MUNICÍPIO DE
MATELÂNDIA

PROJETO DE LEI Nº 08 DE 09 DE JANEIRO 2020

Dispõe sobre alteração da tabela de procedimentos ambulatoriais, médicos e hospitalares, fixada pela Lei nº 3.070 de 19 de dezembro de 2013.

O Povo do Município de Matelândia, Estado do Paraná, por seus representantes na Câmara Municipal, aprovou e o Prefeito Municipal, em seu nome, sanciona a seguinte LEI:

Art. 1º A Tabela de Procedimentos Ambulatoriais, Médicos e Hospitalares, instituída pelo artigo 2º da Lei Municipal nº 3.070/2013 fica alterada, passando a vigorar com os procedimentos e valores constantes do Anexo Único desta Lei.

Art. 2º Fica revogada a Lei nº 4.311 de 10 de setembro de 2019.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE MATELÂNDIA,
Aos nove dias mês janeiro de 2020.

RINEU MENONCIN
Prefeito

Av. Duque de Caxias, 800 • Fone/Fax: (45) 3262-8350
CEP 85887-000 • Matelândia • Paraná
e-mail: matelandia@matelandia.pr.gov.br
www.matelandia.pr.gov.br

LEI Nº 3.070/2013

Alterada pela Lei _____/2020

ANEXO ÚNICO – TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, MÉDICOS E HOSPITALARES COMPLEMENTAR SUS

Código	Descrição do Procedimento	Valor	
		Hospital	Profissional
	Hospitalar		
Não prevista na tabela sus	PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS		206.021,54
CIRURGIAS: APARELHO DIGESTIVO / APARELHO GENITURINÁRIO / PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO			
04.01.02.007-0	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	221,07	138,22
04.07.01.004-1	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA	1.564,48	807,24
04.07.01.014-9	GASTRECTOMIA TOTAL	521,76	538,17
04.07.01.016-5	GASTROENTEROANASTOMOSE	704,88	591,90
04.07.01.019-0	GASTRORRAFIA	567,53	420,80
04.07.01.023-8	PILOROPLASTIA	704,92	591,81
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	509,34	770,16
04.07.02.003-9	APENDICECTOMIA	253,59	483,09
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	1.550,19	801,78
04.07.02.002-0	AMPUTACAO POR PROCIDENCIA DE RETO	533,16	549,96
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL	1.147,33	769,74
04.07.02.009-8	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	482,41	440,07
04.07.02.017-9	ENTERECTOMIA	1.027,87	567,99
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	173,47	282,27
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	191,10	436,94
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	447,16	745,83
04.07.03.006-9	COLEDOCOTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA	406,50	632,73
04.07.03.012-3	ESPLENECTOMIA	789,12	560,58
04.07.03.014-0	HEPATORRAFIA	914,23	589,92
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	409,79	525,28
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	392,23	516,91
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTINA INGUINAL (BILATERAL)	279,03	514,46
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL)	298,55	514,46
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	298,55	477,54
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	497,20	419,97
04.07.04.018-8	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	683,84	508,27
04.07.04.023-4	RESSECCAO DO EPIPLOM	352,68	440,07
04.09.01.002-2	CISTECTOMIA PARCIAL	582,86	790,58
04.09.01.005-7	CISTOENTEROPLASTIA	1.572,97	1.058,25
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA	389,66	560,21
04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA	464,69	628,20

Código	Descrição do Procedimento	Valor	
		Hospital	Profissional
04.09.01.012-0	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	359,70	444,18
04.09.01.013-8	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL/PERI-RENAL	447,48	641,69
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	138,88	319,20
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	205,58	634,51
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	646,94	681,80
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	655,91	889,83
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	629,24	567,00
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	544,72	1.155,51
04.09.01.024-3	NEFROPEXIA	466,86	550,23
04.09.01.026-0	NEFRORRAFIA	466,69	897,96
04.09.01.028-6	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	466,87	641,90
04.09.01.030-8	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	491,53	641,48
04.09.01.031-6	PIELOLITOTOMIA	474,83	641,76
04.09.01.032-4	PIELOPLASTIA	468,88	641,48
04.09.01.036-7	RESSECÇÃO DO COLO VESICAL/TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	362,47	513,41
04.09.01.038-3	RESSECÇÃOO ENDOSCOPICA DE LESÃO VESICAL	362,31	694,35
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	225,90	439,92
04.09.01.047-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS	434,93	479,34
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	202,90	641,55
04.09.01.050-2	TRATAMENTO CIRUGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	392,56	641,79
04.09.01.051-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	434,98	641,76
04.09.01.053-7	URETEROCISTONEOSTOMIA	459,66	849,40
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	589,66	882,25
04.09.01.057-0	URETEROPLASTIA	445,58	641,83
04.09.02.008-7	RESSECÇÃO DE CARUNCULA URETRAL	134,88	256,65
04.09.02.010-9	RESSECÇÃO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	224,35	520,13
04.09.02.013-3	URETROPLASTIA AUTOGENA	306,07	653,92
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	236,39	417,65
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	575,24	1.492,64
04.09.03.003-1	PROSTATOVESICULECTOMIA	575,24	1.796,06
04.09.03.004-0	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	266,14	1.314,16
04.09.04.003-7	EPIDIDIMECTOMIA	113,03	384,93
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	102,06	385,10
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	223,98	564,69
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	223,91	476,56
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA BILATERAL	223,81	734,09
04.09.04.015-0	ORQUIECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	130,81	369,78
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	214,54	474,56
04.09.04.017-7	PLASTICA DA BOLSA ESCROTAL	105,47	256,76
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	181,85	296,92
04.09.04.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORÇÃO TESTICULAR	133,48	586,60

