



PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 038/2023

DA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PARA: COORDENADORIA DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO - SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS

Considerando a necessidade de Abertura de Processo Administrativo de Credenciamento por inexigibilidade de licitação para o **Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)**, solicitamos a Vossa Senhoria, através do Departamento de Contabilidade, informação através de Certidão se existe rubrica orçamentária e por qual (is) dotação (ões) orçamentária(s) que ocorrerá(ao) a(s) possíveis despesa(s) correspondente (s) à referida solicitação.


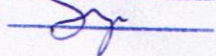
Santo Antônio do Leste - MT, 14 de abril de 2023.

MARCOS DA SILVA ALVES

Secretário Municipal de Saúde
Portaria nº. 001/2021 de 01/01/2021



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE
CNPJ: 04.217.362/0001-90

P.M.S.A.L.
FLS Nº 
RUB 

PORTARIA Nº. 001/2021.
DE: 01 DE JANEIRO DE 2021.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEIA o Srº. **MARCOS DA SILVA ALVES**, para responder pelo cargo de SECRETÁRIO DE SAÚDE desta Prefeitura, conforme o Lei Municipal nº 808/2020 de 13 de outubro 2020.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração e Planejamento que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 4º - Revogam – se as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMPRASE.

GABINETE DO PREFEITO
EM: 01 DE JANEIRO DE 2021

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES
PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

03
[assinatura]

Registrada na secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

**PREFEITURA/RECURSOS HUMANOS
PORTARIA N° 003/2021.**

DE: 01 DE JANEIRO DE 2021.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEIA o Sr. **EDER LUIZ DE CASTRO**, para responder pelo cargo de SECRETÁRIO DE AGRICULTURA TURISMO E MEIO AMBIENTE desta Prefeitura, conforme Lei Municipal nº 808/2020 de 13 de outubro 2020.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração e Planejamento que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 4º - Revogam – se as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO

EM: 01 DE JANEIRO DE 2021

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

**PREFEITURA/RECURSOS HUMANOS
PORTARIA N° 002/2021.**

DE: 01 DE JANEIRO DE 2021.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEIA a Sr. **CLAUDILENE OLIVEIRA SANTOS**, para responder pelo cargo de SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA desta Prefeitura, conforme Lei Municipal nº 808/2020 de 13 de outubro 2020.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração e Planejamento que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 4º - Revogam – se as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO

EM: 01 DE JANEIRO DE 2021

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

**PREFEITURA/RECURSOS HUMANOS
PORTARIA N° 001/2021.**

DE: 01 DE JANEIRO DE 2021.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEIA o Sr. **MARCOS DA SILVA ALVES**, para responder pelo cargo de SECRETÁRIO DE SAÚDE desta Prefeitura, conforme o Lei Municipal nº 808/2020 de 13 de outubro 2020.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração e Planejamento que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 4º - Revogam – se as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO

EM: 01 DE JANEIRO DE 2021

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

**PREFEITURA/RECURSOS HUMANOS
PORTARIA N° 005/2021.**

DE: 01 DE JANEIRO DE 2021.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEIA o Sr. **EDEMAR MENEGASSI**, para responder pelo cargo de SECRETÁRIO DE VIAÇÃO, OBRAS E SERVIÇOS PÚBLICOS desta Prefeitura, conforme Lei Municipal nº 808/2020 de 13 de outubro 2020.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração e Planejamento que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 4º - Revogam – se as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO

EM: 01 DE JANEIRO DE 2021

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

**PREFEITURA/RECURSOS HUMANOS
PORTARIA N° 006/2021.**

DE: 01 DE JANEIRO DE 2021.

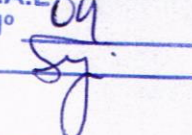
JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEIA a Sr. **ROSANI MENEGASSI ALVES**, para responder pelo cargo de SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA E AÇÃO SOCIAL desta Prefeitura, conforme Lei Municipal nº 808/2020 de 13 de outubro 2020.



GOVERNO MUNICIPAL
SANTO ANTÔNIO DO LESTE
Continuidade do progresso, de mãos dadas com o povo!
Gestão 2021/2024

P.M.S.A.L
FLS Nº 04
RUB 

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 038/2023

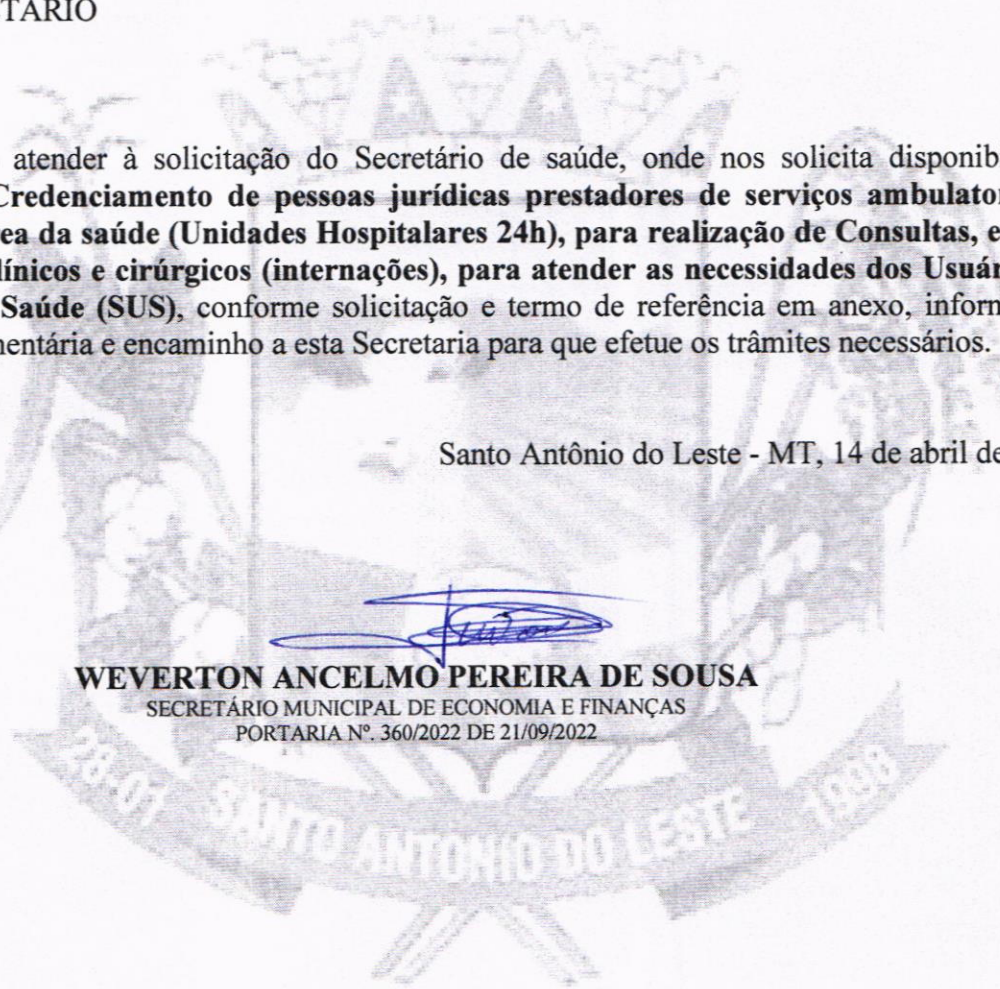
DA: **SECRETARIA DE FINANÇAS**
A: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

