

**CONVÊNIO Nº 30/2024**  
Processo nº 23.417/2024

**O CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARACRUZ POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A FUNDAÇÃO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO CAMILO – FHMSC.**

**O MUNICÍPIO DE ARACRUZ/ES**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** (SEMSA), pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF nº 10.429.253/0001-39, com sede na Rua Morobá, nº 20, Bairro Morobá, Aracruz/ES, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, nomeada pelo Decreto nº 39.858 de 02/06/2021, **ROSIANE SCARPATT TÓFFOLI**, brasileira, casada, portadora do CPF 085.926.127-13 e da CI 1917369 SPTC ES, residente e domiciliada Rua Lucia Belmira Pianca Scopel, s/nº, Residencial Solar Bitti, Aracruz- ES, CEP- 29.193-602, no uso de suas atribuições de gestora instituído pela Lei Municipal nº 3.342/2010, ora denominado **PMA-SEMSA- CONCEDENTE**, e a **FUNDAÇÃO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO CAMILO**, pessoa jurídica de direito privado, de caráter filantrópico, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 27.108.380/0001-39, estabelecida na Rua Manoel Pereira Pinto, nº 300, Bairro São Camilo, Aracruz/ES, CEP 29.194-129, neste ato representado pelo Superintendente Executivo, **RUBENS FELIX**, casado, CPF: 002.609.768-06, RG: 7774712 SSP/SP, Rua Olinto Nascimento, nº120, Apt 102,Vila Rica, Aracruz, CEP: 29.194-159, doravante denominado **CONVENENTE**, em conformidade com os autos do Processo nº. 23.417/2024, com fundamento na Constituição Federal, em especial o artigo 196 e seguintes; na forma prevista na Lei 14.133/2021 e suas alterações, nos termos do art. 24 e seguintes da Lei Federal nº 8.080/90, da Lei Federal N.º 8.142//90; Portaria de Consolidação nº 02 do MS, de 28/09/2017, Portaria nº 3.410 do MS, de 30/12/2013, em especial o Capítulo V - da Contratualização, Portaria nº 745 do MS de 17/06/2015, Portaria 2.200 de 03/10/2014, Portaria 3.230 de 18 de Dezembro de 2009, e suas alterações no que couber, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

1.1 – O presente CONVÊNIO tem por objeto integrar a CONVENENTE ao Sistema Único de Saúde – SUS por meio de ações e serviços de saúde, a serem prestados aos munícipes, visando à garantia dos serviços de cirurgias eletivas- perfil municipal e implantação do ambulatório de primeira consulta em pediatria ao recém-nascido até o 30º(trigésimo) dia de vida.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:**

2.1 – O presente CONVÊNIO terá vigência a partir da publicação, pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, desde que devidamente justificado.

### CLÁUSULA TERCEIRA– DO VALOR DO REPASSE:

3.1. O valor total deste convênio é de **RR\$ 1.607.145,60 (um milhão, seiscentos e sete mil, cento e quarenta e cinco reais e sessenta centavos)**, conforme descrito na tabela:

SERVIÇOS	TETO MÁXIMO MENSAL	ANUAL
Materiais Especiais (órtese e prótese)	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
Cirurgias Eletivas	R\$ 117.728,80	R\$ 1.412.745,60
Ambulatório de pediatria	R\$ 11.200,00	R\$ 134.400,00
	<b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>	<b>R\$ 1.607.145,60</b>

3.2. Os repasses serão realizados em parcelas mensais, mediante a prestação de serviços apresentadas ao setor de auditoria da SEMSA, atendendo aos critérios:

a) Procedimentos de Média Complexidade Cirúrgicos, serão repassados ao CONVENIENTE, após análise dos relatórios, pela equipe de auditoria da SEMSA, que totalizam um teto máximo de cirurgias eletivas-perfil municipal mensal de **R\$ 117.728,80 (cento e dezessete mil, setecentos e vinte e oito reais e oitenta centavos)**.

b) Materiais especiais (órtese e prótese), não contemplados na tabela SUS, totalizam o teto máximo mensal de **R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)**, que serão repassados para pagamento de procedimentos oriundos da regulação municipal de caráter eletivo, após análise pela auditoria da SEMSA, do prontuário médico do paciente e apresentação da nota fiscal do material utilizado.

c) O valor do serviço de ambulatório de pediatria ao recém-nascido até o 30º(trigésimo) dia de vida totalizam o teto máximo mensal de **R\$11.200,00 (onze mil e duzentos reais)**,que serão repassados para pagamento de após análise pela auditoria da SEMSA dos atendimentos realizados mensalmente.

### CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Código Reduzido: 1193

Recurso: 1.500.0015.1002

Natureza de despesa: 3.3.90.39.00

**CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS**

5.1. Na execução do presente convênio, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

- a) A CONVENIENTE deverá manter o atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;
- b) A CONVENIENTE deverá integrar os protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelos gestores do SUS;
- c) A CONVENIENTE deverá manter atualizado para cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES a totalidade de seus serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como a descrição dos equipamentos e recursos humanos, próprios e terceirizados, através de comunicação formal ao setor de Controle Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz.
- d) A entidade deverá comprovar, por ocasião da assinatura do convênio, a situação de regularidade fiscal, previdenciária, trabalhista, em todos os níveis da federação, e junto ao Cadastro Informativo de Créditos não Quitados - CADIN Estadual e Federal, mediante apresentação de certidões negativas ou positivas com efeito de negativa.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIENTE:**

6.1 Realizar mensalmente as Cirurgias eletivas- perfil municipal de média complexidade, conforme pactuação abaixo:

TIPO DE CIRURGIA	QUANT.	VALOR MÉDIO REFERÊNCIA - TABELA SUS (UNITÁRIO)	COMPLEMENTAÇÃO	VALOR MÉDIO POR CIRURGIA TOTAL	TOTAL GERAL MENSAL
OTORRINO	20	R\$ 695,77	R\$ 695,77	R\$ 1.391,54	R\$ 27.830,80
VASCULAR	10	R\$ 582,04	R\$ 582,04	R\$ 1.164,08	R\$ 11.640,80
UROLÓGICA	20	R\$ 306,47	R\$ 306,47	R\$ 612,94	R\$12.258,80
OFTALMOLOGIA	45	R\$ 771,60	R\$ 385,80	R\$ 1.157,40	R\$ 52.083,00
PROCTOLOGIA	10	R\$ 695,77	R\$ 695,77	R\$ 1.391,54	R\$13.915,40
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>		-		<b>R\$ 117.728,80</b>

SERVIÇO	VALOR MENSAL
MATERIAIS ESPECIAS (ÓRTESE E PRÓTESE)	R\$ 5.000,00



SERVIÇO	VALOR MENSAL
AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA	R\$11.200,00

6.2 As cirurgias eletivas- perfil municipal terão o teto máximo mensal de 115 procedimentos, podendo ser remanejado entre as especialidades pactuadas, caso a demanda da central de regulação seja superior a media de cada especialidade, não sendo possível o teto superior de 30% do teto mensal de cada especialidade;

6.3 As cirurgias será regulada pela Central de regulação Municipal, respeitando os seguintes critérios:

a) Usuário deverá comprovar efetiva residência no Município de Aracruz através da apresentação da conta de água ou luz em seu nome e, quando menor, em nome dos pais ou responsável legal, ou ainda, contrato de locação de imóvel ou recibo de pagamento de aluguel;

b) Procedimentos cirúrgicos dispostos no presente instrumento só oriundo da Rede Pública de Saúde do Município de Aracruz com laudo AIH - Autorização Internação Hospitalar, autorizado previamente;

c) O teto mensal máximo dos materiais de órtese e prótese, perfazem R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) serão pagos mediante a apresentação de nota fiscal e cotação de três orçamentos;

d) O serviço de ambulatório de pediatria ao recém-nascido até o 30º(trigésimo) dia de vida, objetiva o início precoce do acompanhamento de puericultura na rede municipal, independente do local de nascimento do munícipe de Aracruz, fortalecendo a rede materno infantil municipal;

e) O serviço de ambulatório de pediatria compreende avaliação de puericultura após alta, com prazo máximo de execução de até 30 (trinta) dias após a data de nascimento, bem como os retornos classificados como ambulatorial necessários durante os 30 (trinta) dias de vida da criança;

e) A alta da criança do ambulatório de pediatria à rede municipal da atenção básica, deverá ser realizado por meio da disponibilização do guia de referência e contra-referência para seguimento das puericultura com as equipes da atenção básica municipal;

6.4 Profissionais da CONVENENTE responsáveis pela execução dos procedimentos de cirurgia eletivas cadastradas no CNES da instituição

6.5 Manter e movimentar os recursos em conta bancária específica.

6.6 Responder exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de

pessoal;

6.7 Responsabilizar-se pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da FUNDAÇÃO em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto do convênio ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

6.8 Responder exclusivamente pelos danos causados aos usuários, aos órgãos do SUS e/ou a terceiros a eles vinculados, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, assegurado o direito de regresso da **PMA – SEMSA** na hipótese de condenação judicial, sem prejuízo das perdas e danos morais, materiais e honorários advocatícios.