Código	Descrição do Procedimento	Valor	
		Hospital	Profissional
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	173,24	295,12
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	133,32	606,02
04.09.05.003-2	CORREÇÃO DE HIPOSPADIA (1ºTEMPO)	224,34	520,17
04.09.05.004-0	CORREÇÃO DE HIPOSPADIA (2ºTEMPO)	224,35	520,13
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	97,72	424,90
04.09.06.004-6	CURRETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	275,57	142,97
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	276,67	641,93
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	412,32	775,98
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	279,50	462,77
04.09.06.018-6	LAQUEADURA	500,12	347,25
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	298,12	610,08
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	225,89	513,27
04.09.07.020-3	OPERAÇÃO DE BURCH	305,47	532,70
04.09.07.024-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA URETRO-VAGINAL	208,02	641,48
04.09.07.025-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	843,82	1.044,50
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	226,19	733,50
04.12.04.016-6	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	625,16	1.212,84
	Cirurgia Ortopédica		
04.03.02.005-0	NEURÓLISE		PP
04.03.02.006-9	MICRONEURORRAFIA		MP
04.03.02.007-7	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS		PP
04.03.02.011-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA		MP
04.03.02.013-1	TTO CIR DE TUMOR DE NERVO PERIFERICO/NEUROMA		MP
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA DO OMBRO		GP
04.08.01.013-4	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO OMBRO CLAVÍCULA		PP
04.08.01.015-0	TTO CIR FRATURA DE CLAVÍCULA		MP
04.08.01.014-2	REPARO CIRÚRGICO DO MANGUITO ROTADOR		MP
04.08.01.020-7	TTO CIR FRATURA E/OU LUXAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR		GP
04.08.01.021-5	TTO CIR PARA LUXAÇÃO RECIDITIVA DO OMBRO		MP
04.08.01.023-1	TTO CIR DESCOMPRESSIVO SUBACROMIAL		MP
04.08.02.002-4	AMPUTAÇÕES DE MEMBROS SUPERIORES		MP
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CPSULO-LIGAMENTAR DO COTOVELO		GP
04.08.02.014-8	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DA MÃO		MP
04.08.02.015-6	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO UMERO/COTOVELO/ANTEBRAÇO		PP
04.08.02.023-7	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE MTC/FALANGES		PP
04.08.02.030-0	TENOSSINOVECTOMIA EM OMBRO SUPERIOR		PP
04.08.02.033-4	TTO CIRURGICO PARA FRATURAS DO ÚMERO		GP
04.08.02.037-7	TTO CIRURGICO PARA FRATURAS/LUXAÇÕES DE METACARPO/FALANGE/CARPO		MP

Código	Descrição do Procedimento	Valor	
		Hospital	Profissional
04.08.02.042-3	TTO CIR PARA FRATURAS DO ANTEBRAÇO		MP
04.08.02.048-2	TTO CIR LESÕES CAPSULO-LIGAMENTARES DOS MEMBROS SUPERIORES		MP
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE QUADRIL		GP
04.08.04.013-0	EPIFISIODESE DE FÊMUR		MP
04.08.04.015-7	OSTEOTOMIA DA PELVE		GP
04.08.04.016-5	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL		GP
04.08.04.028-9	TTO CIR FRATURA/LUXAÇÃO COXO FEMORAL/FÊMUR		GP
04.08.05.001-2	AMPUTAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES		MP
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE GRANDES/MÉDIAS ARTICULAÇÕES DOS MEMBROS INF		GP
04.08.05.011-0	QUADRICEPSPLASTIA		GP
04.08.05.013-6	RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR/QUADRICEPS		MP
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO		MP
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE JOELHO		GP
04.08.05.021-7	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURAS/LUXAÇÕES PERNA/TORNOZELO/PE		PP
04.08.05.035-7	SIDACTILIA DEDOS DO PÉ TTO CIRÚRGICO		MP
04.08.05.037-3	TENOSSINOVECTOMIA DE MEMBRO INFERIOR		PP
04.08.05.054-3	TTO CIRÚRGICO FRATURAS DO PLATO/PILÃOTIBIAL/PATELA		GP
04.08.05.050-0	TTO CIRÚRGICO FRATURAS DA TIBIA E TRONOZELO/TARSO		GP
04.08.05.065-9	TTO CIRÚRGICO HALUX VALGUS		MP
04.08.05.066-7	TTO CIRÚRGICO LESÃO CAPSULO LIGAMENTAR MEMBROS INFERIOR		MP
04.08.05.077-2	TTO CIRÚRGICO PÉ TORTO CONGÊNITO/PÉ TALO/PÉCAVO		GP
04.08.05.083-7	TTO CIRÚRGICO PSEUDOARTROSE MEMBROS INFERIORES		GP
04.08.05.088-8	TTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO		MP
04.08.05.092-6	TTO CIRÚRGICO DE LESÕES OSTEOCONDRAIS		MP
04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MEDIA/GDE ARTICULAÇÃO		MP
04.08.06.009-3	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR		MP
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR DE MEDIA/GDE ARTICULAÇÃO		PP
04.08.06.062-0	DIAFISECTOMIA/PIOARTRITE/DEBRIDAMENTO/OSTEOMIELITE		MP
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA OSSOS LONGOS		GP
04.08.06.026-3	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM SUBSTITUIÇÃO		GP
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA		MP
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TUNEL OSTEOFIBROSO		MP
04.08.06.051-4	TRANSPLANTE MUSCULO-CUTÂNEO		GP
04.08.06.055-7	DEBRIDAMENTOS/PIOARTRITES		PP
04.08.06.058-1	TTO CIR DE DEF ARTIC POR RETRAÇÃO TENO CAPS LIGAMENTAR		MP
04.08.06.059-0	TTO CIRÚRGICO FRATURAS VICIOSAS E DEFORMIDADES ARTICULARES		GP
04.08.06.039-5	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE		PP
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO/PARTES MOLES		PP
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA SEM LIGAMENTO		VS

