00 | R$ 4.320,00 | R$ 51.840,00 |
| 0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 88 | R$ 627,28 | R$ 55.200,64 | R$ 662.407,68 |
| 0304-Tratamento em oncologia | 98 | R$ 5.224,65 | R$ 512.015,70 | R$ 6.144.188,40 |
| 0305-Tratamento em nefrologia | 1.960 | R$ 250,53 | R$ 491.038,80 | R$ 5.892.465,60 |
| 0309-Terapias especializadas | 40 | R$ 392,62 | R$ 15.704,80 | R$ 188.457,60 |
| 0418-Cirurgia em nefrologia | 44 | R$ 316,84 | R$ 13.940,96 | R$ 167.291,52 |
| 0501-Coleta/exame p/doação orgãos,tec.,cél.transp | 2.242 | R$ 296,44 | R$ 664.629,55 | R$ 7.975.554,63 |
| 0503-Ações rel. à doação de orgãos, tecidos e cél | 19 | R$ 204,82 | R$ 3.891,63 | R$ 46.699,61 |
| 0504-Processamento de tecidos para transplante | 42 | R$ 189,67 | R$ 7.966,31 | R$ 95.595,67 |
| 0505-Transplante de orgãos, tecidos e células | 20 | R$ 2.007,43 | R$ 40.148,60 | R$ 481.783,20 |
| 0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl | 1.286 | R$ 223,46 | R$ 287.369,56 | R$ 3.448.434,72 |

| Produção por complexidade | Fis. Mensal | Fin. Mensal | Fin. Anual |
|---|---|---|---|
| Total da Media Complexidade Amb. + Hosp. - | 121.085 | R$ 3.345.094,85 | R$ 40.141.138,25 |
| Total da Alta Complexidade Amb. + Hosp. - | 5.847 | R$ 5.112.742,47 | R$ 61.352.909,60 |
| Total FAEC Amb. + Hosp. - | 6.373 | R$ 8.904.960,85 | R$ 106.859.530,23 |
| **Total** | **133.305** | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| Produção por financiamento | Fis. Mensal | Fin. Mensal | Fin. Anual |
|---|---|---|---|
| Total MAC - | 126.932 | R$ 8.457.837,32 | R$ 101.494.047,86 |
| Total FAEC - | 6.373 | R$ 8.904.960,85 | R$ 106.859.530,23 |
| **Total** | **133.305** | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| Produção por local de atendimento | Fis. Mensal | Fin. Mensal | Fin. Anual |
|---|---|---|---|
| Total Ambulatorial - | 131.521 | R$ 6.556.009,20 | R$ 78.672.110,35 |
| Total Hospitalar - | 1.784 | R$ 10.806.788,98 | R$ 129.681.467,73 |
| **Total** | **133.305** | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic | 162 | R$ 1.378,76 | R$ 223.359,12 | R$ 2.680.309,44 |
| **subtotal** | **6.091** | | **R$ 2.319.585,67** | **R$ 27.835.028,07** |

**MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR**

| procedimentos por subgrupo | Oferta Mensal | Valor unitário médio do Subgrupo | Valor mensal | Valor anual |
|---|---|---|---|---|
| 0201 Coleta de material | 1 | R$ 2.489,47 | R$ 2.489,47 | R$ 29.873,64 |
| 0209 Diagnóstico por endoscopia | 1 | R$ 3.499,89 | R$ 3.499,89 | R$ 41.998,68 |
| 0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 1 | R$ 303,85 | R$ 303,85 | R$ 3.646,20 |
| 0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 212 | R$ 2.429,81 | R$ 515.119,72 | R$ 6.181.436,64 |
| 0304 Tratamento em oncologia | 115 | R$ 1.317,60 | R$ 151.524,00 | R$ 1.818.288,00 |
| 0305 Tratamento em nefrologia | 15 | R$ 2.377,55 | R$ 35.663,25 | R$ 427.959,00 |
| 0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas | 50 | R$ 5.569,38 | R$ 278.469,00 | R$ 3.341.628,00 |
| 0310 Parto e nascimento | 70 | R$ 699,01 | R$ 48.930,47 | R$ 587.165,59 |
| 0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa | 50 | R$ 540,77 | R$ 27.038,50 | R$ 324.462,00 |
| 0402 Cirurgia de glândulas endócrinas | 10 | R$ 902,44 | R$ 9.024,43 | R$ 108.293,11 |
| 0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico | 30 | R$ 4.572,33 | R$ 137.169,90 | R$ 1.646.038,80 |
| 0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço | 39 | R$ 608,08 | R$ 23.715,12 | R$ 284.581,44 |
| 0405 Cirurgia do aparelho da visão | 6 | R$ 2.140,32 | R$ 12.841,92 | R$ 154.103,04 |
| 0406 Cirurgia do aparelho circulatório | 14 | R$ 2.136,66 | R$ 29.913,24 | R$ 358.958,88 |
| 0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal | 170 | R$ 2.223,28 | R$ 377.957,60 | R$ 4.535.491,20 |
| 0408 Cirurgia do sistema osteomuscular | 43 | R$ 1.247,97 | R$ 53.662,74 | R$ 643.952,86 |
| 0409 Cirurgia do aparelho geniturinário | 112 | R$ 1.150,65 | R$ 128.872,80 | R$ 1.546.473,60 |
| 0410 Cirurgia de mama | 17 | R$ 899,63 | R$ 15.293,71 | R$ 183.524,52 |
| 0411 Cirurgia obstétrica | 89 | R$ 971,31 | R$ 86.446,53 | R$ 1.037.358,34 |
| 0412 Cirurgia torácica | 14 | R$ 4.443,32 | R$ 62.206,43 | R$ 746.477,11 |
| 0413 Cirurgia reparadora | 12 | R$ 658,04 | R$ 7.896,48 | R$ 94.757,76 |
| 0414 Bucomaxilofacial | 1 | R$ 475,26 | R$ 475,26 | R$ 5.703,08 |
| 0415 Outras cirurgias | 30 | R$ 3.531,69 | R$ 105.950,70 | R$ 1.271.408,40 |
| **subtotal** | **1.102** | | **R$ 2.114.464,99** | **R$ 25.373.579,89** |

**ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR**

| procedimentos por subgrupo | Oferta Mensal | Valor unitário médio do Subgrupo | Valor mensal | Valor anual |
|---|---|---|---|---|
| 0201 Coleta de material | 2 | R$ 1.603,58 | R$ 3.207,16 | R$ 38.485,89 |
| 0209 Diagnóstico por endoscopia | 6 | R$ 1.398,15 | R$ 8.388,91 | R$ 100.666,95 |
| 0211 Métodos diagnósticos em especialidades | 4 | R$ 388,58 | R$ 1.554,32 | R$ 18.651,88 |
| 0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 1 | R$ 1.827,39 | R$ 1.827,39 | R$ 21.928,65 |
| 0304 Tratamento em oncologia | 1 | R$ 5.117,00 | R$ 5.117,00 | R$ 61.403,95 |
| 0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico | 34 | R$ 5.630,39 | R$ 191.433,23 | R$ 2.297.198,78 |
| 0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço | 5 | R$ 1.803,42 | R$ 9.017,12 | R$ 108.205,43 |
| 0405 Cirurgia do aparelho da visão | 8 | R$ 1.236,04 | R$ 9.888,30 | R$ 118.659,63 |
| 0406 Cirurgia do aparelho circulatório | 140 | R$ 6.965,37 | R$ 975.152,43 | R$ 11.701.829,12 |
| 0408 Cirurgia do sistema osteomuscular | 16 | R$ 5.525,10 | R$ 88.401,66 | R$ 1.060.819,97 |
| 0412 Cirurgia torácica | 8 | R$ 4.169,54 | R$ 33.356,30 | R$ 400.275,61 |
| 0413 Cirurgia reparadora | 1 | R$ 621,36 | R$ 621,36 | R$ 7.456,35 |
| 0415 Outras cirurgias | 42 | R$ 8.775,48 | R$ 368.570,23 | R$ 4.422.842,82 |
| 0416 Cirurgia em oncologia | 132 | R$ 3.109,19 | R$ 410.413,39 | R$ 4.924.960,65 |
| **subtotal** | **400** | | **R$ 2.106.948,81** | **R$ 25.283.385,68** |

**FAEC HOSPITALAR**

| procedimentos por subgrupo | Oferta Mensal | Valor unitário médio do Subgrupo | Valor mensal | Valor anual |
|---|---|---|---|---|
| 0406 Cirurgia do aparelho circulatório | 60 | R$ 21.041,38 | R$ 1.262.482,80 | R$ 15.149.793,60 |
| 0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal | 14 | R$ 3.571,61 | R$ 50.002,54 | R$ 600.030,48 |
| 0415 Outras cirurgias | 8 | R$ 43.998,49 | R$ 351.987,92 | R$ 4.223.855,04 |
| 0416 Cirurgias em Oncologia | 16 | R$ 8.603,22 | R$ 137.651,52 | R$ 1.651.818,24 |
| 0503 Ações relacionadas à doação de orgãos e tecidos para transplante | 40 | R$ 4.254,34 | R$ 170.173,60 | R$ 2.042.083,20 |
| 0505 Transplante de orgãos, tecidos e células | 64 | R$ 66.459,60 | R$ 4.253.414,40 | R$ 51.040.972,80 |
| 0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante | 80 | R$ 4.495,78 | R$ 359.662,40 | R$ 4.315.948,80 |
| **subtotal** | **282** | | **R$ 6.585.375,18** | **R$ 79.024.502,16** |

Os procedimentos 02.09.01.001-0 - COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) e 04.07.03.025-5 - COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA será pago na competência posterior do mês de aprovação das contas, vinculado ao protocolo e regulação da Central de Regulação de Internacões Hospitalares e autorização pelo Núcleo de Autorização de Contas Hospitalares (NACH) da SMS conforme portaria SMS n° 1106/18.

| METAS DE QUALIDADE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **INDICADOR ASSISTENCIAL** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **META** | **Valor de repasse de acordo com Resultado do Indicador** | | |
| | | | **Até 10% abaixo da Meta - 100% do Valor.** | **Entre 11% a 25% abaixo da Meta - 85% do Valor** | **26% ou mais abaixo da Meta - 70% do Valor** |
| TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL GERAL (Todos os leitos menos UTI) | **(Soma do Nº Pacientes-dia* no período / Soma do Nº Leitos-dia** operacionais no período) x 100** | 85% | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS - UTI ADULTO | **(Soma do N° de Pacientes-dia em UTI adulto no período / Soma do N° de Leitos-dia de UTI adulto operacionais no período) x 100** | 90% | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM LEITOS CIRÚRGICOS | **N° pacientes-dia** em Leitos CIRÚRGICOS no período / N° de saídas hospitalares dos Leitos CIRÚRGICOS no período** | 7 dias | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM LEITOS DE CLÍNICA MÉDICA | **N° pacientes-dia** em Leitos CLÍNICOS no mês / N° de saídas hospitalares dos Leitos CLÍNICOS no mês** | 13 dias | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| **IPCSL** - Taxa de Densidade de Incidência de **I**NFECÇÃO **P**RIMÁRIA de **C**ORRENTE **S**ANGUÍNEA **L**ABORATORIAL (com confirmação microbiológica), em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em **unidades de terapia intensiva (UTI), de 10 (dez) ou mais leitos**. | **(Nº de casos novos de IPCSL no período / Nº de cateter venoso central-dia***na UTI no período) X 1000** | 4 infecções / 1000 pctes dia | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL | **(N° de óbitos com 24h ou mais de admissão no hospital / N° de saídas hospitalares)**** X 100** | 8% | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES | **(Nº de quedas notificadas no período / Nº de pacientes-dia no período) X 1000** | 5 quedas / 1000 pctes dia | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP) | **(Nº de casos novos de Úlcera Por Pressão no período / Nº de expostos ao risco de Úlcera Por Pressão (pctes internados) no período X 100** | 5% | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| OFERTA CONTINUADA E ININTERRUPTA DAS CONSULTAS CONSTANTES NA PLANILHA **"OFERTA DE CONSULTAS PARA REGULAÇÃO"** na aba "OFERTA PARA REGULAÇÃO" | **Planilha disponibilizada pela regulação da SMS com a oferta mensal das agendas relacionadas a esta meta** | Agenda mensal com a oferta de todas as **2500 consultas pactuadas**, sem fechamento ou cancelamento de agendas | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| OFERTA CONTINUADA E ININTERRUPTA DOS EXAMES CONSTANTES NA PLANILHA **"OFERTA DE EXAMES PARA REGULAÇÃO"** na aba "OFERTA PARA REGULAÇÃO" | **Planilha disponibilizada pela regulação da SMS com a oferta mensal das agendas relacionadas a esta meta** | Agenda mensal com a oferta de todos os **163 exames pactuados,** sem fechamento ou cancelamento de agendas | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| OFERTA CONTINUADA E ININTERRUPTA **DA PLANILHA: "oferta de exames GERINT"** na aba "OFERTA PARA REGULAÇÃO" | **Planilha disponibilizada pela regulação da SMS com a oferta mensal das agendas relacionadas a esta meta** | Agenda da regulação com a oferta dos 24 exames da planilha "oferta de exames GERINT" pactuada, sem fechamento ou cancelamento de agendas | R$ 336.855,89 | R$ 286.327,51 | R$ 235.799,12 |
| **As metas qualitativas representam 40% do valor pré-fixado deste contrato, subtraido o incentivo ASSISTIR e dividido pelas 11 metas desta planilha. O valor de cada meta está esclarecido na aba "RESUMO ORÇAMENTÁRIO", na posição D54.** | | | | | |

**FECHAMENTO DA EMERGÊNCIA**

**A regulação, restrição ao atendimento e/ou fechamento unilateral das emergências será objeto de discussão e deliberação entre a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Prestadores Hospitalares.**

* **Paciente-dia**: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço, em um determinado período de tempo, é definido pela **soma do total de pacientes a cada dia de permanência, em determinada unidade**. Pode ser entendido como o somatório mensal do senso diário de pacientes de uma unidade.