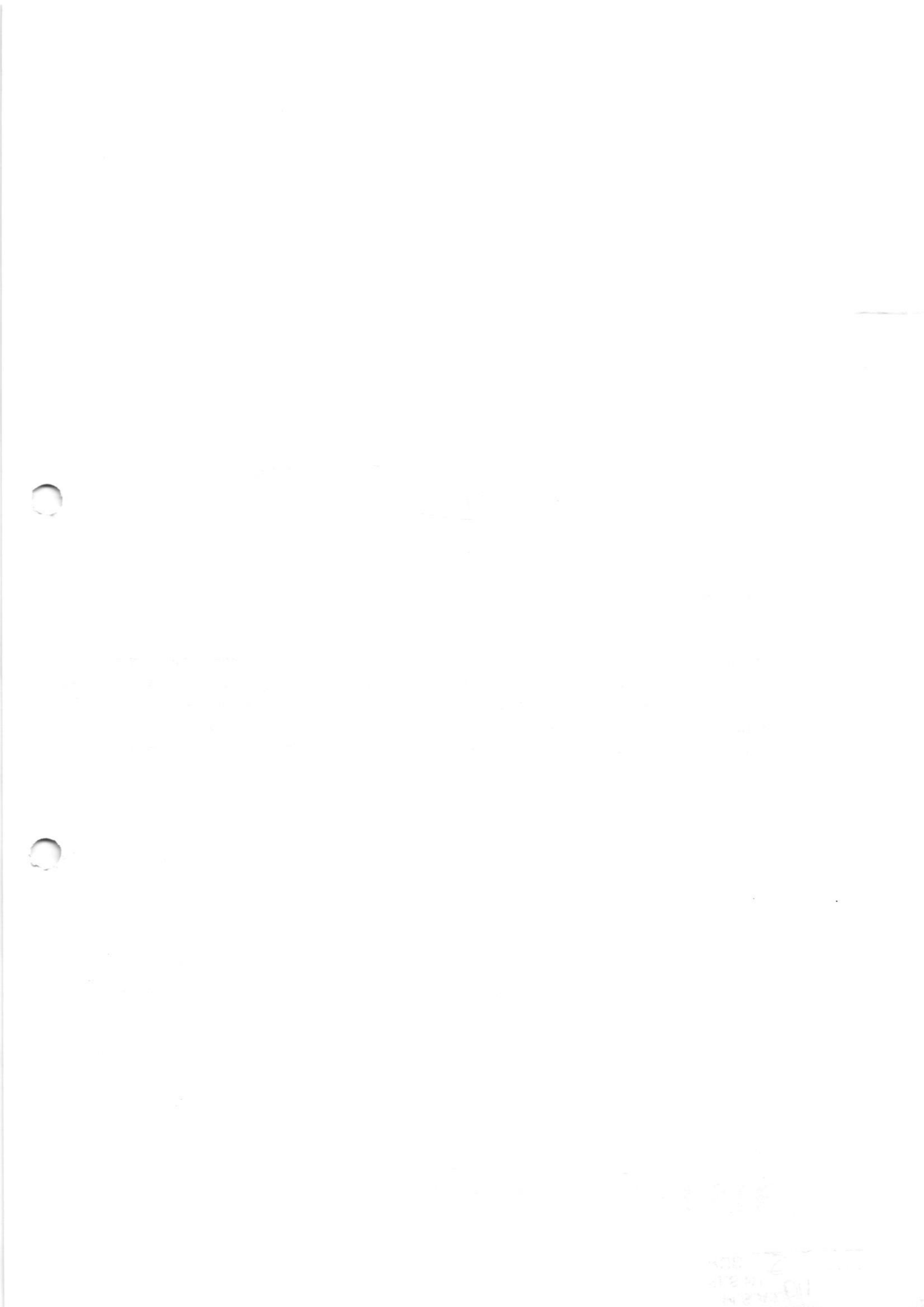
PREZADO SECRETÁRIO

Objetivando atender à solicitação do Secretário de saúde, onde nos solicita disponibilidade financeira para o **Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)**, conforme solicitação e termo de referência em anexo, informo que existe rubrica orçamentária e encaminho a esta Secretaria para que efetue os trâmites necessários.

Santo Antônio do Leste - MT, 14 de abril de 2023.


WEVERTON ANCELMO PEREIRA DE SOUSA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS
PORTARIA Nº. 360/2022 DE 21/09/2022







P.M.S.A.L.
FLS Nº 25
RUB. 87

GOVERNO MUNICIPAL
SANTO ANTÔNIO DO LESTE

Continuidade do progresso, de mãos dadas com o povo!
Gestão 2021/2024

PORTARIA Nº. 360/2022.
DE: 21 DE SETEMBRO DE 2022.

NOMEIA, O SERVIDOR PÚBLICO EFETIVO PARA RESPONDER PELO CARGO DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEAR o servidor público efetivo Sr^o **WEVERTON ANCELMO PEREIRA DE SOUSA**, para responder pelo Cargo de **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS** desta Prefeitura Municipal.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO
EM: 21 SETEMBRO DE 2022.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES
PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na Secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

LUIS CARLOS REZENDE
SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO

FLS Nº
RUB

§1º. O acolhimento familiar da criança e do adolescente poderá contemplar a concessão de subsídio financeiro destinado à família acolhedora, conforme avaliação técnica, sem caráter remuneratório, com seu uso centrado em suprir os gastos decorrentes da manutenção da criança ou adolescente acolhidos.

§2º. O CMDCA reservará percentual do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente para o programa de acolhimento familiar, na forma do art. 260, §2º, da Lei 8.069/90.

Art. 10. O Serviço de acolhimento na modalidade, Família Acolhedora para ser inscrito no CMDCA, deverá apresentar metodologia do programa que contemple:

I - forma de cadastramento de candidatos a ser família acolhedora; II - critérios de seleção dos candidatos; III - capacitação dos candidatos; IV - acompanhamento.

Art. 11. O programa deve seguir os parâmetros de funcionamento do serviço de família acolhedora dispostos na Resolução Conjunta 01/09 do CNAS/Conanda - Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 12. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Santo Antônio de Leverger - MT, 15 de Setembro de 2022.

Leomar Augusto da Silva Miranda

Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CMDCA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO LESTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE PORTARIA Nº. 360/2022

PORTARIA Nº. 360/2022.

DE: 21 DE SETEMBRO DE 2022.

NOMEIA, O SERVIDOR PÚBLICO EFETIVO PARA RESPONDER PELO CARGO DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA

ALVES, Prefeito Municipal de Santo Antonio do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE;

Artigo 1º - NOMEAR o servidor público efetivo Srº WEVERTON ANCELMO PEREIRA DE SOUSA, para responder pelo Cargo de SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS desta Prefeitura Municipal.

Artigo 2º - Determinar a Secretaria Municipal de Administração que tome as providências necessárias para a execução desta portaria.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

REGISTRA-SE

PUBLICA-SE

CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO

EM: 21 SETEMBRO DE 2022.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES

PREFEITO MUNICIPAL

Registrada na Secretaria de Administração e Planejamento e Publicada por afixação em local de costume, conforme na legislação em vigor.

LUIS CARLOS REZENDE

SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 015/2022

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

Nº 015/2022

A Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Leste - MT, por intermédio de seu representante legal, Sr. JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES- Prefeito Municipal, **CONVOCA** o (a) candidato (a) relacionado (a) no anexo I deste Edital, aprovado (a) no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2021, realizado em 19/04/2021, tendo o resultado sido homologado em 31/05/2021, para comparecerem nesta **COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS** desta Prefeitura, no prazo de até **04 (quatro) dias úteis** nos horários de expediente (07:00h 11:00h e 13:00h às 17:00h), munidos de todos os documentos constantes no mesmo item do Edital e relacionado no Anexo II deste edital, para tomarem posse em seus respectivos cargos.

Será considerado desistente e, portanto, eliminado do processo seletivo simplificado, o (s) candidato (s) convocado (s) que não comparecer (em) até a data estabelecida e munidos dos documentos exigidos, podendo a Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Leste - MT convocar o (s) o (s) próximo (s) candidato (s) aprovados, obedecida rigorosamente a ordem de classificação.

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Coordenadoria de Recursos Humanos desta Prefeitura em horário de expediente.

Gabinete do Prefeito Municipal de Santo Antônio do Leste, aos 20 dias do mês de setembro de 2022.

JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES *Prefeito Municipal*

ANEXO I

| | |
|----|----------------------|
| Nº | PROCURADOR JURÍDICO |
| 01 | TIAGO ALVES DA SILVA |

ANEXO II

DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 015/2022.

1. - Para tomar posse, o candidato deverá apresentar documentação (original ou fotocópia autenticada) que comprove:
 - a) Comprovante de Escolaridade/Pré-Requisitos exigidos para o cargo, apresentado em via original e fotocópia ou cópia autenticada em cartório;
 - b) Comprovante de Residência;
 - c) Fotocópia legível da Certidão de Nascimento ou Casamento,
 - d) Fotocópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 18 anos e Carteira de vacina dos filhos até 05 anos de idade (se houver);
 - e) CPF dos filhos caso houver;
 - f) Fotocópia do Título de eleitor e Certidão que comprove não ter sofrido punição política - certidão original emitida pela justiça eleitoral;
 - g) Fotocópia do Certificado de Reservista, para os candidatos do sexo masculino;
 - h) Fotocópia do RG e CPF do candidato e do cônjuge (se casado);
 - i) Fotocópia da Carteira de Trabalho e comprovante de inscrição no PIS/PASEP;
 - j) Fotocópia legível da CNH se for o caso;
 - k) Comprovante de exame de saúde física e mental (exame médico) necessário ao desempenho das funções inerentes ao cargo pretendido;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês
04.217.362/0001-90

Exercício: 2023

Emissão: 14/04/2023

Ao

Exmo(a). Sr(a). Prefeito Municipal

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos através da presente, comunicação a V.Exa., para efeito de responsabilidade quanto a limites para processos de licitação pública. O saldo existente, apurado nesta data pela divisão de contabilidade, da verba orçamentária abaixo destacada:

Código da Ficha : 305

Órgão : 02 PODER EXECUTIVO

Unidade : 05 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Dotação : 10.302.5018.2168.00003.3.90.39.00