6.9 Restituir o valor recebido atualizado monetariamente, desde a data do recebimento, acrescido de juros legais, quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa do estabelecido nesta parceria.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

7.1 – São obrigações do Município:

7.1.1 – Efetuar o repasse do recurso financeiro nos moldes do CONVÊNIO avençado;

7.1.2 – Fiscalizar a execução do presente Convênio, por meio da Comissão designada e/ou de Auditoria do Gestor do CONVÊNIO.

## **CLÁUSULA OITAVA– DA FISCALIZAÇÃO**

8.1 – O CONCEDENTE fiscalizará a execução do CONVÊNIO de modo a fazer cumprir o objeto pactuado e demais obrigações dele decorrentes, por meio do setor de auditoria.

## **CLÁUSULA NONA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

9.1 A CONVENIENTE se obriga a encaminhar à CONCEDENTE, os seguintes documentos:

a) Relatório de produção dos serviços com a relação nominal que e especialidade cirúrgica realizada no mês anterior ao pagamento;

B) Notas fiscais, comprovante de solicitação médica comprovante de três orçamentos relacionado a prestação de serviço de órtese e prótese e auditoria da SEMSA no prontuário médico do paciente

9.2 Na hipótese da prestação de contas não ser aprovada e restarem exauridas todas as providências cabíveis, a CONCEDENTE registrará o fato no Cadastro de Convênios no SIA

FEM, onde instaurará a tomada de contas e encaminhará o processo ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo – TCEES, sob pena de responsabilidade.

## **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES**

10.1 – O presente convênio poderá ser alterado mediante proposta a ser apresentada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data pretendida para sua implementação, alteração esta que deverá ser devidamente justificada e formalizada por meio de Termo Aditivo.

10.2 – É obrigatório o aditamento do instrumento convenial quando se fizer necessária a efetivação de alterações que tenham por objetivo a mudança de prazo de vigência ou a utilização de recursos remanescentes do saldo do convênio.

10.3 – No caso de alterações que gerem obrigações a serem implementadas exclusivamente por um dos partícipes do CONVÊNIO, estas deverão ser formalizadas mediante termo de apostilamento, quando se fizer necessário:

I – alterar a classificação orçamentária da despesa referente ao valor do convênio;

II – substituir a conta-corrente específica para movimentação dos recursos do convênio.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA EXTINÇÃO**

11.1 – O presente CONVÊNIO extinguir-se-á pela conclusão de seu objeto ou pelo decurso de seu prazo de vigência, podendo ainda ser extinto por mútuo consenso.

11.2 – Qualquer dos partícipes poderá denunciar o presente CONVÊNIO, a qualquer tempo, ficando, os partícipes, responsáveis somente pelas obrigações e auferindo as vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença.

11.3 – Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do CONVÊNIO, os saldos financeiros remanescentes recebidos, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos ao CONCEDENTE ou órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade titular dos recursos nos termos do § 6º do artigo 116 da Lei 8.666/93.

11.4 – Constituem motivo para rescisão do CONVÊNIO:

I) o inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas, particularmente quando constatadas as seguintes situações:



- a) utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho;
- b) aplicação dos recursos no mercado financeiro em desacordo com o disposto no ajuste; e
- c) falta de prestação de contas no prazo estabelecido.

II) constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado;

III) verificação de qualquer circunstância que enseje a instauração de tomada de contas;

IV) não aprovação do projeto executivo ou apresentação fora do prazo estabelecido, quando for o caso;

11.5 – A rescisão do CONVÊNIO, quando resulte dano ao erário, sempre ensejará a instauração de tomada de contas.

11.6 – O presente CONVÊNIO será também extinto pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES**

12.1 – O descumprimento total ou parcial de quaisquer das obrigações estabelecidas neste CONVÊNIO ou do dever originado da norma legal ou regulamentar pertinentes, sujeitará a CONVENIENTE às sanções previstas na Lei Federal 8666/93, além de imediato bloqueio da liberação dos pagamentos.