** **Leitos-dia Operacionais:** são os leitos em utilização ou disponíveis para utilização no momento do censo hospitalar, ainda que estejam desocupados. Os leitos de hospital-dia, de observação, de pré-parto, de recuperação pós-procedimento e outros que sejam transitórios, não são considerados LEITOS OPERACIONAIS para fins deste cálculo.

*** **Paciente com Cateter Venoso Central-Dia**: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres centrais. Este número é obtido por meio da **soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo.**

**** **São consideradas saídas hospitalares**: alta médica, evasão, desistência de tratamento, óbitos hospitalares ou transferências externas. Transferências Internas não são consideradas saídas Hospitalares.

**A taxa de mortalidade institucional** é uma relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem após pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. A taxa de mortalidade institucional difere da **taxa de mortalidade hospitalar**, que inclui todos os óbitos ocorridos após o paciente ter dado entrada no hospital.

As metas serão avaliadas pelo resultado obtido na média do quadrimestre.

O cumprimento das metas qualitativas e quantitativas será avaliado e balizado por : 1 - Dados disponíveis nos sistemas informatizados da secretaria municipal de saúde (GERCON, GERINT, GERCON FATURAMENTO E POWER BI, ou seus coetâneos/sucessores). 2 - Dados de faturamento aprovado pela regulação e produção SUS conforme o TABWIN/SIH E SIA, ou seu sucessor. 4 - dados de sistemas informatizados do Ministérios da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que possam ser úteis à fiscalização deste instrumento, e não citados aqui explicitamente.

Os dados do prestador serão utilizados para avaliação de metas não passíveis de verificação nos sistemas informatizados da Secretaria Municipal de Saúde, como IPCSL, TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES e INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)

| IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA | | |
|---|---|---|
| **Programação Orçamentária Estimada** | **Mensal** | **Anual** |
| ORÇAMENTO PRÉ-FIXADO | R$ 12.317.247,27 | R$ 147.806.967,19 |
| ORÇAMENTO PÓS-FIXADO | R$ 14.071.681,58 | R$ 168.860.178,95 |
| **Total Ordinário Possível deste Contrato** | **R$ 26.388.928,85** | **R$ 316.667.146,14** |

| **Orçamento Pós Fixado** | **Mensal** | **Anual** |
|---|---|---|
| Produção FAEC Ambulatorial e hospitalar | R$ 8.904.960,85 | R$ 106.859.530,23 |
| Produção da Alta Complexidade | R$ 5.112.742,47 | R$ 61.352.909,60 |
| Complementação Municipal - PORTARIA 29535253/2024 – incentivo CPRE/papilotomia - conforme produção. VALOR MÁXIMO POSSÍVEL - o repasse referente a este incentivo depende da existência de portaria municipal vigente. PÓS-FIXADO | R$ 53.978,26 | R$ 647.739,12 |
| **Subtotal Pós-fixado** | **R$ 14.071.681,58** | **R$ 168.860.178,95** |

| **Orçamento Pré Fixado** | **Mensal** | **Anual** |
|---|---|---|
| Produção de Média Complexidade Ambulatorial | R$ 1.230.629,86 | R$ 14.767.558,36 |
| Produção de Média Complexidade Hospitalar | R$ 2.114.464,99 | R$ 25.373.579,89 |
| FIDEPS - vínculo 4590 – portaria SAS/MS 254/2002 | R$ 1.259.174,82 | R$ 15.110.097,84 |
| Integrasus - vínculo 4590 – portaria GS/MS n°139/2007 | R$ 229.607,31 | R$ 2.755.287,72 |
| IGH – já incorporado ao teto (Antigo IAC) - vínculo 4590 – portaria GS/MS n° 1721/05 | R$ 865.024,18 | R$ 10.380.290,16 |
| IGH – impacto portaria 142/2014 - vínculo 4590 | R$ 1.034.592,04 | R$ 12.415.104,48 |
| Rede Cegonha Pt 1480/12 11 leitos UTI Neo Tipo lll - vínculo 4590 | R$ 87.738,79 | R$ 1.052.865,48 |
| Rede Cegonha Pt 1480/12 10 leitos UCI Neo Qualf - vínculo 4590 | R$ 76.650,00 | R$ 919.800,00 |
| Pt 2395/11 Rede Urgência Porta de entrada tipo III - vínculo 4590 | R$ 300.000,00 | R$ 3.600.000,00 |
| Pt 2395/11 Rede Urgência 15 leitos qualificados UTI tipo III - vínculo 4590 | R$ 119.643,81 | R$ 1.435.725,72 |
| Pt 2395/11 Rede Urgência 5 leitos novos UTI tipo III - vínculo 4590 | R$ 39.881,27 | R$ 478.575,24 |
| Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC agudo vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590 | R$ 47.906,25 | R$ 574.875,00 |
| Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC integral vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590 | R$ 45.244,79 | R$ 542.937,48 |
| Pt MS N° 758 de 12/06/2019 | R$ 20.000,00 | R$ 240.000,00 |
| Portaria GM/MS N° 3750 23/12/20 Rede Urgência e Emergência 24 Leitos UTI tipo III Adulto | R$ 191.430,09 | R$ 2.297.161,08 |
| GM/MS N° 3750 de 23/12/2020 Rede Urgência e Emergência 19 Leitos UTI tipo III Pediátrico | R$ 151.548,82 | R$ 1.818.585,86 |
| ASSISTIR RS - ATUALIZADO 2025 - portaria ses 419/2025 | R$ 3.053.710,24 | R$ 36.644.522,88 |
| Incentivo Municipal ICSAC - PORTARIA N° 30132443/2024 - o repasse referente a este incentivo depende da existência de portaria municipal vigente. | R$ 1.450.000,00 | R$ 17.400.000,00 |
| **Subtotal Pré-fixado** | **R$ 12.317.247,27** | **R$ 147.806.967,19** |

| | | |
|---|---|---|
| **Total Ordinário Possível deste Contrato** | **R$ 26.388.928,85** | **R$ 316.667.146,14** |

O repasse de valores referentes a Incentivos, Portarias ou Programas, tanto Federais quanto Estaduais, dependem da entrada do recurso no Fundo Municipal para sua efetivação.