Av. Duque de Caxias, 800 • Fone/Fax: (45) 3262-8350
CEP 85887-000 • Matelândia • Paraná
e-mail: matelandia@matelandia.pr.gov.br
www.matelandia.pr.gov.br

Código	Descrição do Procedimento	Valor	
		Hospital	Profissional
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA COM LIGAMENTO		VL
04.13.04.002-0	CORREÇÃO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL		PP
04.13.04.017-8	TTO CIR DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTANCIA		MP
	CIRURGIA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES		
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	169,13	447,62
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	148,92	394,12
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDETOMIA	153,31	459,77
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	273,72	1.006,35
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	71,17	229,82
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	158,52	500,15
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	699,66	1.306,76
04.04.01.018-0	LARINGECTOMIA TOTAL	726,15	635,40
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	256,84	566,77
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORRECÃO DESVIO	514,77	227,61
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	96,28	350,07
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	181,26	419,95
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	245,66	466,62
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	295,32	807,07
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO	56,84	198,94
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	245,73	830,57
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	183,64	396,03
04.04.01.043-1	ARITENOIDECTOMIA COM LARINGOFISSURA	664,72	816,62
04.04.01.045-8	LARINGOFISSURA PARA COLOCACAO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE	835,07	667,17
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	257,66	443,34
04.04.02.003-8	CORRECAO CIRURGICA DE FISTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	99,13	183,75
04.04.02.006-2	ENXERTO TOTAL / PARCIAL INTRATEMPORAL DE NERVO FACIAL	163,57	875,10
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	812,56	875,00
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA P/ DEFEITOS POS TRAUMATICOS	282,72	565,18
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	199,69	354,02
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA		287,98
04.12.01.010-0	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA	385,40	870,70
04.16.03.028-9	RECONSTRUÇÃO PARA FONAÇÂO EM ONCOLOGIA	468,57	1.104,82
	ODONTOLOGIA HOSPITALAR		
04.14.02.041-3	**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**	**299,80**	**521,05**
	ANESTESIOLOGIA		
04.17.01.004-4	ANESTESIA GERAL		250,00

Código	Descrição do Procedimento	Valor	
		Hospital	Profissional
04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL		250,00
	FISOTERAPIA		
03.02.06.002-2	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA CLINICA		14,24
03.02.06-002-2	SERVIÇOS FISIOTERAPIA NO DOMICILIO		28,48
Não previsto na tabela sus	SEÇÃO OSTEOPATIA		56,07
	ODONTOLOGIA		
Não previsto na tabela sus	HONORÁRIOS CIRURGIÃO DENTISTA (POR HORA)		31,40
	ACUPUNTURA		
03.01.01.007-2	CONSULTA E SESSÃO COM PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR DA SAÚDE COM ESPECIALIZAÇÃO EM ACUPUNTURA		40,00
	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS		
03.09.03.004-8	CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE ÚTERO		20,00
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA		20,00
02.01.01.066-6	BIOPSIA COLO UTERINO		45,00
	MEDICOS CLINICOS E ESPECIALIZADOS		
NÃO PREVISTO NA TABELA SUS	HONORÁRIOS MÉDICOS (POR HORA DE ACORDO EDITAL)		87,36
03.01.01.006-4	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BÁSICA		23,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA CARDIOLOGIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA PEDIATRIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA GINECEOLOGIA E OBSTETRICIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM EPIDEMIOLOGIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ORTOPEDIA		47,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA CIRURGIÃO GERAL		47,00
VALOR PORTE PARA CIRURGIÃ EM ORTOPEDIA			
CIRURGIA DE GRANDE PORTE		1.500,00	GP
CIRURGIA DE MÉDIO PORTE		1.000,00	MP
CIRURGIA DE PEQUENO PORTE		500,00	PP
CIRURGIA DE VÍDEO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO JOELHO		2.000,00	VL
CIRURGIA DE VÍDEO-MENISCO/CARTILAGEM/SINOVITE		1.500,00	VS