12.2 – A CONVENIENTE será civilmente responsável pelos prejuízos decorrentes de ato ou omissão danosos ao CONCEDENTE, para seus usuários ou para terceiros, praticados por seus empregados, prepostos ou diretores, bem como pelos profissionais vinculados aos seus quadros e admitidos em seus recintos para participarem da prestação de serviços.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

13.1 – É de exclusiva responsabilidade da CONVENIENTE o gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de pessoal.

13.2 – É de exclusiva responsabilidade da CONVENIENTE, o recolhimento de todo e qualquer encargo trabalhista, previdenciário e comercial decorrentes da execução deste CONVÊNIO.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO**



14.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de Aracruz – ES para dirimir as questões decorrentes deste Convênio, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

14.2 – E por estarem assim, justos e acordados, na melhor forma de direito, as partes assinam o presente instrumento de Convênio, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Aracruz/ES, 02 de julho de 2024.

**ROSIANE  
SCARPATT  
TOFFOLI:**  
08592612713

Assinado digitalmente por ROSIANE SCARPATT  
TOFFOLI:08592612713  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial,  
OU=03077238000114, OU=Secretaria da Receita Federal  
do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(em branco),  
CN=ROSIANE SCARPATT TOFFOLI:08592612713  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de assinatura aqui  
Data: 2024.07.02 16:10:22-03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 11.0.0



**ROSIANE SCARPATT TÓFFOLI**

Secretária de Saúde  
Decreto nº 39.858 de 02/06/2021

**RUBENS FELIX**

Superintendente Executivo  
Fundação Maternidade São Camilo

**ANEXO**  
**PLANO DE TRABALHO DE CAMPANHA CIRURGIAS ELETIVAS**

**1 – DADOS CADASTRAIS**

<b>ÓRGÃO/ ENTIDADE</b>				<b>CNPJ</b>		
Fundação Hospital Maternidade São Camilo				27.108.380/0001-39		
<b>ENDEREÇO</b>						
Rua Manoel Pereira Pinto, 300 Bairro São Camilo						
<b>CIDADE</b>		<b>UF</b>	<b>CEP</b>	<b>DDD/FONE</b>		<b>E.A</b>
Aracruz		ES	29.194-210	(27) 3256-9700		Municipal
<b>CONTA</b>		<b>BANCO</b>		<b>AGÊNCIA</b>	<b>PRAÇA DE PAGAMENTO</b>	
<b>CORRENTE</b>		CAIXA		1112	Aracruz	
181-0		ECONÔMICA				
<b>NOME DO RESPONSÁVEL</b>					<b>CPF</b>	
RUBENS FELIX					002.609.768,06	
<b>C.I. / ÓRGÃO</b>		<b>CARGO</b>		<b>FUNÇÃO</b>	<b>MATRÍCULA</b>	
<b>EXPEDIDOR</b>		Superintendente Executivo				
7774712						
<b>ENDEREÇO</b>					<b>CEP</b>	

**2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO**

<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b>		
<b>TÍTULO DO PROJETO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS -PERFIL MUNICIPAL IMPLANTAÇÃO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO	JULHO/2024	JUNHO /2025
<b>IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:</b>		
Repasse de recursos financeiros para despesas de custeio com a manutenção de cirurgia eletiva perfil municipal no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Repasse de recursos financeiros para despesas de custeio para implantação do ambulatório de pediatria primeira consulta o recém-nascido até o trigésimo dia de vida.		

### **3 – JUSTIFICATIVA**

Trata-se prestação da prestação de serviços eletivo por Cirurgias Eletivas no município e implantação do ambulatório de pediatria primeira consulta o recém-nascido até o trigésimo dia de vida..

A realização de cirurgias eletivas-perfil municipal de Aracruz promoverá o acesso aos usuários do SUS aos procedimentos cirúrgicos, não elencados no rol de procedimentos contratualizados no Convênio da Contratualização, formalizado entre a SEMSA – SESA – FHMSC, reduzindo a lista de espera para cirurgias, que poderiam ser direcionadas para realização para outros municípios da região, possibilitando aos pacientes que necessitam de realizar o procedimento cirúrgico mais rapidamente, melhorando sua qualidade de vida e reduzindo o sofrimento.