O repasse de valores referentes a Incentivos, Portarias ou Programas, Federais, Estaduais ou Municipais, será repassado mediante comprovação dos critérios de qualificação estabelecidos e cumprimento das metas pactuadas entre gestor e prestador.

As **metas quantitativas representam 60% do valor pré-fixado deste contrato**. A pactuação referente a estas metas está apresentada na aba "Metas Quantitativas"

As **metas qualitativas representam 40% do valor pré-fixado deste contrato**. A pactuação referente a estas metas está apresentada na aba "Metas de Qualidade". Na tabela há orientação quanto aos cálculos e variáveis que se referem às metas qualitativas.

O componente **pré-fixado** corresponde à soma da produção de **Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, mais os Incentivos, Portarias ou Programas com repasse especificado como pré-fixado.** O repasse é feito no início de cada competência.

O componente **pós-fixado** corresponde a soma da **Produção Ambulatorial e Hospitalar FAEC e Alta Complexidade, mais os Incentivos, Portarias ou Programas com repasse especificado como pós-fixado** . A produção pós fixada será repassada ao HOSPITAL pós-produção, processamento e aprovação pela SMS.

Os valores do Programa Estadual ASSISTIR-RS possuem regras específicas de desconto nos repasses, de acordo com critérios estabelecidos nas portarias e resoluções que instituem o incentivo, de forma que o valor efetivamente pago poderá ser distinto do contratado. Os repasses ao prestador dependem da entrada do recurso no Tesouro Municipal.

O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas neste Documento Descritivo Assistencial deverá ser avaliado e atestado pela Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato (CAC).

O não cumprimento de alguma meta(as) qualitativa(as) e/ou quantitativa(as), acarretará em desconto dos valores pré-fixados referentes à proporção da(s) meta(as) eventualmente não cumpridas. O(s) valor(es) referente(s) a(os) desconto(s), será(ão) deduzido(s) do pagamento dos valores pré-fixados no(s) mês(es) subsequente(s) àquele em que a(s) meta(s) não foi(ram) atingida(s), após os trâmites de defesa prévia, deliberação técnica e a homologação final pelo Gestor da Pasta.

Quando o prestador não atingir uma meta, quantitativa e/ou qualitativa, que dependa de encaminhamentos da Secretaria de Saúde de Porto Alegre para realização (exames, consultas, cirurgias e número de internações, por exemplo), e ficar comprovado, a partir de dados dos sistemas informatizados de marcação e faturamento da secretaria municipal de saúde, que não houve descumprimento da meta por responsabilidade do prestador, não haverá incidência de desconto para o item que se enquadre nesta categoria.

Em função das regras específicas para desconto estabelecidas pelo gestor Estadual para o Programa ASSISTIR-RS, os valores do ASSISTIR não são computados para desconto no cálculo das metas qualitativas, evitando cobrança de metas pelo estado e pelo município.

Se o cumprimento das metas quantitativas for abaixo de 80% e acima de 100% por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, será necessário rever o documento descritivo e os valores contratuais, exceto das Redes Temáticas. E se o cumprimento das metas qualitativas for abaixo de 80% será necessário rever o documento descritivo e os valores contratuais.

O cumprimento das metas qualitativas e quantitativas e os dados para revisão contratual a cada 12 meses serão mensurados e balizados por: dados disponíveis nos sistemas informatizados da secretaria municipal de saúde (GERCON, GERINT, GERCON FATURAMENTO E POWER BI, ou seus coetâneos/sucessores); dados de faturamento aprovado pela regulação e produção SUS conforme o TABWIN/SIH E SIA, ou seu sucessor; dados de sistemas informatizados do Ministérios da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que possam ser úteis à fiscalização deste instrumento, e não citados aqui explicitamente.

Dados próprios do prestador poderão ser solicitados pela SMS e/ou CAC deste contrato, nos casos em que se julgue necessário para qualquer tipo de esclarecimento. Fica o Hospital obrigado a fornecer estes dados, bem como, caso solicitado, acesso a seus sistemas de informática.

O prestador poderá apresentar dados próprios para esclarecimento de dúvidas ou resolução de conflitos em torno de metas não alcançadas. Caberá à CAC acatar ou não o uso destes dados caso sejam diferentes daqueles disponíveis à Secretaria de Saúde nos seus sistemas de controle e gerenciamento, buscando auxílio das demais áreas técnicas da SMS, no que couber. Na resolução de conflitos, os dados públicos dos sistemas informatizados das secretarias municipal e estadual de saúde, bem como os dados do ministério da saúde, terão peso preponderante.

| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Resumo Orçamentário** | | | **Mensal** | **Anual** |
| **AMBULATORIAL** | Média complexidade-Pré-fixado | Físico | 119.983 | 1.439.796 |
| | | Financeiro | R$ 1.230.629,86 | R$ 14.767.558,36 |
| | Alta complexidade-Pós-fixado | Físico | 5.447 | 65.364 |
| | | Financeiro | R$ 3.005.793,66 | R$ 36.069.523,92 |
| | FAEC - Pós-fixado | Físico | 6.091 | 73.092 |
| | | Financeiro | R$ 2.319.585,67 | R$ 27.835.028,07 |
| **HOSPITALAR** | Média complexidade -Pré-fixado | Físico | 1.102 | 13.224 |
| | | Financeiro | R$ 2.114.464,99 | R$ 25.373.579,89 |
| | Alta complexidade-Pós-fixado | Físico | 400 | 4.800 |
| | | Financeiro -MAC | R$ 2.106.948,81 | R$ 25.283.385,68 |
| | FAEC - Pós-fixado | Físico | 282 | 3.384 |
| | | Financeiro | R$ 6.585.375,18 | R$ 79.024.502,16 |
| **Total possível da produção (MAC + FAEC)** | | | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| **Produção por complexidade** | **Fis. Mensal** | **Fin. Mensal** | **Fin. Anual** |
|---|---|---|---|
| Total da Media Complexidade Amb. + Hosp. - | 121.085 | R$ 3.345.094,85 | R$ 40.141.138,25 |
| Total da Alta Complexidade Amb. + Hosp. - | 5.847 | R$ 5.112.742,47 | R$ 61.352.909,60 |
| Total FAEC Amb. + Hosp. - | 6.373 | R$ 8.904.960,85 | R$ 106.859.530,23 |
| **Total da Produção** | **133.305** | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| **Produção por financiamento** | **Fis. Mensal** | **Fin. Mensal** | **Fin. Anual** |
|---|---|---|---|
| Total MAC - | 126.932 | R$ 8.457.837,32 | R$ 101.494.047,86 |
| Total FAEC - | 6.373 | R$ 8.904.960,85 | R$ 106.859.530,23 |
| **Total da Produção** | **133.305** | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| **Produção local de atendimento** | **Fis. Mensal** | **Fin. Mensal** | **Fin. Anual** |
|---|---|---|---|
| Total Ambulatorial - | 131.521 | 6.556.009 | R$ 78.672.110,35 |
| Total Hospitalar - | 1.784 | 10.806.789 | R$ 129.681.467,73 |
| **Total da Produção** | **133.305** | **R$ 17.362.798,17** | **R$ 208.353.578,08** |