MUNICÍPIO DE
MATELÂNDIA

JUSTIFICATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 08/2020

Senhor Presidente,

Senhores Vereadores:

O Projeto de Lei nº 08/2020 tem por finalidade solicitar autorização desse Legislativo, para proceder a inserção de procedimentos e atualização monetária de valores no PRONTO ATENDIMENTO 24 horas previstos na Tabela instituída pela Lei nº 3.070/2013.

Ocorre que o contrato de credenciamento da Associação Filhas de São Camilo, foi aditivado em novembro de 2019 sem reajuste, e de acordo com as alterações nas metas quantitativas e qualitativas do POA (Plano Operacional Anual) anexo, estamos solicitando o reajuste de 3,9856% IGP-M 07/01/2020, e a ampliação de valor para cirurgião sobre aviso 24 horas 30 dias mês R$10.000,00, bem como valor fixado de R$5.000,00 para exames complementares média alta complexidade. Solicitamos também a aprovação para inclusão de um procedimento de curretagem na tabela, de modo a ofertar maior cobertura nos serviços de qualidade a atendimentos de qualidade à nossa população.

Sem mais para o momento, pedimos a aprovação dos nobres Edis.

É a justificativa.

Matelândia, 09 de janeiro de 2020.

RINEU MENONCIN
Prefeito

Av. Duque de Caxias, 800 • Fone/Fax: (45) 3262-8350
CEP 85887-000 • Matelândia • Paraná
e-mail: matelandia@matelandia.pr.gov.br
www.matelandia.pr.gov.br

TERMO DE REFERENCIA

CLAUSULA PRIMEIRA

1. OBJETO:

Estabelecer parceria para viabilização do atendimento Hospitalar nos serviços de internamento hospitalar, ambulatorial, urgência, cirurgias e outras ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, de forma complementar de acordo com a Portaria GM/MS nº. 3.410/2013 acrescido das especificidades locais (art. 25 da Portaria) e Portaria nº 2.567 de 25/11/2016, mediante **Incentivo aos Atendimentos Hospitalares.**

1.1 Os serviços a serem realizados são necessários ao atendimento do perfil definido pela unidade. Conforme no Plano de Operativo, tendo como referência os valores da Tabela de preços públicos SUS de Matelândia, devendo ser realizados conforme descrito no corpo do mesmo, resultados avaliados pela comissão designada para tal fim.

1.2 O presente instrumento visa estabelecer no Plano Operativo as metas a ser alcançado pelo HOSPITAL, definir as obrigações e responsabilidades das partes, bem como estabelecer as condições para sua execução, os critérios de avaliação e indicadores de desempenho.

1.3 O Plano Operativo, assim compreendido o conjunto de metas, indicadores, sistemática de avaliação, encontra-se em Anexo I, parte integrante deste.

CLAUSULA SEGUNDA

2. DOS OBJETIVOS E DAS METAS

2.1 O Plano operativo integrante deste contrato busca alcançar os seguintes objetivos:

2.1.1. Manter serviços, em regime de urgência/emergência clinica ambulatorial, cirúrgicas eletivas e de urgências, internamentos, atendimento materno e infantil, com rotina formalmente estabelecida, de acordo com as normas nacionais e estaduais do SUS vigentes.

2.1.2. A atenção às demandas de que trata o objeto do presente contrato se dará, além de outras futuras, nas seguintes especialidades:

2.1.2.1. Clinica Medica
2.1.2.2. Clinica Cirúrgica
2.1.2.3. Clinica Pediátrica
2.1.2.4. Anestesiologia
2.1.2.5. Ambulatorial
2.1.2.6. Materno e infantil

2.1.3. Promover apoio diagnostica nas seguintes terapias: Radiologia Diagnostica Eletrocardiograma, Analises Clinicas e Ultrassonografia.