A realização das cirurgias eletivas na instituição Fundação Hospital Maternidade São Camilo é uma alternativa eficiente para atender a população nas filas dos ambulatórios especializados, permitindo maior resolutividade à rede municipal.

A Maternidade do Hospital e Maternidade São Camilo, possui a média mensal de 101 (cento em um) nascidos vivos, logo a prestação de serviço no ambulatório será para garantir a essa clientela a primeira consulta com pediatra preferencialmente até o sétimo dia de vida.

Em relação ambulatório de primeira consulta ao recém-nascido até o 30º (trigésimo) dia, o mesmo garantirá a todas as crianças a realização da primeira consulta de puericultura com médico pediatra, bem como os retornos necessários até o 30º (trigésimo) dia de vida do recém-nascido, o qual em virtude da carência de mercado do profissional médico pediatra não é possível garantir em toda rede municipal da atenção básica.

### **4 – OBJETIVOS INSTITUCIONAIS**

- Atendimento humanizado com garantia de assistência à população que aguarda por procedimentos eletivos;
- Reduzir o tempo de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos.
- Garantir a todos os recém-nascido a primeira consulta de puericultura até o 30º (trigésimo) dia de vida do recém-nascido, conforme Po Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria Nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015.

## **5 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

A Fundação Hospital Maternidade São Camilo – FHMSC é um Hospital Geral, que contempla serviços de baixa, média e alta complexidade, que atende ao município de Aracruz, e demais municípios da Região no que se refere aos atendimentos de Urgência e Emergência. É estruturado com um Pronto Atendimento, onde há o Pronto Socorro, com 10 leitos de sala Vermelha, Atende as Urgências e Emergência, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Cirurgias Vasculares, Unidade Terapia Intensiva Adulto (UTI) Adulto.

Para dar suporte a essas áreas a Instituição mantém: Hemodiálise para pacientes agudos, Agência Transfusional 24 horas, endoscopia e colonoscopia, eletrocardiograma e contratos de serviço terceirizados de Serviço de Imagem (ultrassonografia, radiografia, mamografia, ressonância e tomografia) e de Laboratório de Análises Clínicas.

Para execução deste plano de trabalho a Central de Regulação Municipal realizou o levantamento dos pacientes aguardando cirurgias eletivas nas especialidades de otorrinolaringologia, proctologia, vascular, oftalmologia no município. Além disso, identificamos a necessidade de qualificar o puericultura até o 30º trigésimo dia de vida na rede assistencial à criança no município.

### **5.1 CIRURGIAS ELETIVAS**

Cirurgia eletiva, são consideradas aquelas que pode aguardar um agendamento e podem ser postergadas, mas recomenda-se que o período não passe de até 1 ano sem causar grandes problemas ao paciente.

Em conformidade às orientações do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC (2020), as cirurgias da Atenção Hospitalar do Estado do Espírito Santo são classificadas nos seus níveis de urgência (risco), sendo as CIRURGIAS ELETIVAS classificadas para seu gerenciamento de filas em (STAHEL, 2020):

- URGÊNCIA ELETIVA – devem ser realizadas dentro de 02 (duas) semanas;
- ELETIVAS ESSENCIAIS – devem ser realizadas no prazo de 03 (três) a 12 (doze) semanas (de 01 a 03 meses);
- ELETIVAS NÃO ESSENCIAIS – podem aguardar 03 meses ou mais.

É de se ressaltar que a demora na marcação das cirurgias eletivas traz evidentes prejuízos não só para o paciente, mas para todo o Sistema, já que torna necessário realizar novos exames pré-operatórios e até a complexidade da cirurgia.

Neste contexto a secretaria de saúde junto à Fundação Hospital Maternidade São Camilo está programando a realização de um volume excedente de cirurgias eletivas, necessitando manejar aporte financeiro para aumentar o e agilidade de acesso aos pacientes aos procedimentos.

O pagamento das cirurgias será realizado após a execução dos procedimentos com nos valores pactuados na Tabela 1, tendo como base a média dos valores dos procedimentos pela tabela SIGTAP.

Para o pagamento das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) não compatíveis com a tabela SUS, com indicação médica.

Para comprovação do uso das OPMEs será necessário a apresentação da nota fiscal, três orçamentos e solicitação do material assinado pelo profissional médico e relatório de aprovação pela equipe de auditoria municipal.