| **Incentivos pagos no Pré-fixado** | **Mensal** | **Anual** |
|---|---|---|
| FIDEPS - vínculo 4590 – portaria SAS/MS 254/2002 | R$ 1.259.174,82 | R$ 15.110.097,84 |
| Integrasus - vínculo 4590 – portaria GS/MS nº139/2007 | R$ 229.607,31 | R$ 2.755.287,72 |
| IGH – já incorporado ao teto (Antigo IAC) - vínculo 4590 – portaria GS/MS nº 1721/05 | R$ 865.024,18 | R$ 10.380.290,16 |
| IGH – impacto portaria 142/2014 - vínculo 4590 | R$ 1.034.592,04 | R$ 12.415.104,48 |
| Rede Cegonha Pt 1480/12 11 leitos UTI Neo Tipo III - vínculo 4590 | R$ 87.738,79 | R$ 1.052.865,48 |
| Rede Cegonha Pt 1480/12 10 leitos UCI Neo Qualf - vínculo 4590 | R$ 76.650,00 | R$ 919.800,00 |
| Pt 2395/11 Rede Urgência Porta de entrada tipo III - vínculo 4590 | R$ 300.000,00 | R$ 3.600.000,00 |
| Pt 2395/11 Rede Urgência 15 leitos qualificados UTI tipo III - vínculo 4590 | R$ 119.643,81 | R$ 1.435.725,72 |
| Pt 2395/11 Rede Urgência 5 leitos novos UTI tipo III - vínculo 4590 | R$ 39.881,27 | R$ 478.575,24 |
| Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC agudo vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590 | R$ 47.906,25 | R$ 574.875,00 |
| Pt 2395/11 e Pt 149/12 5 leitos AVC integral vigente até 31/03/2016 - vínculo 4590 | R$ 45.244,79 | R$ 542.937,48 |
| Pt MS Nº 758 de 12/06/2019 | R$ 20.000,00 | R$ 240.000,00 |
| Portaria GM/MS Nº 3750 23/12/20 Rede Urgência e Emergência 24 Leitos UTI tipo III Adulto | R$ 191.430,09 | R$ 2.297.161,08 |
| GM/MS Nº 3750 de 23/12/2020 Rede Urgência e Emergência 19 Leitos UTI tipo III Pediátrico | R$ 151.548,82 | R$ 1.818.585,86 |
| ASSISTIR RS - ATUALIZADO 2025 - portaria ses 419/2025 | R$ 3.053.710,24 | R$ 36.644.522,88 |
| Incentivo Municipal ICSAC - PORTARIA Nº 30132443/2024 - o repasse referente a este incentivo depende da existência de portaria municipal vigente. | R$ 1.450.000,00 | R$ 17.400.000,00 |
| **Total de Incentivos pré-fixado** | **R$ 8.972.152,41** | **R$ 107.665.828,94** |
| Complementação Municipal - PORTARIA 29535253/2024 – incentivo CPRE/papilotomia - conforme produção. VALOR MÁXIMO POSSÍVEL - o repasse referente a este incentivo depende da existência de portaria municipal vigente. **PÓS-FIXADO** | R$ 53.978,26 | R$ 647.739,12 |

| | | |
|---|---|---|
| **Total de Incentivos - pré + pós-fixado** | **R$ 9.026.130,67** | **R$ 108.313.568,06** |
| **Total Ordinário Possível deste Contrato** | **R$ 26.388.928,85** | **R$ 316.667.146,14** |

O repasse de valores referentes a Incentivos, Portarias ou Programas, tanto Federais quanto Estaduais, dependem da entrada do recurso no Fundo Municipal para sua efetivação.

Os valores referentes a Incentivos, Portarias ou Programas, Federais, Estaduais ou Municipais, será repassado mediante comprovação dos critérios de qualificação estabelecidos e cumprimento das metas pactuadas entre gestor e prestador.

**CÁLCULO DO VALOR DAS METAS QUALITATIVAS**

| Valor pré-fixado | Menos o ASSISTIR (que tem metas específicas) | X 40% referente ás metas de qualidade | dividido pelo nº de metas (11) |
|---|---|---|---|
| **R$ 12.317.247,27** | **R$ 9.263.537,03** | **R$ 3.705.414,81** | **R$ 336.855,89** |

| PROGRAMA ASSISTIR - atualizado portaria SES 419/2025 | | | |
|---|---|---|---|
| IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE | TS: Porta de Entrada - RUE | R$ 218.822,00 | **R$ 3.053.710,24** |
| | TS: Ambulatório de Gestante de Alto Risco - AGAR I | R$ 32.823,30 | |
| | TS: Maternidade de Alto Risco | R$ 27.352,75 | |
| | TS: Ambulatório de Especialidades Prioritárias - Oftalmologia | R$ 206.980,08 | |
| | TS: Ambulatório de Especialidades - Cirurgia Geral | R$ 174.273,49 | |
| | TS: Ambulatório de Especialidades Prioritárias - Ortopedia/Traumatologia | R$ 122.977,96 | |
| | TS: Ambulatório de Especialidades - Urologia | R$ 169.222,35 | |
| | TS: Maternidade de Risco Habitual | R$ 264.411,74 | |
| | TS: UTI e UCI | R$ 676.159,98 | |
| | TS: Oncologia (Exames) | R$ 783.218,64 | |
| | TS: Transplantes | R$ 311.821,35 | |
| | SD: Atendimento de Urgência e Emergência de casos agudos em Hematologia | R$ 65.646,60 | |

**PORTARIA SES Nº 356/2024, PORTARIA SES Nº 492/2024 e PORTARIA 521/2024**

**PORTARIA SES Nº 356** - Estabelece repasse de valores transferidos à Secretaria da Saúde pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, para fins de realização de procedimentos cirúrgicos Alta Complexidade (AC) em ortopedia

Art. 6º O incentivo será repassado de forma pós-fixada, de acordo com a produção aprovada pelo prestador no SIH/SUS dos procedimentos relacionados no Anexo I desta Portaria e impreterivelmente registrados com numeração de especial de AIH a ser distribuída.

I – Complementação de 300% do valor do procedimento principal da Tabela SIGTAP somado ao valor médio da AIH do procedimento, conforme limite máximo previsto no Art. 2º, para distribuição do recurso do programa.

§ 1º O pagamento previsto no inciso I deste artigo fica restrito à produção das cirurgias ortopédicas elencadas no Anexo I que excederem a média mensal da produção de traumato ortopedia (subgrupo 0408) aprovada no ano de 2023 para cada prestador, considerando a série histórica extraída dos bancos de dados oficiais do SUS.