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Saldo Orçamentário :

R\$ 816.583,09

OTOCENTOS E DEZESSEIS MIL, QUINHENTOS E OITENTA E TRÊS REAIS E NOVE CENTAVOS

Atenciosamente,

Isaia Borges da Silva
Chefe da Divisão de Contabilidade
CRC-MT 007622/005
CPF: 378.266.461-20

F.M.S.A.L.
FLS Nº
RUB



GOVERNO MUNICIPAL
SANTO ANTÔNIO DO LESTE
Continuidade do progresso, de mãos dadas com o povo!
Gestão 2021/2024

P.M.S.A.L
FLS Nº
RUB

08
[Handwritten signature]

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 038/2023

DA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AO: **EXMO. SR. JOSE ARIMATEIA VIEIRA ALVES – PREFEITO MUNICIPAL**

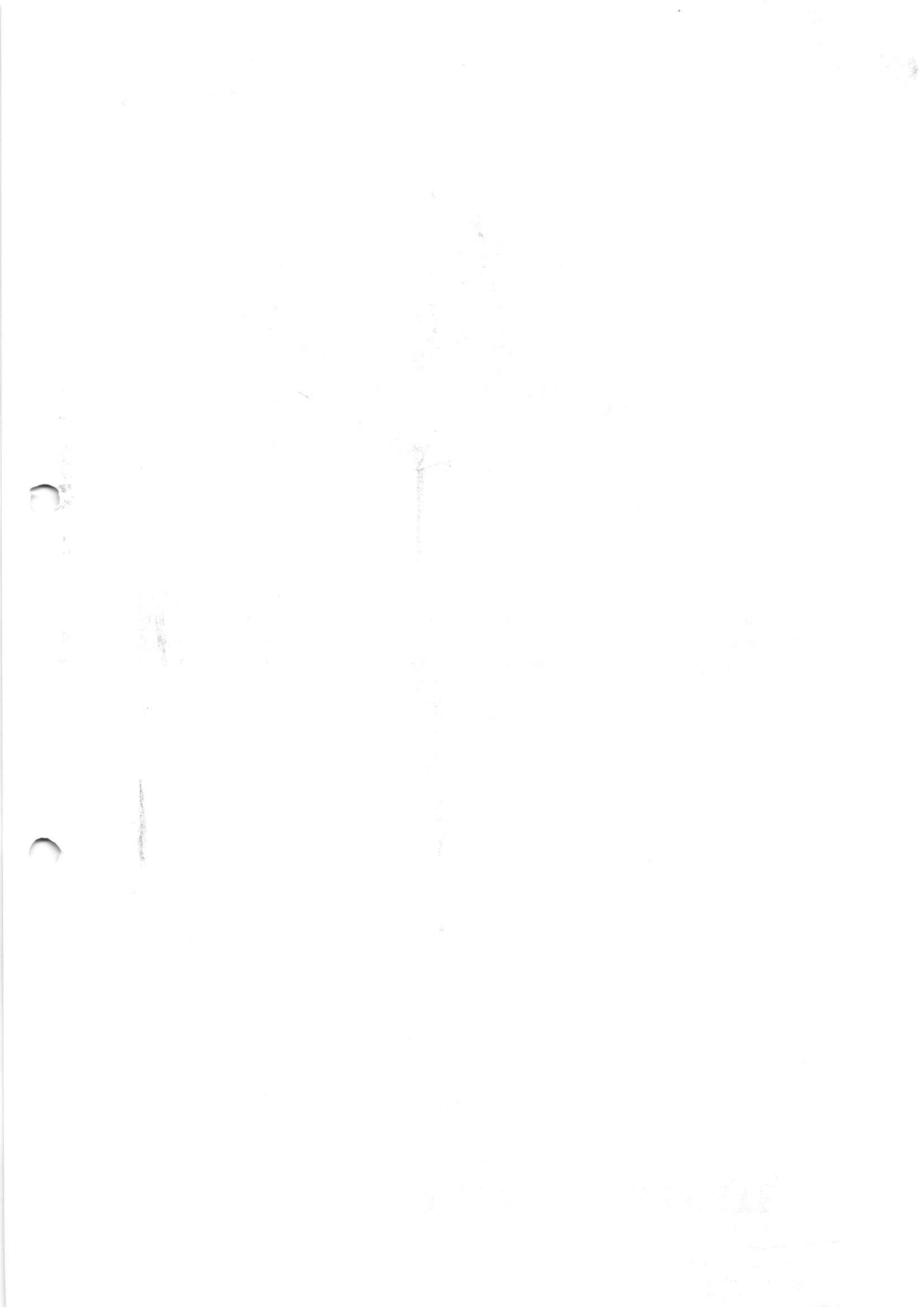
EXCELENTÍSSIMO SR. PREFEITO

Solicito autorização de Vossa Excelência, para que o Departamento Responsável promova o procedimento administrativo de Credenciamento por inexigibilidade de licitação para o **Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme termo de referência em anexo.**

Santo Antônio, do Leste - MT, 14 de abril de 2023.

MARCOS DA SILVA ALVES

Secretário Municipal de Saúde
Portaria nº. 001/2021 de 01/01/2021



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição **01310/23** Responsável **MARCOS DA SILVA ALVES** Data **14/04/2023**

Descrição
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Poder **PODER EXECUTIVO**
Órgão **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**
Setor Solicitante **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
Placa

Observação

Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos(internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo:

| Item | Cód. Produto | Cód.TCE | Descrição do Produto | Unidade | Qtde | Qtde Rec. | C. Custo |
|------|--------------|-----------|---|------------|------|-----------|----------|
| | | | Descrição Detalhada do Produto | Observação | | | |
| 1 | 001.026.748 | 280426-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 2 | 001.026.749 | 280423-9 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 3 | 001.026.750 | 280425-5 | ULTRASSONOGRAFIA MAMAS | SER | 200 | 0 | 11 |
| 4 | 001.026.751 | 280418-2 | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR | SER | 200 | 0 | 11 |
| 5 | 001.026.752 | 280436-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS | SER | 200 | 0 | 11 |
| 6 | 001.026.753 | 304488-2 | ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 7 | 001.026.754 | 304496-3 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 8 | 001.026.755 | 304495-5 | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 9 | 001.026.756 | 280639-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 10 | 001.026.757 | 280419-0 | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 11 | 001.026.758 | MT0000422 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER | SER | 200 | 0 | 11 |
| 12 | 001.026.759 | MT0000231 | MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 13 | 001.036.361 | MT0000233 | HOLTER | SER | 200 | 0 | 11 |
| 14 | 001.026.761 | 215851-5 | MAMOGRAFIA/MASTOGRAFIA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 15 | 001.026.762 | 309483-9 | CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 16 | 001.026.763 | 305748-8 | BIOPSIA (QUALQUER TECNICA) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 17 | 001.026.766 | 386350-6 | RAIO X DE TORAX PA/P | SER | 200 | 0 | 11 |

P.M.S.A.L.
FLS Nº
RUB



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

| | | | | | | | |
|----|-------------|-----------|---------------------------|-----|-----|---|----|
| 18 | 001.026.767 | 304232-4 | RAIO X DE ARCOS COSTAIS | SER | 200 | 0 | 11 |
| 19 | 001.036.362 | 304262-6 | RAIO X DE TORAX | SER | 200 | 0 | 11 |
| 20 | 001.026.768 | 390018-5 | RAIO X DE CRANIO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 21 | 001.036.363 | 304198-0 | RAIO X SEIOS DA FACE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 22 | 001.026.771 | 304205-7 | RAIO X CAVUM | SER | 200 | 0 | 11 |
| 23 | 001.026.772 | MT0000249 | RAIO X COLUNA CERVICAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 24 | 001.026.773 | 304229-4 | RAIO X COLUNA DORSAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 25 | 001.036.364 | 00057418 | RAIO X COLUNA LOMBO SACRA | SER | 200 | 0 | 11 |

Presidente


Secretário

Almoxarifado

P.M.S.A.L.
CLS Nº
RUB


Faint, illegible text at the top of the page, possibly bleed-through from the reverse side.

Handwritten text in the center of the page, appearing to be a signature or initials.