2.1.4. Constituir e manter serviço de ouvidoria do SUS respeitando as diretrizes da CONTRATANTE.

CLAUSULA TERCEIRA

3. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. A CONTRATADA obriga-se, por esse contrato a:
3.1.1. A CONTRATADA deve cumprir todas as obrigações constantes no presente Contrato e Plano Operativo Anual, assumindo exclusivamente seus riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do serviço pactuado.
3.1.2. Prestar o serviço com qualidade, e cumprir metas conforme especificações constantes no presente Contrato e Plano Operativo Anual.
3.1.3. Responsabilizar-se por danos ocasionados a administração ou a terceiros, causados durante a execução do serviço.
3.1.4. Responder por quaisquer compromissos assumidos com terceiros, ainda que vinculados à execução do serviço.
3.1.5. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes de má prestação de serviço, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei n°8.078 de 1990).
3.1.6. Utilizar profissionais especializados para os serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor.
3.1.7. Relatar ao Município toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer da prestação dos serviços.
3.1.8. Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para contratação e apresenta-las no prazo de máximo de 05 (cinco) dias úteis quando solicitada pelo Município.
3.1.9. Manter estrutura física e de recursos humanos, adequados às atividades de assistência e de extensão de serviços à população Matelândia.
3.1.10. Funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana, inclusive feriados.
3.1.11. Prestar apoio diagnostica e terapêutico nas 24 horas do dia.
3.1.12. Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede, proporcionando continuidade ao tratamento.
3.1.10 Não utilizar de quaisquer tipos de propaganda visual em benefício de candidato, partido político ou coligação, em veículos ou por funcionários empregados durante a execução dos serviços contratados, sob pena de aplicação das sanções previstas na Lei Eleitoral 9.504/1997, multa e rescisão do contrato.

CLAUSULA QUARTA

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1 Em cumprimento ao definido neste contrato de gestão cabe a CONTRATANTE além dos compromissos e das especificações constantes dos anexos e dos estabelecidos na legislação referente ao SUS, as seguintes obrigações:
4.1.1. Publicar no Diário Oficial Eletrônico do município o termo de Contrato e seus aditivos;

4.1.2. Usufruir dos serviços pactuados conforme condições estabelecidas no presente Contrato e Plano Operativo Anual.
4.1.3. Comunicar a CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no serviço executado, para que seja refeito, reparado e corrigido.
4.1.4. Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor correspondente à execução do objeto, no prazo e forma estabelecidos no presente Contrato e Plano Operativo Anual, conforme pontuação de metas qualitativas e quantitativas atingidas.
4.1.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da fatura de serviços da CONTRATADA.
4.1.6. Cumprir demais obrigações constantes no Plano Operativo Anual.
4.1.7. Prestar o apoio necessário e indispensável à CONTRATADA para que sejam alcançados os objetivos e finalidades deste contrato em toda sua extensão, e no tempo devido.

CLAUSULA QUINTA

5. RECURSOS FINANCEIROS

5.1. Além do cumprimento integral de todos os serviços contemplados neste contrato e Plano Operativo, os valores repassados mensalmente a Instituição Hospitalar estarão proporcionalmente relacionados ao atingimento das metas qualitativas e quantitativas descritas no Plano Operativo Anual.
5.2. Os valores repassados a Instituição Hospitalar possuem origem Municipal, Estadual e Federal, sendo assim, os pagamentos cumprirão as exigências de cada ente financiador.
5.3. Os valores provenientes do município serão repassados mensalmente a Instituição Hospitalar, mediante atingimento das metas qualitativas e quantitativas, conforme abaixo.
5.3.1. Serão repassados ao Hospital 60% do valor do **Incentivo aos Atendimentos Hospitalares** referentes às metas quantitativas que remontam valor R$. 123.618,00. na entrega da produção mensal acompanhada da Nota Fiscal.
5.3.2. Serão repassados ao Hospital 40% do valor proporcional ao cumprimento das metas qualitativas pactuadas no Plano Operativo, após conferencia quadrimestral do Serviço de auditoria e avaliação da Comissão. As metas qualitativas remontam valor R$ 82.412,00
5.3.2.1 No primeiro trimestre o valor das metas qualitativas será pago integralmente.

5.3.3. A distribuição dos valores será conforme discriminada abaixo;

Metas Hospitalares	**Valor mensal**
Valor referente as metas quantitativas (60%)	123.612,92
Valor referente as metas qualitativas (40%)	82.408,61
Valor Total	**206.021,54**

5.4. O cumprimento das metas quantitativas, estabelecidas no Plano Operativo, bem como acompanhamento dos serviços contratados, deverá ser atestado pela Comissão de

Acompanhamento do Contrato através da apresentação de relatório mensal a Secretaria de Saúde.
5.5. O cumprimento das metas qualitativas, estabelecidas no Plano Operativo, bem como acompanhamento dos serviços contratados, deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato através da apresentação de relatório quadrimestral a Secretaria de Saúde.
5.6. A revisão de metas qualitativas pactuadas implicará na alteração de valores globais, as quais serão realizadas trimestralmente.