§ 3º Não serão computados no pagamento as AIHs registradas com procedimentos principais diferentes daqueles relacionados no Anexo I desta Portaria.

Art. 13. Aos hospitais sob gestão municipal, o repasse do recurso de incremento temporário e excepcional aos Fundos Municipais de Saúde ocorrerá após a publicação desta Portaria no DOE e processamento e aprovação da produção nos sistemas oficiais do SUS – MS/Datasus e/ou envio dos arquivos do processamento para conferência na SES conforme descrito no § 2º do Art. 6° no caso dos Hospitais que não possuem habilitação federal na alta complexidade.

**PORTARIA SES Nº 492** - Credencia hospitais prestadores de serviços SUS de média e alta complexidade de ortopedia e de alta complexidade de neurocirurgia ao recebimento do recurso em ortopedia, conforme disposto na Portaria SES nº 356/2024.

§2º As cirurgias que serão contabilizadas para fins de percepção do recurso extraordinário são apenas aquelas que excederem o equivalente à média mensal da produção em ortopedia aprovada no ano de 2023.

§5° O quantitativo específico para cada código de procedimento contemplado no rateio do recurso será informado aos prestadores e disponibilizado para consulta no endereço https://ti.saude.rs.gov.br/eletivas/.

**Quantidades e Valores Pactuados segundo endereço eletrônico: https://ti.saude.rs.gov.br/recursotj/**

| Estabelecimento | Procedimento | Qtd Cirurgias Previstas | R$ Valor Recurso |
|---|---|---|---|
| PORTO ALEGRE - 2237253 - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE | 0408040076-ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL | 7 | R$ 87.133,48 |
| | 0408040092-ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA | 18 | R$ 193.521,24 |
| | 0408050055-ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO | 3 | R$ 44.143,20 |
| | 0408050063-ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO | 9 | R$ 88.042,22 |
| | **Total Pactuado** | **37** | **R$ 412.840,69** |

**ESTE PROGRAMA ESTÁ VIGENTE E FOI ATUALIZADO EM PLANO DE TRABALHO 33398718**

## PORTARIA SES 985/2023 - CONTRATUALIZADA EM SEI 18.0.000085787-0 - DOCUMENTO 26670017 E DDA 26755454

Institui o Programa Escoliose, estabelecendo critérios para o repasse de valores do Governo do Estado, em caráter temporário e excepcional, aos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) em Assistência de Alta Complexidade em Traumato Ortopedia na modalidade Serviço de Traumato Ortopedia Pediátrica, para ampliar a realização de cirurgias para tratamento de escoliose no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. (PROA nº 23/2000-0128168-0)

ANEXO I **PORTARIA SES Nº 985/2023**
**Código da Tabela SIGTAP**

**Tabela 1. Procedimentos Cirúrgicos**

| Código | Procedimento |
|---|---|
| 04.08.03.065-8 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anteroposterior nove ou mais níveis |
| 04.08.03.066-6 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior oito níveis |
| 04.08.03.067-4 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior quatro níveis |
| 04.08.03.068-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior cinco níveis |
| 04.08.03.069-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior posterior até oito níveis |
| 04.08.03.071-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior seis níveis |
| 04.08.03.072-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior sete níveis |
| 04.08.03.073-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior oito níveis |
| 04.08.03.076-3 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior nove níveis |
| 04.08.03.080-1 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior doze níveis ou mais |
| 04.08.03.081-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dez níveis |
| 04.08.03.082-8 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis |
| 04.08.03.083-6 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior dois níveis |
| 04.08.03.084-4 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior três níveis |
| 04.08.03.085-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior cinco níveis |
| 04.08.03.086-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior seis níveis |
| 04.08.03.087-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior três níveis |
| 04.08.03.089-5 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dois níveis |
| 04.08.03.090-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior sete níveis |

ANEXO II **PORTARIA SES Nº 985/2023**
~~Necessidade Anual Estimada por unidade Hospitalar~~

~~Tabela 2. Cirurgias estimadas por unidade hospitalar~~ *

| HOSPITAL | CNES | MUNICÍPIO | QUANT. | VALOR TOTALR$ (TETO 12 MESES) |
|---|---|---|---|---|
| Irmandade Santa Casa de Misericórdia | 2237253 | Porto Alegre | 48 | R$ 2.688.000,00 |
| Hospital São Vicente de Paulo | 2246988 | Passo Fundo | 48 | R$ 2.688.000,00 |

ANEXO III **PORTARIA SES Nº 985/2023**
~~Cronograma de Monitoramento do Programa~~

~~Tabela 3. Cronograma de Monitoramento do Programa~~

| Mês de monitoramento | Quadrimestre avaliado | Quantitativo mínimo | Meta de cirurgias | Quantitativo mínimo cumulativo | Meta de cirurgias cumulativa |
|---|---|---|---|---|---|
| Junho do ano corrente | Janeiro a Abril | 6 | 16 | 6 | 16 |
| Outubro do ano corrente | Maio a Agosto | 6 | 16 | 13 | 32 |
| Fevereiro do ano subsequente | Setembro a dezembro | 6 | 16 | 19 | 48 |

## PRODUÇÃO DO PROGRAMA ESCOLIOSE ATÉ 08/2024 - DOCUMENTO 30797087

| CIRURGIAS REALIZADAS DE ABRIL A AGOSTO DE 2024 | VALORES REPASSADO PELA SES NO PERÍODO | SALDO À FATURAR |
|---|---|---|
| 15 | R$ 840.000,00 | R$ 2.160.000,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DESTINADO PELO PROGRAMA À SANTA CASA (TETO DE 12 MESES) = | R$ 3.000.000,00 |
| VALOR TOTAL PAGO POR PROCEDIMENTO = | R$ 56.000,00 |

"* O valor previsto por procedimento no caput do artigo 3º sofrerá abatimento, para cômputo do montante a ser pago com recursos estaduais, da quantia percebida pelo prestador pela realização do procedimento cirúrgico por meio do sistema de produção e processamento do Sistema Único de Saúde".

## PORTARIA 66/2024 - ALTERA A REDAÇÃO DA PORTARIA 985/2023

Altera a Portaria SES Nº 985/2023, que institui o Programa Escoliose, para dar nova redação ao art. 2º e aos Anexos II e III, com incremento dos valores destinados ao programa (PROA nº 23/2000-0128168-0).