110
150
100

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data
01311/23 MARCOS DA SILVA ALVES 14/04/2023

Descrição
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Poder PODER EXECUTIVO
Órgão SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Setor Solicitante FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Centro de Custo 11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Placa

Observação

O presente Termo de Referência tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos(internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo

| Item | Cód. Produto | Cód.TCE | Descrição do Produto | Unidade | Qtde | Qtde Rec. | C. Custo |
|------|--------------|----------|--------------------------------------|------------|------|-----------|----------|
| | | | Descrição Detalhada do Produto | Observação | | | |
| 1 | 001.026.775 | 386221-6 | RAIO X DE COCCIX | SER | 200 | 0 | 11 |
| 2 | 001.026.776 | 386395-6 | RAIO X DE OMBRO (UNITÁRIO) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 3 | 001.026.777 | 304233-2 | RAIO X DE CLAVICULA (UNITÁRIO) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 4 | 001.026.778 | 304236-7 | RAIO X DE UMIERO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 5 | 001.036.365 | 304238-3 | RAIO X DE COTOVELO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 6 | 001.036.366 | 304239-1 | RAIO X DE ANTEBRAÇO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 7 | 001.026.781 | 386234-8 | RAIO X DE PUNHO (UNITÁRIO) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 8 | 001.036.367 | 00035603 | RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 9 | 001.026.783 | 304243-0 | RAIO X DE BACIA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 10 | 001.026.784 | 386239-9 | RAIO X DE ART. COXOFEMURAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 11 | 001.036.368 | 00016629 | RAIO X DE FEMUR (UNITARIO) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 12 | 001.036.369 | 304248-0 | RAIO X JOELHO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 13 | 001.036.370 | 00035615 | RAIO X PERNA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 14 | 001.036.371 | 00035612 | RAIO X PÉ | SER | 200 | 0 | 11 |
| 15 | 001.026.789 | 304253-7 | RAIO X CALCANEO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 16 | 001.026.791 | 304252-9 | RAIO X DO TORNOZELO (UNITÁRIO) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 17 | 001.036.372 | 0001383 | EMISÃO DE LAUDO DOS EXAMES DE RAIO X | SER | 200 | 0 | 11 |

P.M.S.A.L.
FLS N°
RUB



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

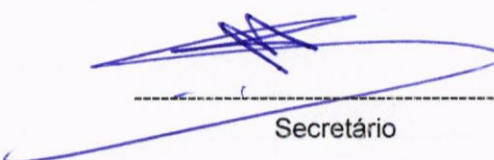
Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

| | | | | | | | |
|----|-------------|----------|--|-----|-----|---|----|
| 18 | 001.036.373 | 385073-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 19 | 001.036.374 | 00038992 | RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 20 | 001.035.898 | 304543-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 21 | 001.035.899 | 385076-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 22 | 001.034.671 | 390019-3 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 23 | 001.036.375 | 00038995 | RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 24 | 001.036.376 | 00038995 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 25 | 001.036.377 | 00038987 | RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TÚRCICA COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |

Presidente



Secretário

Almoxarifado

P.M.S.A.L.
FLS Nº
RUB

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data
01312/23 **MARCOS DA SILVA ALVES** **14/04/2023**

Descrição
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Poder **PODER EXECUTIVO**
 Órgão **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**
 Setor Solicitante **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
 Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
 Placa

Observação

O presente Termo de Referência tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos(internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo

| Item | Cód. Produto | Cód.TCE | Descrição do Produto | Unidade | Qtde | Qtde Rec. | C. Custo |
|------|--------------------------------|----------|---|---------|------|------------|----------|
| | Descrição Detalhada do Produto | | | | | Observação | |
| 1 | 001.036.378 | 385079-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 2 | 001.036.379 | 385080-3 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX | SER | 200 | 0 | 11 |
| 3 | 001.036.380 | 00038990 | RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 4 | 001.036.381 | 385083-8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR | SER | 200 | 0 | 11 |
| 5 | 001.036.382 | 00038996 | RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 6 | 001.036.383 | 304548-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR | SER | 200 | 0 | 11 |
| 7 | 001.036.384 | 00039002 | RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 8 | 001.036.385 | 00035557 | RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 9 | 001.034.678 | 385085-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR | UNID | 200 | 0 | 11 |
| 10 | 001.036.386 | 00038991 | RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 11 | 001.036.387 | 00038989 | RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 12 | 001.036.388 | 385086-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR(UNILATERAL) | SER | 200 | 0 | 11 |
| 13 | 001.036.389 | 385087-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES | SER | 200 | 0 | 11 |
| 14 | 001.036.390 | 385065-0 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL | SER | 50 | 0 | 11 |
| 15 | 001.036.391 | 00037356 | TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 16 | 001.036.392 | 00037355 | TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 17 | 001.036.393 | 00035635 | TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | SER | 200 | 0 | 11 |

P.M.S.A.L.
 FLS Nº
 RUB



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE


Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

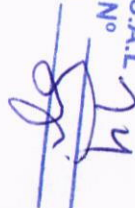
| | | | | | | | |
|----|-------------|----------|---|-----|-----|---|----|
| 18 | 001.036.394 | 00037358 | TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 19 | 001.036.396 | 280452-2 | TOMOGRAFIA DE CRANIO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 20 | 001.036.397 | 00016626 | TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 21 | 001.036.398 | 280451-4 | TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 22 | 001.036.399 | 00037357 | TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |
| 23 | 001.036.400 | 00027419 | TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL | SER | 200 | 0 | 11 |
| 24 | 001.036.401 | 280462-0 | TOMOGRAFIA DE TORAX | SER | 200 | 0 | 11 |
| 25 | 001.036.402 | 00033500 | TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE | SER | 200 | 0 | 11 |

Presidente



Secretário

Almoxarifado

P.M.S.A.L.
FLS Nº
RUB


**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data
01314/23 **MARCOS DA SILVA ALVES** **14/04/2023**

Descrição
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Poder **PODER EXECUTIVO**
 Órgão **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**
 Setor Solicitante **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
 Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
 Placa

Observação

O presente Termo de Referência tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos(internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo:

| Item | Cód. Produto | Cód.TCE | Descrição do Produto | Unidade | Qtde | Qtde Rec. | C. Custo |
|------|--------------|----------|--|---------|------|-----------|----------|
| | | | Descrição Detalhada do Produto | | | | |
| 1 | 001.036.414 | 00069154 | PARTO CESARIANO | SER | 150 | 0 | 11 |
| 2 | 001.029.191 | 0005551 | PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA | SER | 50 | 0 | 11 |
| 3 | 001.036.415 | 309600-9 | SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO | SER | 200 | 0 | 11 |
| 4 | 001.036.416 | 00069186 | TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO | SER | 50 | 0 | 11 |
| 5 | 001.036.417 | 00057472 | CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/PUERPERAL | SER | 50 | 0 | 11 |
| 6 | 001.036.418 | 00069153 | PARTO NORMAL | SER | 150 | 0 | 11 |
| 7 | 001.036.419 | 00064735 | SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -TIPO CIRURGIA ORTOPEDICA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 8 | 001.036.420 | 00010397 | SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR EM PEDIATRIA | SER | 150 | 0 | 11 |
| 9 | 001.036.421 | 00064753 | SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - DO TIPOCIRURGIA GINECOLOGICA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 10 | 001.036.422 | 00069176 | SERVIÇO PROCEDIMENTO MÉDICO OUTRAS CIRURGIAS/REPARADORAS | SER | 100 | 0 | 11 |

Presidente

Secretário

Almoxarifado

P.M.S.A.L.
FLS Nº
RUB

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data
01315/23 **MARCOS DA SILVA ALVES** **14/04/2023**

Descrição
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

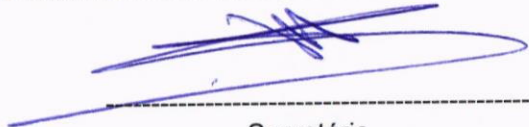
Poder **PODER EXECUTIVO**
Órgão **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**
Setor Solicitante **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**
Placa

Observação

: O presente Termo de Referência tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos(internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo:

| Item | Cód. Produto | Cód.TCE | Descrição do Produto | Unidade | Qtde | Qtde Rec. | C. Custo |
|------|--------------|----------|----------------------------------|------------|------|-----------|----------|
| | | | Descrição Detalhada do Produto | Observação | | | |
| 1 | 001.036.423 | 0004454 | CONSULTA MÉDICA PEDIATRA | SER | 1056 | 0 | 11 |
| 2 | 001.036.424 | 00071782 | CONSULTA MÉDICA GINECOLOGICA | SER | 1000 | 0 | 11 |
| 3 | 001.036.425 | 0004676 | CONSULTA MÉDICA UROLOGIA | SER | 400 | 0 | 11 |
| 4 | 001.036.426 | 0004216 | CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA | SER | 1500 | 0 | 11 |
| 5 | 001.036.427 | 00066118 | CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA | SER | 400 | 0 | 11 |
| 6 | 001.036.428 | 00024579 | CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA | SER | 1500 | 0 | 11 |
| 7 | 001.036.429 | 0004219 | CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA | SER | 200 | 0 | 11 |
| 8 | 001.036.430 | 0004218 | CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA | SER | 200 | 0 | 11 |

Presidente



Secretário

Almoxarifado

P.M.S.A.L.
FLS N°
RUB




TERMO DE REFERÊNCIA

1- Objetivo: O presente Termo de Referência tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos(internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo:

2. Justificativa

O caminho legal a ser percorrido pela Administração a fim de solucionar a ausência ou deficiência de serviços de saúde hospitalares de média complexidade, além de uma possível licitação, é o Sistema de Credenciamento, o qual possui amparo legal no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93.