CLAUSULA SEXTA

6.. FISCALIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1. Cabe ao Serviço de Auditoria a fiscalização da execução do presente contrato, cabendo-lhe ainda supervisão, acompanhamento e avaliação de desempenho da CONTRATADA, de acordo com objetivos, metas e indicadores de desempenho constantes deste instrumento e dos Planos Anuais.
6.2. A Comissão de Avaliação apoiará as atividades de acompanhamento e avaliação, emitindo e encaminhando mensalmente a CONTRATADA relatório da analise dos resultados e execução deste Contrato de gestão.
6.3. A Comissão realizará visita por amostragem a pacientes após a alta hospitalar para avaliar a satisfação e emitira relatório.
6.4. A Comissão de Avaliação reunir-se-á mensalmente para proceder ao acompanhamento e avaliação do grau de atendimentos das metas.
6.5. A Comissão de Avaliação será composta de membro titular e suplente, conforme relação abaixo:
- 02 Representantes da Secretaria Municipal de Saúde;
- 03 Representantes do Conselho Municipal de Saúde;
- 02 Representantes da CONTRATADA.

6.6. A Comissão de Avaliação será designada através de Portaria Municipal.

CLAUSULA SÉTIMA

7. PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1.A CONTRATADA elaborará e apresentará a CONTRATANTE relatórios mensais, de execução do Contrato, comparando as metas com os resultados alcançados, em consonância com Plano.
7.2.A CONTRATANTE poderá exigir da CONTRATADA, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de informações dos relatórios.

CLAUSULA OITAVA

8. VIGENCIA E DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

8.1. O contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado ou ter seu prazo prorrogado na forma da Lei, depois de demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.
8.2. A repactuação, parcial ou total, do Contrato, formalizada mediante termo aditivo necessariamente precedido de Justificativa da CONTRATADA, poderá ocorrer:
I. Para adequação do Plano Operativo;
II. Para adequação de valores e metas a Lei Orçamentaria Anual;
III. Para ajuste das metas e revisão dos indicadores, resultados das reuniões de acompanhamento que trata o item 6.2.

CLAUSULA NONA

9. RECISÃO

9.1 O Contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou por ato unilateral da Administração, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações;
I. Se houver descumprimento, ainda que parcial das clausulas, dos planos, dos objetivos e metas, decorrente da má gestão, culpa, dolo ou violação de lei por parte da CONTRATADA.
II. Na hipótese do não atendimento as recomendações decorrentes da fiscalização realizada, na forma da Clausula Sexta.

CLAUSULA DECIMA

10. PUBLICIDADE

10.1 O contrato será publicado no prazo legal previsto na legislação em vigor, pelo CONTRATANTE, no Diário Oficial Eletrônico do Município de Matelândia.

CLAUSULA DECIMA PRIMEIRA
11. DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA

Matelândia, 07 de Janeiro de 2020

Claudiana Rodrigues da Silva François
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I
PLANO OPERATIVO

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo é termo integrante do contrato de **Incentivo aos Atendimentos Hospitalares**, também é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, avaliação, de acordo com a Portaria GM/MS nº. 3.410/2013 acrescido das especificidades locais (art. 25 da Portaria), contém as características gerais dos serviços e atividades desenvolvidas pela CONTRATADA os compromissos assistenciais com os respectivos quantitativos, as metas gerenciais, de acesso, de qualidade da assistência e de educação permanente, que são objetos de pactuação deste instrumento.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo a celebração de contrato referente à "**Incentivo aos Atendimentos Hospitalares**", além de definir a missão institucional do Hospital, definir suas áreas de atuação, novas metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas, assim como os indicadores de desempenho a serem monitorados para o acompanhamento e a avaliação da efetividade do Contrato celebrado entre as partes, em conformidade com a Portaria GM/MSNº3.410/2013 de 30/12/2013 que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) da Portaria n. 3.390 de 30 de dezembro de 2013 e Portaria nº 2.567 de 25/11/2016 que institui no âmbito do Sistema único de Saúde (sus).

2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES PACTUADAS

As modificações na programação de que trata este documento descritivo, tanto para a inclusão, quanto para a interrupção de ações e serviços pactuados, deverão ser acordadas entre a CONTRATADA e o gestor municipal e aprovadas na Comissão de Acompanhamento da Contratualização, também quaisquer outras ações e serviços deverão ser incorporadas a este documento, portanto, sob a forma de termo aditivo.

As atividades assistenciais desenvolvidas e ofertadas, objeto deste Documento, serão totalmente reguladas de acordo com os mecanismos de controle e regulação existentes e pelas centrais de regulação, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário, considerando o sistema de saúde como um todo.

A CONTRATADA também se compromete a desenvolver seus serviços de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e em seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, bem como as definidas nas Portarias que regulamentam este instrumento.

No tocante ao Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, nos termo das Portarias GM/MS n° 1.600 de 7 de julho de 2011, n° 2.395 de 11 de outubro de 2011 e n° 2.809, de 07 de dezembro de 2012, será responsabilidade da CONTRATADA organizar a atenção às urgências no hospital, de modo que atenda à demanda espontânea e/ou referenciada e funcione como retaguarda para as Unidade de Saúde às urgências de menor complexidade, além de garantir atendimentos de média e/ou alta complexidade; consultas, procedimentos diagnósticos, ambulatoriais, leitos clínicos, cirúrgicos, gestantes e crianças, especialmente nas linhas de cuidado prioritárias acordadas conjuntamente com a SMS.