**TABELA 1 – VALORES POR CIRURGIA E QUANTIDADE**

TIPO DE CIRURGIA	QUANT	VALOR MÉDIO REFERÊNCIA TABELA SUS (UNITÁRIO)	COMPLEMENTAÇÃO	VALOR MÉDIO POR CIRURGIA TOTAL	TOTAL GERAL MENSAL
OTORRINO	20	R\$ 695,77	R\$ 695,77	R\$ 1.391,54	R\$ 27.830,80
VASCULAR	10	R\$ 582,04	R\$ 582,04	R\$ 1.164,08	R\$ 11.640,80
UROLÓGICA	20	R\$ 306,47	R\$ 306,47	R\$ 612,94	R\$12.258,80

OFTALMOLOGIA	45	R\$ 771,60	R\$ 385,80	R\$ 1.157,40	R\$ 52.083,00
PROCTOLOGIA	10	R\$ 695,77	R\$ 695,77	R\$ 1.391,54	R\$13.915,40
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	-			<b>R\$ 117.728,80</b>

**TABELA 2 – VALORES DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS**

<b>ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
OPMEs	R\$ 5.000,00

## **5.2 AMBULATÓRIO DE PRIMEIRA CONSULTA EM PEDIATRIA AO RECÉM-NASCIDO**

A primeira consulta do recém-nascido, até o sétimo primeiro dia de vida, oportuniza a oferta de um conjunto de ações de saúde essenciais na Atenção Básica, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade. Tanto a primeira consulta quanto a visita domiciliar devem ocorrer na primeira semana de vida do RN ou na primeira semana após a alta. Essas ações visam garantir a vinculação da família de forma precoce, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê e de riscos e vulnerabilidades familiares, traduzindo-se no “5º Dia de Saúde Integral”, estratégia prevista na PNAISC (BRASIL,2018a).

A primeira consulta com o pediatra é de extrema importância para estabelecer o vínculo com a mãe e os familiares. Algumas orientações são importantes, em particular, dirigidas ao aleitamento materno: Marcar nos primeiros sete dias e abrir um canal de comunicação para as dificuldades apresentadas pela mãe em relação à amamentação antes da consulta;

Objetivos da primeira consulta com pediatra:

- Incentivar a presença da família, para a compreensão da dinâmica familiar;
- Realizar exame físico completo, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Observar, avaliar e orientar a mãe a cerca a mamada, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria;

Fluxo de atendimento:

1 – Os Recém-nascidos, na Maternidade do Hospital São Camilo, no momento da alta, receberão o cartão do agendamento da primeira consulta com pediatra, dentre os primeiros sete dias de vida, preferencialmente;

2 – Os profissionais pediatras da Maternidade do Hospital São Camilo que realizarem as consultas pós alta, tem a obrigatoriedade de registrar os atendimentos no sistema de prontuário eletrônico a serem disponibilizado pela Secretaria de Saúde;

3 – A alta da criança do ambulatório de pediatria à rede municipal da atenção básica, deverá ser realizado por meio da disponibilização do guia de referência e contra-referência para seguimento das puericultura com as equipes da atenção básica municipal;

## 6 – PLANO DE APLICAÇÃO DE EXECUÇÃO

Meta	ESPECIFICAÇÃO	Duração	
		Início	Término
1.	Realizar os procedimentos cirúrgicos eletivos provenientes da Central de Regulação Municipal, com agendamento de até 15 dias após o envio da relação de pacientes. Bem como o acompanhamento do paciente em seguimento, internação dos casos necessários.	Julho /2024	Junho /2025
2.	Realizar internação dos pacientes que realizarem os procedimentos cirúrgico, sendo atendidos conforme a portaria da PNHOSP.	Julho /2024	Junho /2024
3	Realizar ambulatório de pediatria compreende a avaliação de puericultura após alta, até 7 dias, com prazo máximo de execução de até 30 (trinta) dias após a data de nascimento, bem como os retornos classificados como ambulatorial necessários durante os 30 (trinta) dias de vida da criança;	Julho /2024	Junho /2025

## 7 – PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

A Secretaria de Saúde Municipal de Saúde realizará a programação orçamentária para a realização dos procedimentos executados, conforme a distribuição abaixo, havendo necessidade, desde que justificado, os valores poderão ser redistribuídos entre os grupos descritos, conforme tabela abaixo.