Assim, considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Leste tem empregado com afincos todos os esforços para promover melhorias na assistência médica para o município, tendo mantido os Serviços na Pronto Atendimento, que atende toda demanda proveniente da atenção primária e secundária e por se tratar de um serviço essencial ao atendimento de urgência da população;

Considerando que a referência Hospitalar mais próxima do município fica a 150 km e que o traslado de ida e volta para os atendimentos hospitalares;

Considerando que a SMS tem como objetivo suprir de forma adequada à missão proposta pelo SUS, no que se refere ao atendimento nos serviços complementares, principalmente de diagnósticos em radiologia inerentes e essenciais, facilitando o acesso além de propiciar um fluxo adequado de agilidade e resolutividade no atendimento, com vistas na melhoria do conforto no atendimento, assim como, buscar a promoção da dignidade e respeito ao usuário do SUS;

Considerando que a nossa Carta Magna preceitua que a saúde é direito de todos e dever do estado (art. 196, da CF/88), e que, nesse diapasão, a Lei 8.080/90 (LOS- Lei Orgânica da Saúde) delinea os princípios do Sistema Único de Saúde, reconhecendo em seu artigo 2º que o direito a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;

Considerando que entre os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a lei supramencionada, está a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade, o direito à informação, a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário e a resolubilidade;

Considerando que a falta desses serviços hospitalares de retaguarda para atendimento das demandas da população do município de Santo Antônio do Leste fica prejudicado e perderá toda sua essência no atendimento integral ao paciente e ainda poderá trazer um grande prejuízo a população do município;

Diante de todo o exposto, justifica-se esse termo de solicitação de credenciamento de serviços hospitalares de abrangência às referências mais próximas que possuem Unidades Hospitalares.



3- DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

O Hospital deverá estar organizado para atuar, com eficiência e eficácia, nas seguintes áreas:

- a) Assistência integral à saúde;
- b) Humanização do atendimento;
- c) Gestão.

4- Assistência à Saúde

A assistência à saúde a ser prestada pelo Hospital deverá se desenvolver de modo a garantir a realização de todos os procedimentos pactuados que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema, ou seja, garantir-lhes atendimento integral e conclusivo.

5- Atendimento Ambulatorial

A assistência ambulatorial se desenvolverá no Hospital a partir do agendamento de exames através do Sistema Nacional de Regulação do SUS.

Os pacientes que devam ter continuidade de tratamento deverão ser referenciados para a rede SUS e/ou regulados para o Hospital quando da necessidade de internação.

Os atendimentos ambulatoriais de natureza emergencial serão regulados pela Unidade de Pronto Atendimento - e deverão ser realizados pelo Hospital sobre os pacientes em atendimento em sua Unidade de Emergência.

6- Atendimento hospitalar eletivo

Os atendimentos hospitalares de média complexidade, de natureza eletiva, serão disponibilizados aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais eletivos e encaminhados através da Central de Regulação Municipal.

A viabilização desses atendimentos se fará pelo próprio Hospital, em conformidade com sua disponibilidade de vagas e critérios técnicos de priorização.

A identificação da origem da indicação da internação eletiva deverá ser efetivada por ocasião da emissão do laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar, sendo que todos deverão ser emitidos constando os dados do paciente, indicação clínica para internação, CID, código do procedimento SUS, assinatura e carimbo do médico solicitante, e exames que comprovem a patologia.

As internações eletivas somente deverão ser efetivadas pelo Hospital após a autorização da Central de Regulação Municipal e deverão constar cópias do comprovante de residência, documentos pessoais e Cartão Nacional de Saúde.



7- Atendimento hospitalar de urgência e emergência

As internações de natureza emergencial deverão ter como origem de demanda a Unidade de Pronto Atendimento - ou unidades com essa característica.

Junto ao laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar encaminhado ao Hospital, a Unidade de Pronto Atendimento encaminhará os exames realizados em suas dependências e que comprovam o diagnóstico, e os laudos deverão conter os dados do paciente, indicação clínica para internação, CID, código do procedimento SUS, assinatura e carimbo do médico solicitante.

Todos os laudos para solicitação de autorização de internação hospitalar de urgência deverão ser apresentados à SMS da mesma forma que os atendimentos eletivos.

DA PACTUAÇÃO

Hospitalar

1. Detalhamento das internações por clínica na média complexidade para o ano de 2023.

| Especialidades | Internações/ano | Internações/mês |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| Clínica Cirúrgica | 300 | 25 |
| Clínica Médica | 300 | 25 |
| Total | 600 | |

Fonte: Relatório SUS – SIH – 01/2018 a 04/2018.

No caso de 02 (dois) ou mais Hospitais credenciados, este quantitativo será dividido. Os valores referentes ao faturamento no Sistema de Informações Hospitalares – SIH serão repassados pelo município de Primavera do Leste, de acordo com a pactuação existente entre os municípios.

2. Detalhamento da Complementação Hospitalar Variável referente à Internação/ tratamento cirúrgico .

| Complementação por Procedimento | Quant. Ano | Valor Unitário | Valor Total Ano |
|---------------------------------|------------|----------------|-----------------|
| Hospital | 300 | | |
| Clínico | 300 | | |
| Auxiliar | 300 | | |
| Cirurgião | 300 | | |
| Anestesista | 300 | | |
| Pediatra | 300 | | |

2.1 EXAMES:



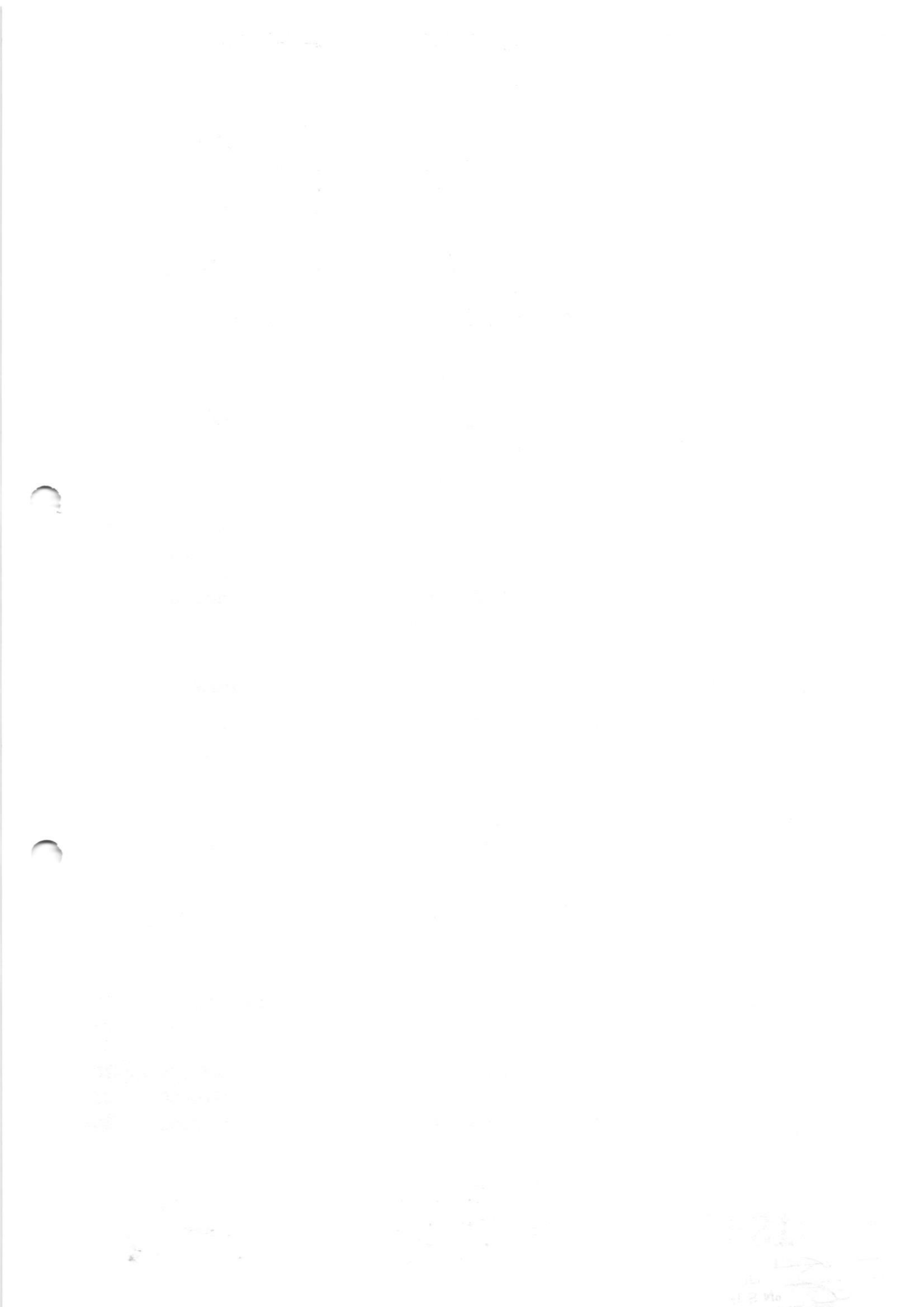
2.2 Os exames de ultrassonografia, será realizando no município de Santo Antônio do Leste-MT, onde o município disponibilizara o aparelho de ultrassom, credenciando somente o serviço.