ANEXO I – PORTARIA SES Nº 66/2024
Alterações do Anexo II da Portaria SES Nº 985/2023
**Necessidade Anual Estimada por unidade Hospitalar**

**Tabela 2. Cirurgias estimadas por unidade hospitalar** *

| HOSPITAL | CNES | MUNICÍPIO | QUANT. | VALOR TOTALR$ (TETO 12 MESES) |
|---|---|---|---|---|
| Irmandade Santa Casa de Misericórdia | 2237253 | Porto Alegre | 53 | R$ 3.000.000,00 |
| Hospital São Vicente de Paulo | 2246988 | Passo Fundo | 53 | R$ 3.000.000,00 |

* O valor previsto por procedimento no caput do artigo 3º sofrerá abatimento, para cômputo do montante a ser pago com recursos estaduais, da quantia percebida pelo prestador pela realização do procedimento cirúrgico por meio do sistema de produção e processamento do Sistema Único de Saúde.

ANEXO II – PORTARIA SES Nº 66/2024
Alterações do Anexo III da Portaria SES Nº 985/2023
**Cronograma de Monitoramento do Programa**

**Tabela 3. Cronograma de Monitoramento do Programa**

| Mês de monitoramento | Quadrimestre avaliado | Quantitativo mínimo | Meta de cirurgias | Quantitativo mínimo cumulativo | Meta de cirurgias cumulativa |
|---|---|---|---|---|---|
| Junho do ano corrente | Janeiro a Abril | 7 | 17 | 7 | 17 |
| Outubro do ano corrente | Maio a Agosto | 7 | 18 | 14 | 35 |
| Fevereiro do ano subsequente | Setembro a dezembro | 7 | 18 | 21 | 53 |

## PORTARIA 840/2025 - ALTERA A REDAÇÃO DA PORTARIA 985/2023

O prazo final para execução total das ações previstas para os prestadores habilitados ao recebimento dos recursos de que trata esta Portaria é até 15 de dezembro de 2026, conforme vigência do Termo de Cooperação nº 271/2023 - DEC/FPE, nº 4759/2023, sujeito à redução, de acordo com o prazo previsto na Portaria de habilitação do prestador

**Procedimentos Cirúrgicos**

| Código | Procedimento |
|---|---|
| 04.08.03.065-8 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anteroposterior nove ou mais níveis |
| 04.08.03.066-6 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior oito níveis |
| 04.08.03.067-4 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior quatro níveis |
| 04.08.03.068-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior cinco níveis |
| 04.08.03.069-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior posterior até oito níveis |
| 04.08.03.071-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior seis níveis |
| 04.08.03.072-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior sete níveis |
| 04.08.03.073-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior oito níveis |
| 04.08.03.076-3 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior nove níveis |
| 04.08.03.080-1 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior doze níveis ou mais |
| 04.08.03.081-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dez níveis |
| 04.08.03.082-8 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis |
| 04.08.03.083-6 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior dois níveis |
| 04.08.03.084-4 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior três níveis |
| 04.08.03.088-7 | Tratamento Cirúrgico de Deformidade da Coluna via Posterior – Quatro Níveis |
| 04.08.03.085-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior cinco níveis |
| 04.08.03.086-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior seis níveis |
| 04.08.03.087-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior três níveis |
| 04.08.03.089-5 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dois níveis |
| 04.08.03.090-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior sete níveis |

| HOSPITAL | QUANT. PROCESSADA ATÉ DEZ/24 (R$ 56.000,00 por cirurgia) | QUANT. PROCESSADA ATÉ MAIO/25 (R$ 72.000,00 por cirurgia) | NOVA PREVISÃO JUN/25 A DEZ/25 R$ 72.000,00 por cirurgia |
|---|---|---|---|
| Irmandade Santa Casa de Misericórdia | 29 | 9 | 28 |

## RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS e TEMPORÁRIOS

Os recursos identificados nesta aba são extraordinários e temporários. Os valores, a operacionalização e a fonte dos recursos estão esclarecidos nos Planos de Trabalho abaixo referenciados.

| PROGRAMA/RECURSO | RECURSO PACTUADO | RECURSO FATURADO | COMPETÊNCIA | PLANO DE TRABALHO - DOC. SEI Nº | ENCERRAMENTO DO PROGRAMA/RECURSO |
|---|---|---|---|---|---|
| Programa TJ Ortopedia | R$ 412.840,69 | | 2024 e 2025 | Operacionalizado no DDA | Competência Junho 2025 |
| Programa Mais Acesso a Especialistas-Oferta de Cuidados Integrados (PMAE OCI) | R$ 535.552,00 | | 2025 | 33148122 | Competência Dezembro de 2025 |
| Programa TJ Oftalmo CATARATA | R$ 1.425.503,20 | | 2025 | 33255708 | 2025 - cf. plano de trabalho |
| Programa TJ Oftalmo PEDIATRIA | R$ 35.621,68 | | 2025 | 33255676 | 2025 - cf. plano de trabalho |
| Programa TJ ESCOLIOSE*** | R$ 576.000,00 | | 2023-2024-2025 | 33398718 | 15 de junho de 2025 |
| Programa Mais Acesso a Especialistas-Componente Cirurgias (PMAE-CC) | R$ 4.394.778,91 | | 2025 | 34122393 | dez/25 |
| SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE PEDIÁTRICA 2025 | R$ 2.187.000,00 | | 2025 | 34432085 | 2025 - cf. plano de trabalho |
| SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE ADULTO 2025 | R$ 2.462.400,00 | | 2025 | 34504168 | 2025 - cf. plano de trabalho |
| PORTARIA GM/MS 6826 - manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre | R$ 40.630.536,70 | | 2025-2026 | **** | competência abril/26 |
| PORTARIAS GM/MS 7.211/25 e 7.827/25 | R$ 1.620.000,00 | | 2025 | 35066942 | 2025 - cf. plano de trabalho |
| Portaria nº GM/MS 7.648/25 Banco de Leite Humano (35507990) | R$ 180.000,00 | | 2025 | parcela única incentivo | 2025 |
| ESCOLIOSE | R$ 2.016.000,00 | | 2025 | 35600459 | 2025-2026 |
| HIPEC | R$ 3.409.674,00 | | 2025-2026 | 33631546 | 2026 - cf. plano de trabalho |

******* O Hospital já está inserido e produzindo dentro do Programa TJ Escoliose (cf. aba específica neste DDA). O Plano de trabalho em 33398718 é uma atualização dos valores e quantitativos definidos pela Portaria SES/RS nº 137/2025. Para fins de remuneração, considerar oa valores do Plano de Trabalho conforme Portaria SES 137/2025.