A seguir serão descritos os aspectos específicos referentes a cada área de atuação prevista neste Documento Descritivo:

A) Atendimento geral e/ou de urgência:
- Ambulatorial
- Clinica Medica;
- Clinica cirúrgica;
- Clinica pediatra;
- Anestesiologia;
- Materno e infantil.

B) Atendimento Complementar:
- Enfermagem;
- Farmácia hospitalar;
- Nutrição.

C) Apoio e terapêutico
- Radiologia;
- Eletrocardiograma;
- Analises Clinicas;
- Ultrassonografia;
- Exames imagem complementar (tomografia,endoscopia, dopller..)

Também é responsabilidade da CONTRATADA:

A) Manter atividade de aperfeiçoamento e treinamento em serviços nas áreas assistenciais e de suporte técnico e administrativo;
B) Elaborar normas e rotinas institucionais, em todos os serviços;
C) Manter estrutura física e de recursos humanos, adequados as atividades de assistência;
D) Constituir legalmente e manter ativas as seguintes comissões:
- verificação de prontuário;
- avaliação de óbitos;
- controle de infecção hospitalar;
E) Padronização de material, medicamentos e equipamentos;

F) Manter a ética profissional e qualidade no atendimento em Saúde;

G) Constituir e manter os seguintes serviços:

- ouvidoria;
- pesquisa de satisfação de usuário SUS;
- custos hospitalares.

H) Manter um programa de qualidade, que abranja as seguintes áreas;

- humanização do atendimento;
- protocolo de tratamento de internação;
- padronização de normas e procedimentos;
- atuação das comissões instaladas.

3– PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO

3.1Quantitativos

a)Metas internação

Tipos de leito	**Números de leito SUS**
Leitos clínicos e cirúrgicos	38

Especialidades	**Capacidade Mensal Instalada SUS (leitos/dia)**
Clinica Cirúrgica	08
Clinica Medica	12
Clinica Obstétrica	05
Clinica Pediátrica	08
Paciente dia	05
TOTAL	38

Metas internações cirúrgicas por especialidades

Procedimentos Cirúrgicos	**Quantidade mensal**
Cirurgia Geral	10
Ortopedia/traumatologia	10
Ginecologia/aparelho urinário	05
Otorrino	05
TOTAL	**30**

Indicadores Hospitalares	Quantidade Mensal
Media permanência	Até 05 dias
Internação	Até 05 dias
Observação	Até 24 horas

b) METAS AMBULATORIAIS

Atendimento em Pronto Socorro	**Quantidade Mensal**
Atendimento medica de urgência em pronto atendimento crianças, adolescentes, adultos e idosos	1200
Atendimento medico de urgência pacientes com transtornos mental	10
Atendimento de urgência com observação clinica ate 24horas	50
Serviço Auxiliar Diagnostica	00
Eletrocardiograma	20
Radiologia	100
Curativo grau I e II c/ ou s/ debridamento	45
Sutura pequenos ferimentos c/ ou s/ debridamento	25
Retirada Corpo estranho	01
TOTAL	1451
TOTAL	1451

3.2 Qualitativos

a) Metas Assistenciais

VALOR INCENTIVO NA URGENCIA REDES ASSISTENCIAIS E MATERNO INFANTIL	206.021,54
VALOR INCENTIVO NAS CIRURGIAS ELETIVAS	30.000,00
TOTAL	**236.021,54**

2.3 Premissas gerais utilizadas na definição do Plano de Metas de Produção:
a) Considerar para efeitos de cálculos a atividade ininterrupta de 24 horas durante 30 dias do mês;
b) Metas previstas para alcançar 90% da ocupação da capacidade de internação.

AVALIAÇÃO

Avaliação será feita mensalmente e obedecera aos seguintes critérios:

- Analise dos resultados de metas estabelecidas;
- Analise dos indicadores estabelecidos;
- Analise da satisfação da clientela e dos indicadores de qualidade assistencial;
- Analise dos relatórios e das sugestões e reclamações, (ouvidoria)

QUANTITATIVAS

1 – INDICADORES DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR – METAS QUANTITATIVAS – AVALIAÇÃO MENSAL.