| ITEM | Cod. TCE | Procedimento | QTIA / ano | Valor unitário | Valor total ano |
|------|--------------|---|------------|----------------|-----------------|
| 01 | 280426-3 | UTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO | 200 | | |
| 02 | 280423-9 | UTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL | 200 | | |
| 03 | 280425-5 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS | 200 | | |
| 04 | 280418-2 | ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR | 200 | | |
| 05 | 280436-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINARIAS | 200 | | |
| 06 | 304488-2 | ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA | 200 | | |
| 07 | 304496-3 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTETRICO | 200 | | |
| 08 | 304495-5 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO | 200 | | |
| 09 | 280639-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓDE | 200 | | |
| 10 | 280419-0 | ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL | 200 | | |
| 11 | TCEMT0000422 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓDE C/ DOPPLER | 200 | | |
| 12 | TCEMT0000231 | MAPA(MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL) | 200 | | |
| 13 | TCEMT0000233 | HOLTER | 200 | | |
| 14 | 215851-5 | MOMOGRAFIA/ MASTOGRAFIA | 200 | | |
| 15 | 309483-9 | CAUTERIZAÇÃO(QUALQUER TECNICA) | 200 | | |
| 16 | 305748-8 | BIOPSIA (QUALQUER TECNICA) | 200 | | |
| 17 | 386350-6 | RAIO X DE TORAX PA/P | 200 | | |
| 18 | 304232-4 | RAIO X DE ARCOS COSTAIS | 200 | | |



FLS Nº 20
UB

| | | | | | |
|----|--------------|--|-----|--|--|
| 19 | 304262-6 | RAIO X DE TORAX | 200 | | |
| 20 | 390018-5 | RAIO X DE CRANIO | 200 | | |
| 21 | 304198-0 | RAIO X SEIOS DA FACE | 200 | | |
| 22 | 304205-7 | RAIO X CAVUM | 200 | | |
| 23 | TCEMT0000249 | RAIO X COLUNA CERVICAL | 200 | | |
| 24 | 304229-4 | RAIO X COLUNA DORSAL | 200 | | |
| 25 | 00057418 | RAIO X COLUNA LOMBO SACRA | 200 | | |
| 26 | 386221-6 | RAIO X DE COCCIX | 200 | | |
| 27 | 386395-6 | RAIO X DE OMBRO (UNITÁRIO) | 200 | | |
| 28 | 304233-2 | RAIO X DE CLAVICULA | 200 | | |
| 29 | 304236-7 | RAIO X DE UMERO | 200 | | |
| 30 | 304238-3 | RAIO X DE COTOVELO | 200 | | |
| 31 | 304239-1 | RAIO X DE ANTEBRAÇO | 200 | | |
| 32 | 386234-8 | RAIO X DE PUNHO(UNITÁRIO) | 200 | | |
| 33 | 00035603 | RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO) | 200 | | |
| 34 | 304243-0 | RAIO X DE BACIA | 200 | | |
| 35 | 386239-9 | RAIO X DE ART. COXOFEMURAL | 200 | | |
| 36 | 00016629 | RAIO X DE FEMUR (UNITÁRIO) | 200 | | |
| 37 | 304248-0 | RAIO X JOELHO | 200 | | |
| 38 | 00035615 | RAIO X PERNA | 200 | | |
| 39 | 00035612 | RAIO X PÉ | 200 | | |
| 40 | 304253-7 | RAIO X DE CALCANEIO | 200 | | |
| 41 | 304252-9 | RAIO X DE TORNOZELO | 200 | | |
| 42 | 0001383 | EMISÃO DE LAUDO, DOS EXAMES DE RAIO X | 200 | | |
| 43 | 385073-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL | 200 | | |
| 44 | 00038992 | RESSONANCIA MAGNETICA DA | 200 | | |





P.M.S.A.L
FLS Nº 23
RUB

| | | | | | |
|----|----------|--|-----|--|--|
| | | COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE | | | |
| 45 | 304543-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO- SACRA | 200 | | |
| 46 | 385076-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA | 200 | | |
| 47 | 390019-3 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO | 200 | | |
| 48 | 00038995 | RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE | 200 | | |
| 49 | 385077-3 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA | 200 | | |
| 50 | 00038987 | RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TÚRCICA COM CONTRASTE | 200 | | |
| 51 | 385079-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | 200 | | |
| 52 | 385080-3 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX | 200 | | |
| 53 | 00038990 | RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE | 200 | | |
| 54 | 385083-8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR | 200 | | |
| 55 | 00038996 | RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE | 200 | | |
| 56 | 304548-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR | 200 | | |
| 57 | 00039002 | RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR | 200 | | |



P.M.S.A.L
PLSA nº L
RUB
24

| | | | | | |
|----|----------|--|-----|--|--|
| | | COM CONTRASTE | | | |
| 58 | 00035557 | RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL | 200 | | |
| 59 | 385085-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE | 200 | | |
| 60 | 00038991 | RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE | 200 | | |
| 61 | 00038989 | RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA COM CONTRASTE | 200 | | |
| 62 | 385086-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) | 200 | | |
| 63 | 385087-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES | 200 | | |
| 64 | 385065-0 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL | 50 | | |
| 65 | 00037356 | TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL | 200 | | |
| 66 | 00037355 | TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE | 200 | | |
| 67 | 00035635 | TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 200 | | |
| 68 | 00037358 | TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA | 200 | | |
| 69 | 280452-2 | TOMOGRAFIA DE CRANIO | 200 | | |
| 70 | 00016626 | TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE | 200 | | |
| 71 | 280451-4 | TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA | 200 | | |
| 72 | 00037357 | TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE | 200 | | |
| 73 | 00027419 | TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | 200 | | |
| 74 | 280462-0 | TOMOGRAFIA DE TORAX | 200 | | |
| 75 | 00033500 | TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE | 200 | | |
| 76 | 00037508 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR | 200 | | |
| 77 | 00057431 | TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR | 200 | | |



25

| ITEM | COD.TCE | Procedimento | Quantidade/ano | Valor unitário | Valor total |
|------|----------|---|----------------|----------------|-------------|
| 78 | 00037507 | COM CONTRASTE TOMOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR | 200 | | |
| 79 | 0004570 | TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE | 200 | | |
| 80 | 00016707 | TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL | 200 | | |
| 81 | 304527-7 | TOMOGRAFIA DE BACIA/PELVE | 200 | | |
| 82 | 00035657 | TOMOGRAFIA DA PELVE COM CONTRASTE | 200 | | |
| 83 | 304527-7 | TOMOGRAFIA DA BACIA COM CONTRASTE | 200 | | |
| 84 | 00027426 | TOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) | 200 | | |
| 85 | 00033501 | TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE | 200 | | |
| 86 | 00037357 | TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE | 200 | | |
| 87 | 00072084 | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMETRICO COM LAUDO | 200 | | |

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

2.5 CIRURGIAS

Obstétrica

| ITEM | COD.TCE | Procedimento | Quantidade/ano | Valor unitário | Valor total |
|------|----------|---|----------------|----------------|-------------|
| 01 | 00069154 | PARTO CESARIANO | 150 | | |
| 02 | 0005551 | PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA | 50 | | |
| 03 | 309600-9 | SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO | 200 | | |
| 04 | 00069186 | TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSAO UTERINA AGUDA | 50 | | |



| | | | | | |
|----|----------|---|-----|--|--|
| 05 | 00057472 | POS PARTO CURETAGEM POS- ABORTAMENTO / PUERPERAL | 50 | | |
| 06 | 00069153 | PARTO NORMAL | 150 | | |

Cirurgia ortopédica:

| | | | | | |
|----|----------|---|-----|--|--|
| 01 | 00064735 | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - TIPO CIRURGIA ORTOPEDICA | 200 | | |
|----|----------|---|-----|--|--|

CIRURGIA PEDIATRICA

| | | | | | |
|----|----------|--|-----|--|--|
| 01 | 00010397 | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR EM PEDIATRIA | 150 | | |
|----|----------|--|-----|--|--|