Os valores serão repassados à Instituição, posteriormente a execução da prestação de serviço, conforme apresentação dos relatórios de execução dos procedimentos e relatórios de atendimentos.

<b>PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA FHMSC</b>	<b>TETO MÁXIMO MENSAL</b>	<b>ANUAL</b>
Materiais Especiais (órtese e prótese)	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
Cirurgias Eletivas	R\$ 117.728,80	R\$ 1.412.745,60
Ambulatório de pediatria	R\$ 11.200,00	R\$ 134.400,00
	<b>VALOR TOTAL DO PROJETO</b>	<b>R\$ 1.607.145,60</b>

## 8 – PRESTAÇÃO DE CONTAS E CRONOGRAMA DE PAGAMENTO

A FHMSC compromete-se a encaminhar os relatórios de produção dos procedimentos executado, objeto do presente aditivo.

O pagamento dos procedimentos, objeto deste contrato, serão executados conforme cronograma previsto no quadro abaixo.

A instituição prestará conta do serviço ofertado através de relatórios técnicos, conforme descritos para cada item.

Reforçamos que o objeto deste aditivo contratual, trata-se apenas de procedimentos eletivos provenientes da Central de Regulação Municipal, não podendo ser incluído em relatórios pacientes oriundos da rede de urgência e emergência, bem como pacientes internos na instituição a critério clínico, pois estes estão contemplados na contratualização regular com a instituição. Em relação ao ambulatório de pediatra só serão pagos os atendimentos para as crianças munícipes de Aracruz.

Os **procedimentos cirúrgicos deverão** compor o relatório de prestação de contas de forma discriminada deverá vir acompanhado com nome, procedimento realizado e telefone de contato do paciente, o prontuário deverá conter cópia da AIH, e o relatório do procedimento cirúrgico, preenchido pelo médico responsável pelo procedimento/ e ou folha de sala cirúrgica, poderá sofrer auditoria em loco a qualquer momento, com aviso prévio.

## 9 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO PREVISTO

<b>Julho /2024</b>	<b>Agosto /2024</b>	<b>Setembro /2024</b>	<b>Outubro /2024</b>	<b>Novembro /2024</b>	<b>Dezembro/ 2024</b>
-	R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80
<b>Janeiro /2025</b>	<b>Fevereiro/ 2025</b>	<b>Março/2025</b>	<b>Abril/2025</b>	<b>Maiio /2025</b>	<b>Junho/2025</b>
R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80	R\$133.928,80
<b>Julho/ 2025</b>	<b>VALOR TOTAL DO PROJETO: R\$ 1.607.145,60</b>				
R\$133.928,80					

## 10 – FORMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO

As atividades desenvolvidas e ofertadas, objeto deste convênio, serão reguladas, de acordo com os mecanismos de controle e regulação existentes na Regulação Municipal, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário. Sendo a execução do objeto sensível a apuração pela comissão de Controle Interno, bem como os setores de Regulação e Auditoria.

A FHMSC compromete-se, ainda, por meio do seu corpo técnico, a elaborar, as diretrizes clínicas e orientadoras dos protocolos específicos a cada situação clínica demanda/ofertada, em conformidade com a proposta prioritária da atuação do hospital na rede assistencial na região onde atua, reforçando seu compromisso com a consolidação e hierarquização de ações de saúde.

A SEMSA compromete-se, ainda, por meio do seu quadro funcional, encaminhar a Instituição relatório referente aos pagamentos realizados mensalmente em tempo hábil para realizar os processos do setor de contabilidade.

## 11 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da instituição, declaro para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou entidades da Administração Municipal, Estadual ou Federal, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignados no Orçamento do Município, na forma deste Plano de Trabalho.

Aracruz, 28 de Junho de 2024.



---

**RUBENS FÉLIX**  
Superintendente Executivo  
FHMSC

## 12 – APROVAÇÃO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Aracruz, 28 de junho de 2024.

Assinado digitalmente por ROSIANE SCARPATT TOFFOLI:08592612713  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial, OU=03077236000114, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(em branco), CN=ROSIANE SCARPATT TOFFOLI:08592612713  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de assinatura aqui  
Data: 2024.06.28 15:39:51 -03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 11.0.0

**ROSIANE SCARPATT TOFFOLI:**  
**08592612713**  
**ROSIANE SCARPATTI TÓFFOLI**  
**Secretária de Saúde**  
**Decreto 39.858 de 02/06/2021**