-******** efeitos financeiros a partir da 5ª (quinta) parcela de 2025, não é incentivo cf. OFÍCIO Nº 88/2025/DRAC/CGOF/DRAC/SAES/MS, trata-se de reequilibrio financeiro para sustentabilidade institucional

**PLANO DE TRABALHO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA – ESCOLIOSE - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**

Referência: Termo de Cooperação nº 271/2023 - DEC/FPE, nº 4759/2023,PROA nº 23/2000-0128168-0
Legislação:

- Portaria SES/RS nº 985/2023
- Portaria SES/RS nº 66/2024
- Portaria SES/RS nº 656/2024
- Portaria SES/RS nº 137/2025
- PORTARIA SES Nº 840/2025

Estabelecimento: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**
CNES: **2237253**

**1. Objeto**

Este Plano de Trabalho visa orientar a execução dos serviços e atualizar os termos da contratualização da Santa Casa de Misericórdia dentro do **PROGRAMA ESCOLIOSE** conforme Portaria SES nº 840/2025. Esta Portaria mantém a remuneração por procedimentos de R$ 72.000,00 e define em 28 cirurgias o quantitativo a ser realizado pela instituição até 15 de dezembro de 2026.

A Instituição foi inicialmente contratualizada em 15/12/2023, conforme os critérios então vigentes da Portaria SES 985/2023 (SEI 18.0.000085787-0 - documento 26670017 e DDA 26755454). Houve atualização dos termos do contrato em 27/12/2024, conforme Portaria SES/RS nº 66/2024 (SEI 24.0.000100674-2 – documento 31733403 e DDA 31398643). O programa foi atualizado em 2025, na Portaria SES RS nº 840/25.

A Portaria SES nº 840/2025 , define em seu Art. 3°: *Fica alterada a redação do art. 10 da Portaria SES nº 985/2023, que passa a viger com a seguinte redação: "Art. 10. O prazo final para execução total das ações previstas para os prestadores habilitados ao recebimento dos recursos de que trata esta Portaria é até 15 de dezembro de 2026, conforme vigência do Termo de Cooperação nº 271/2023 - DEC/FPE, nº 4759/2023, sujeito à redução, de acordo com o prazo previsto na Portaria de habilitação do prestador".*

O quantitativo máximo possível a ser financiado foi alterado, conforme tabela abaixo:

**Tabela de Procedimentos e Valores conforme ANEXO II da Portaria SES nº 840/2025**

| Hospital | CNES | Quantidade Processada até dez/24 (R$ 56.000,00 por cirurgia) | Quantidade prevista para execução até maio/2025 (R$ 72.000,00 por cirurgia) | Valor Total possível até 15/12/2025 (28 cirurgias X R$ 72.000,00) |
|---|---|---|---|---|
| **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia** | **2237253** | **29** | **9** | **R$ 2.016.000,00** |

**2. Acesso, Repasse, Monitoramento e Avaliação**

2.1 O acesso dos pacientes aos procedimentos de que trata este plano será regulado pelo gestor estadual ou municipal, observado o amplo acesso do gestor estadual quanto aos critérios utilizados e aos pacientes atendidos pela regulação municipal.

2.2 O incentivo será repassado em caráter temporário e excepcional, de forma pós-fixada, de acordo com a produção apresentada pelo prestador no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS do Ministério da Saúde, dos procedimentos relacionados no Anexo I da Portaria 840/2025.
**Parágrafo único.** Somente serão considerados no cômputo do valor do incentivo os procedimentos realizados nos usuários encaminhados pela Regulação Estadual.
O incentivo contemplará a cobertura das despesas de toda a linha de cuidado, da consulta inicial até a alta hospitalar do paciente do serviço terciário, inclusive do segmento ambulatorial pós-cirúrgico.

2.3 O monitoramento da execução dos recursos será realizado pelo Departamento de Gestão da Atenção Especializada – DGAE da Secretaria da Saúde/SES, amparado pelas Comissões de Acompanhamento de Contratos, e pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, independentemente de o hospital estar localizado em município sob gestão estadual ou municipal, mediante:

**I -** acompanhamento dos dados registrados nos sistemas oficiais do SUS;
**II -** relatórios emitidos pelas Comissões de Acompanhamento da Contratualização dos Hospitais; e
**III -** encaminhamento, quando couber, ao Departamento de Auditoria do SUS – DEASUS.
O monitoramento da produção apresentada pelo hospital no primeiro quadrimestre de 2025 ocorrerá em Junho de 2025, conforme ANEXO II – PORTARIA SES nº 137/2025.

**3. Prazo de Execução e Teto Financeiro**

3.1 O prazo final para execução das ações previstas no Item 2 - Tabela de Procedimentos e Valores - é **15 de dezembro de 2025**, ou novo prazo estipulado em eventual prorrogação do Termo de Cooperação nº 271/2023 - DEC/FPE, nº 4759/2023, sujeito à redução de acordo com o prazo previsto na Portaria de habilitação do prestador.
3.2 O teto financeiro para a instituição no segundo semestre de 2025 é de **R$ 2.016.000,00** (28 cirurgias previstas com remuneração de R$ 72.000,00 cada)

**4. Considerações finais**

4.1 Os valores destinados por meio desta Portaria têm natureza temporária e excepcional, decorrendo de recurso extraordinário repassado à Secretaria Estadual da Saúde mediante parceria instituída com o Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul, não se incorporando de forma definitiva às relações de natureza contratual ou de outra ordem entabuladas pelo gestor estadual com os prestadores vinculados ao Sistema Único de Saúde - SUS e não implicando reconhecimento de eventual insuficiência dos valores percebidos de forma ordinária pelas instituições para a realização dos atendimentos.

4.2 O repasse está condicionado ao ingresso de recursos no Fundo Municipal.

4.3 O incentivo será repassado de forma pós-fixada, de acordo com a produção aprovada, sendo considerados no cômputo do valor do incentivo os procedimentos realizados em usuários encaminhados pela Regulação Estadual.

Códigos e Procedimentos estabelecidos para Tratamento Cirúrgico de Deformidade de Coluna e admitidos para remuneração diferenciada conforme Portaria 985/2024.

| Código | Procedimento |
|---|---|
| 04.08.03.065-8 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anteroposterior nove ou mais níveis |
| 04.08.03.066-6 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior oito níveis |
| 04.08.03.067-4 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior quatro níveis |
| 04.08.03.068-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior cinco níveis |
| 04.08.03.069-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior posterior até oito níveis |
| 04.08.03.071-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior seis níveis |
| 04.08.03.072-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior sete níveis |
| 04.08.03.073-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior oito níveis |
| 04.08.03.076-3 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior nove níveis |
| 04.08.03.080-1 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior doze níveis ou mais |
| 04.08.03.081-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dez níveis |
| 04.08.03.082-8 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis |
| 04.08.03.083-6 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior dois níveis |
| 04.08.03.084-4 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior três níveis |
| 04.08.03.085-2 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior cinco níveis |
| 04.08.03.086-0 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior seis níveis |
| 04.08.03.087-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior três níveis |
| 04.08.03.089-5 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dois níveis |
| 04.08.03.090-9 | Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior sete níveis |

Os Procedimentos deste anexo somente serão remunerados nos termos da Portaria 985/2024 se realizados em usuários na faixa-etária de 0 a 21 anos com diagnóstico de Escoliose (Classificação internacional de doenças - CID M41),