Cirurgia ginecológica

| | | | | | |
|----|----------|--|-----|--|--|
| 01 | 00064753 | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CIRURGIA GINECOLOGICA | 200 | | |
|----|----------|--|-----|--|--|

Outras cirurgias:

| | | | | | |
|----|----------|---|-----|--|--|
| 01 | 00069176 | SERVICO PROCEDIMENTO MEDICO OUTRAS CIRURGIAS/REPARA DORAS | 100 | | |
|----|----------|---|-----|--|--|

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

2.6 CONSULTAS

2.7 Os serviços de consulta com ginecologista e pediatra deverá ser realizando no município de Santo Antônio do Leste-MT.

| ITEM | COD.TCE | PROCEDIMENTO | Quantidade/ ano | Valor unitário | Valor total |
|------|---------|--------------|--------------------|-------------------|-------------|
|------|---------|--------------|--------------------|-------------------|-------------|



| | | | | | |
|----|----------|-------------------------------------|------|--|--|
| 01 | 0004454 | CONSULTA MÉDICA PEDIATRA | 1056 | | |
| 02 | 00071782 | CONSULTA MÉDICA GINECOLOGIA | 1000 | | |
| 03 | 0004676 | CONSULTA MÉDICA UROLOGIA | 400 | | |
| 04 | 0004216 | CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA | 1500 | | |
| 06 | 00066118 | CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA | 400 | | |
| 07 | 00024579 | CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA | 1500 | | |
| 08 | 0004219 | CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA | 200 | | |
| 09 | 0004218 | CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA | 200 | | |

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

A complementação será efetuada ao Hospital e aos profissionais envolvidos na execução do procedimento de acordo com o rateio previsto na Tabela Unificada do SUS – Serviços Profissionais

2.8 Detalhamento da Complementação Variável de procedimentos executados na Internação (SADT).

| Hospitalar | Quant. Ano | Valor Unitário* | Valor Total |
|------------------------------|------------|-----------------|-------------|
| Procedimentos | | | |
| Ultrassonografia | 600 | | |
| Ultrassonografia com doppler | 600 | | |
| Ecocardiograma | 600 | | |
| Endoscopia digestiva | 600 | | |



| | | | |
|--------------------------|-------------|--|--|
| Colonoscopia | 600 | | |
| Albumina Humana | 600 | | |
| Imunoglobulina Anti-RH | 600 | | |
| Tomografia sem Contraste | 600 | | |
| Tomografia com Contraste | 600 | | |
| TOTAL | 5400 | | |

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

A diferença do valor SUS será faturado obrigatoriamente na AIH.

1. Cirurgias eletivas de média complexidade pactuadas.

- Serão encaminhadas conforme demanda gerada pelo ambulatório das especialidades;
- As cirurgias eletivas geradas pela Política Nacional das Cirurgias Eletivas serão programadas e pactuadas conforme a necessidade do município;
- Os pacientes serão encaminhados ao Hospital pela Central de Regulação com o laudo da solicitação de cirurgia devidamente autorizado e seguindo o fluxo determinado pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação;
- Os exames pré-operatórios básicos serão encaminhados junto ao laudo de AIH;
- Serão encaminhados, pacientes residentes em Santo Antônio do Leste;
- Após a apresentação do laudo de AIH devidamente autorizada e acompanhada da documentação necessária, o hospital deverá informar a data de agendamento da cirurgia;
- A consulta pós-operatória será garantida pelo cirurgião e será realizada no hospital;
- Os cirurgiões que tiverem vínculo com a SMS para atendimento ambulatorial realizarão o pós-operatório na própria Rede;
- No primeiro dia útil do mês subsequente o hospital deverá encaminhar ao Departamento de Regulação, Controle e Avaliação a relação de pacientes que realizaram a cirurgia por especialidade.

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA TOTAL

| PROGRAMAÇÃO | MENSAL | ANUAL |
|--|--|-------|
| Orçamento (por Produção) – Recursos Federal e Municipal. | | |
| SIH/SUS (Média Complexidade) | <i>Será pago via faturamento SIHD pelo município que vai ser encaminhado à PPI- Programação Pactuada Integrada</i> | |
| Complementação SIH/SUS (Média Complexidade) | R\$ | R\$ |



| Complementação Variável de procedimentos executados na Internação (SADT) | R\$ | R\$ |
|--|------------|------------|
| ORÇAMENTO TOTAL | R\$ | R\$ |

No caso de 02 (dois) ou mais Hospitais credenciados, este quantitativo será dividido. Os valores referentes ao faturamento no Sistema de Informações Hospitalares – SIH, recurso federal referente ao bloco MAC, serão repassados pelo município de Santo Antônio do Leste, de acordo com a pactuação existente entre os municípios.

2.9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

| | | |
|------------------------|------------------|--|
| Unidade | 05 | Secretaria de saúde |
| Funcional programática | 10.302.5018.2168 | Manutenção e encargos com o pronto atendimento |
| Ficha | 305 | |
| Despesa/fonte | 3.3.90.39 | Serviços de terceiros -pessoa jurídica |

REAJUSTE ANUAL

Os reajustes permitidos pelo artigo 65, da Lei n. 8.666/93, serão concedidos após decorridos 12 (doze) meses da vigência do contrato, por provocação do contratado, que deverá comprovar através de percentuais do INPC – Saúde e cuidados pessoais/FGV, o reajuste pleiteado, que passarão por análise contábil de servidores designados pelo Município de Santo Antônio do Leste- MT

No caso de os valores ficarem bem abaixo do preço de mercado, a critério da **CRENCIANTE**, os valores poderão ser revistos a qualquer tempo.

Os preços praticados que sofrerem revisão não poderão ultrapassar os preços praticados no mercado, mantendo-se a diferença percentual apurada entre o valor originalmente constante da tabela e aquele vigente no mercado à época da contratação.

Caso o preço praticado seja superior à média dos preços de mercado, a PREFEITURA solicitará ao Contratado, mediante correspondência, redução do preço praticado, de forma a adequá-lo ao preço usual no mercado.

Serão considerados compatíveis com os de mercado os preços registrados que forem iguais ou inferiores à média daqueles apurados pelo setor de compras da prefeitura municipal de Santo Antônio do Leste-MT, na pesquisa de estimativa de preços.

METAS DE QUALIDADE



1) Implementação da Política de Humanização:

- Implementar gestão descentralizada, colegiada e com controle social;
- Adequar área física para conforto de usuários, familiares e trabalhadores priorizando áreas com maior desconforto e espera dos pacientes;
- Implementar visita aberta no mínimo de 1h/dia, considerando horários especiais para acompanhantes contemplados em legislação específica; e
- Acompanhar avaliação do grau de satisfação do usuário.
- Desenvolver protocolos para abordagem de problemas e situações selecionados.

2) Política Nacional de Medicamentos:

- Elaborar protocolos de padronização e implementação de políticas para promoção do uso racional de medicamentos destacando a adoção de medicamentos genéricos;
- Desenvolver o processo educativo dos consumidores de medicamentos;
- Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e
- Desenvolver atividades para promover a atualização dos profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco de automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica.

3) Saúde do Trabalhador:

- Apresentar levantamento trimestral de absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do Serviço; e
- Notificar as doenças relacionadas à Saúde do Trabalhador.

4) Alimentação e Nutrição:

- Elaborar e atualizar protocolos clínico-nutricionais e cardápios para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital;
- Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;
- Acompanhar a implantação e o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas enterais e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Capacitar os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição e promover rotinas de apresentação de discussões sobre o tema e estudos de caso com equipes multidisciplinares; e
- Estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.



5) HIV/DST/AIDS:

- Realização de teste rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal **(que será disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde);**
- Realização de VDRL e TPHA confirmatório (reagentes para VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto, nos termos da Portaria 2.104/GM, de 19/11/2002 inclusive nos casos de aborto **(que será disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Leste); e**
- Disponibilizar administração do AZT xarope na maternidade para os RN filhos de mães soropositivas para HIV diagnosticadas no pré-natal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto **(que será disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Leste).**

COMISSÕES ATUANTES OBRIGATORIAMENTE

1) Comissão de Prontuários Médicos

Indicador:

- Apresentar trimestralmente relatório contendo itens relacionados à organização dos prontuários, qualidade dos registros e medidas adotadas quando necessário.

2) Comissão de Infecção Hospitalar

Indicador:

- **CCIH** - Enviar relatório mensal produzido pela comissão ao gestor local com sugestão dos seguintes indicadores, para os seguintes serviços:
- Taxa de Infecção Hospitalar Cirúrgica por 100 procedimentos (Incidência de infecção em ferida operatória limpa) em Centro Cirúrgico e Obstétrico:

INDICADORES DE DESEMPENHO

| Atendimento e qualidade | | | | | |
|--|-----------------|---|--------------|--------------|---------------|
| Indicador | Unidade | Método cálculo | Tipo de meta | Sentido | Temporalidade |
| Internações realizadas | % | (Quant. Internações realizadas / Quant. Internações pactuadas)*100 | Elevar | Maior melhor | Mensal |
| <u>Médias de permanência por especialidade e procedimento de acordo com a Tabela Unificada SUS</u> | Número absoluto | Média em dias de permanência por especialidade e procedimento | Manter | Padrão SUS | Mensal |
| Internações de urgência | % | (Quant. Internações de urgência / Quant. Internações relizadas)*100 | Indiferente | Menor melhor | Mensal |



32

| | | | | | |
|---|---|--|----------------------|--------------|--------|
| Mortalidade geral | % | (Quant. Mortes / Quant. Internações realizadas)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Cirurgias eletivas | % | (Quant. Cirurgias eletivas / Quant. Cirurgias realizadas)*100 | Elevar | Maior melhor | Mensal |
| Partos cesárea | % | (Quant. Partos cesáreas / Quant. Partos realizados)*100 | Reduzir (< ou = 30%) | Menor melhor | Mensal |
| Mortalidade neonatal | % | (Quant. Mortes neonatais / Quant. Partos realizados)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Mortalidade materna | % | (Quant. Mortes maternas / Quant. Partos realizados)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Ocupação dos leitos | % | (Quant. Leitos ocupados / Quant. Leitos disponíveis para SUS)*100 | Entre 75% e 90% | Maior melhor | Mensal |
| Infecção hospitalar geral (clínica e cirúrgica) em urgência e emergência | % | (Quant. Pacientes infecção hospitalar / Quant pacientes atendidos urg./emerg.)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Infecção hospitalar geral (clínica e cirúrgica) eletivos | % | (Quant. Pacientes infecção hospitalar / Quant pacientes atendidos eletivos)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Infecção hospitalar cirúrgica (infecção em ferida operatória limpa) - urgência e emergência | % | (Quant. Pacientes infecção hospitalar cirúrgica / Quant. Total pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicosurg. emergência)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Infecção hospitalar cirúrgica (infecção em ferida operatória limpa) - eletivos | % | (Quant. Pacientes infecção hospitalar cirúrgica / Quant. Total pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicoseletivos)*100 | Reduzir | Menor melhor | Mensal |
| Usuários pesquisados | % | (Quant. Usuários pesquisados / Quant. Total usuários)*100 | Elevar | Maior melhor | Mensal |
| Satisfação do usuário de acordo com os diferentes serviços | % | Média de todas as pesquisas de satisfação realizadas | Elevar | Maior melhor | Mensal |

Saúde do trabalhador

| Indicador | Unidade | Método cálculo | Tipo de meta | Sentido | Temporalidade |
|---|---------|---|--------------|--------------|---------------|
| Absenteísmo | % | ((Quant. Total dias ou horas atrasos e faltas)/(Dias ou horas trabalhados no mês x Quant. Total de funcionários))*100 | Reduzir | Menor melhor | Trimestral |
| Incidência de doenças relacionadas ao trabalho | % | (Quant. Doenças relacionadas ao trabalho / Quant total de doenças dos trabalhadores)*100 | Reduzir | Menor melhor | Trimestral |
| Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho | % | (Quant. Doenças reincidentes relacionadas ao trabalho / Quant total de doenças relacionadas ao trabalho)*100 | Reduzir | Menor melhor | Trimestral |
| HIV/DST/AIDS | | | | | |
| Indicador | Unidade | Método cálculo | Tipo de meta | Sentido | Temporalidade |
| Teste rápido HIV em sangue periférico que não apresentem teste HIV no pré-natal | % | (Quant. Testes rápidos em gestantes / Quant. Pacientes que não apresentaram teste HIV no pré-natal)*100 | 100% | Maior melhor | Mensal |
| Exame VDRL em gestantes para | % | (Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes)*100 | 100% | Maior melhor | Mensal |

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page]

2018
of 2
UW 2018



P.M.S.A.L
FLS Nº 33
PROB L

| | | | | | |
|--|---|--|------|--------------|--------|
| parto | | | | | |
| Exame TPHA em gestantes para parto | % | (Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes)*100 | 100% | Maior melhor | Mensal |
| Administração AZT Xarope para RN filhos de mães soropositivas para HIV | % | (Quant. Administração realizadas / Quant. Total gestantes soropositivas HIV)*100 | 100% | Maior melhor | Mensal |
| Teste rápido HIV em todas cirurgias urgentes e eletivas | % | (Quant. Testes realizados / Total de cirurgias realizadas) * 100 | 100% | Maior melhor | Mensal |

METAS PARA OS INDICADORES DE DESEMPENHO

Destinação de Serviços Assistenciais ao SUS:

Destinar no mínimo 60 % dos serviços assistenciais ao SUS

Permanência Hospitalar:

Manter o Tempo Médio de Permanência Hospitalar, em no máximo:

| Clínica | Média de Permanência |
|-------------|----------------------|
| Obstétrica | 02 |
| Médica | 03 |
| Cirúrgica | 02 |
| Pediátrica | 03 |
| Psiquiatria | --- |

PARÂMETRO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA

| Desempenho da Assistência Hospitalar | | | | | | |
|---|-----------------|--|---------------|--------------|---------------|-----------|
| Indicador | Unidade | Método cálculo | Tipo de meta | Sentido | Temporalidade | Pontuação |
| Internações realizadas | % | (Quant. Internações realizadas / Quant. Internações pactuadas)*100 | Mínimo 100% | Maior melhor | Mensal | 200 |
| Taxa de cesáreas (incluindo gestantes de risco) | % | (Total cesáreas realizadas / Total de partos realizados)*100 | Máximo 40% | Menor melhor | Mensal | 200 |
| Ocupação dos leitos | % | (Quant. Leitos ocupados / Quant. Leitos disponíveis)*100 | Mínimo 75% | Maior melhor | Mensal | 200 |
| Médias de permanência por especialidade e procedimento de acordo com a Tabela Unificada SUS | Número absoluto | Média em dias de permanência por especialidade e procedimento | Mínimo 2 dias | Padrão SUS | Mensal | 200 |



| | | | | | | |
|---|------------|---|-------------|--------------|--------|-----|
| Taxa de aplicação de imonoglobulina em gestantes | % | (Quant. Gestantes com aplicação de imonoglobulina / Total gestantes com antiRH)*100 | Mínimo 100% | Padrão SUS | Mensal | 100 |
| Informar as taxas de infecção hospitalar geral e cirúrgica | Informação | --- | --- | --- | Mensal | 100 |
| Teste rápido HIV em sangue periférico que não apresentem teste HIV no pré-natal | % | (Quant. Testes rápidos em gestantes / Quant. Pacientes que não apresentaram teste HIV no pré-natal)*100 | Mínimo 100% | Maior melhor | Mensal | 100 |
| Exame VDRL em gestantes para parto | % | (Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes)*100 | Mínimo 100% | Maior melhor | Mensal | 100 |
| Exame TPHA em gestantes para parto | % | (Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes)*100 | Mínimo 100% | Maior melhor | Mensal | 100 |
| Administração AZT Xarope para RN filhos de mães soropositivas para HIV | % | (Quant. Administração realizadas / Quant. Total gestantes soropositivas HIV)*100 | Mínimo 100% | Maior melhor | Mensal | 100 |
| Teste rápido HIV em todas cirurgias urgentes e eletivas | % | (Quant. Testes realizados / Total de cirurgias realizadas) * 100 | Mínimo 100% | Maior melhor | Mensal | 100 |

Desempenho da Área de Humanização

| Indicador | Unidade | Método cálculo | Tipo de meta | Sentido | Temporalidade | Pontuação |
|---|---------|--|--------------|--------------|---------------|-----------|
| Implementar e manter Grupo de Treinamento em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS, apresentando relatórios | --- | --- | --- | --- | Trimestral | 50 |
| Satisfação do usuário de acordo com os diferentes serviços | % | Média de todas as pesquisas de satisfação realizadas | Mínimo 70% | Maior melhor | Mensal | 200 |
| Possui no quadro Assistente Social | --- | --- | --- | --- | Mensal | 200 |

TABELA DE VALORIZAÇÃO DE DESEMPENHO

| Faixas de pontuação | Percentual do Valor Fixo |
|---------------------|--------------------------|
| 84% - 100% | 100% |
| 67% - 83% | 80% |
| 50% - 66% | 50% |

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030



Centro Cirúrgico e Obstétrico:

Os Repasses dos recursos financeiros mensais estarão condicionados a apresentação dos Relatórios de acompanhamento de metas e custos constantes no presente Documento Descritivo de Contratualização.

Executar,

Executar,

Santo Antônio do Leste – MT, 14 de abril de 2023.



MARCOS DA SILVA ALVES
Secretário Municipal de Saúde
Portaria: 001/2021