N.º	INDICADOR	META	*FONTE*	PONTUAÇÃO
01	Realização das metas ambulatoriais estabelecidas - Consultas realizadas.	Mínimo 90%	*SIA/SUS*	*200*
02	Internações eletivas com AIH previamente autorizada pelo gestor do SUS.	100%	*Serviço Municipal de Auditoria.*	*100*
03	Consultas de Urgência / emergência e observação 24H registradas na Ficha de Atendimento de Urgência e BPA.	100%	*Relatório do Departamento de Auditoria.*	*100*
04	Taxa de ocupação dos leitos Hospitalares disponibilizados ao SUS.	Mínimo 80%	*Relatório da Direção do Hospital.*	*100*
05	Realizar todos exames laboratoriais e radiológicos solicitados e medico de plantão quando necessário	100%	*Relatório da direção medica/reclamação do usuário/medico*	*100*
06	Numero de intercorrências obstétricas ocorridas no período	100%	Abrir livro de intercorrências obstétricas – anotar toda intercorrência e discutir no comitê materno-infantil	*100*
07	Receber as gestantes referenciadas pela atenção primária para uma visita ao ambiente da maternidade, ou apresentar no grupo de gestantes fotos do Hospital e orientação e acerca do parto.	Numero de gestantes que visitaram o hospital no ultimo trimestre gestação.	Lista de presença paciente no Hospital e UBS	*100*
08	Manter registro completo na carteira da gestante, da criança e da carteira de vacinas, sobre questões relativas ao atendimento no hospital.	100%	Avaliação das carteiras das crianças pelos GESTORES MUNICIPAIS nas ESF;	*100*
09	Realizar obrigatoriamente o teste do pezinho, do olhinho, do coraçãozinho e da orelhinha, bem como a aplicação da vacina para Hepatite B em todos os bebês nascidos na Instituição Hospitalar.	Realizar em 100% das crianças.	Coordenadores das UBS	*100*
TOTAL				*1000 Pontos*

2 - INDICADORES DE ACESSO E QUALIDADE – METAS QUALITATIVAS - AVALIAÇÃO TRIMESTRAL

N.º	INDICADOR	META	FONTE	PONTUAÇÃO
01	Manter política de acompanhantes para idosos, menores de idade, gestantes e pessoas com deficiência em conformidade com as Leis 11108/2005, 8080/1990, PT/MS/GM/2418/2005 e Lei Estadual 14254/2003 (Eixo Assistência).	90%	Hospital	50
02	A Instituição Hospitalar deverá manter o Serviço de Pronto Socorro com rotina formalmente estabelecida, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, nas especialidades médicas e serviços que demandem atendimento de urgência/emergência, sobre aviso em ginecologia/obstetrícia, pediatria, anestesiologia, cirurgia gerais e clínica médica demais profissional enfermeiros, auxiliar/técnico enfermagem recepcionista. O hospital deverá implantar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, e alta hospitalar segura a qual gerou AIH com contra referência para as UBS de referencia.	Verificação in loco sobre estas ações.	Comissão de Avaliação com coordenadores das UBS e hospital	200
03	Manutenção do Atendimento de Clínica Médica	Garantia de médico clínico 24 horas presencial para atendimento de urgência e emergência.	Escala de Plantão assinados por todos os plantonistas/ Direção do Hospital mais registro de presença.	100
04	Manutenção do Atendimento sobre aviso especialidade Pediatra/obstetra/anestesista	Garantia de médico especialista 24 horas sobre aviso para atendimento Materno infantil	Escala de Plantão dos especialistas assinados por todos os plantonistas/ Direção do Hospital.	100

05	Apresentar relatório mensal com o número de registros de ocorrências (queixas, elogios, sugestões...) pela Ouvidoria do hospital e pela ouvidoria do Município. Neste relatório deverá conter a resolução das queixas que foram realizadas	Apresentação de Relatório	Direção do Hospital/ Ouvidoria Municipal	100
06	Encaminhar as fichas de Notificações compulsórias conforme legislação vigente e realizar a entrega diariamente da "Ficha de Notificação Compulsórias	Entrega das fichas a VISA- SMS	Hospital Epidemiologia e Vigilância em Saúde - Municipal	100
07	Efetuar atualização mensal do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – informando inclusões e atualizações à equipe responsável da SMS. Não informando em tempo hábil para a apresentação da fatura mensal implicará em perda da pontuação	Atualização do CNES até dia 20 de cada mês	CNES SESA- Municipal	50
08	Manutenção das comissões regulamentares em pleno funcionamento	Mínimo de 1 ata mensal por comissão.	Hospital (atas)	100
09	RUE-Manter a porta de entrada à Rede de Atenção às Urgências, com o pronto socorro em condições operacionais com equipe e equipamentos com condições funcionais para atendimento ao SAMU, SIATE e demanda referenciada da clientela vinculada ao Hospital. (Eixo de Avaliação).	Apresentação de Relatório	Relatório do Departamento de Direção de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS	100
10	Manter registro completo na carteira da gestante, da criança e da carteira de vacinas, sobre questões relativas ao atendimento no hospital.	Apresentação de relatório	Avaliação das carteiras das crianças pelos GESTORES MUNICIPAIS nas ESF; TOTAL	100
				1000 PONTOS

TABELA DE VALORIZAÇÃO DESEMPENHO

META QUANTITATIVA – Indicadores de acesso e qualidade na assistência ambulatorial e hospitalar Valor Pré fixado Teto 60%

Indicadores Quantitativos	Pontuação máxima CONTRATADA
Ambulatoriais e Hospitalares.	1000pontos
METAS ATINGIDAS	

Faixa de Desempenho/Pontuação	Percentual do total de Recurso ao desempenho
Igual ou abaixo de 50%	Pagamento por produção
Entre 51% a 69%	75%
Entre 70% a 89%	90%
Igual ou acima de 90%	100%

META QUALITATIVA – Indicadores de acesso e qualidade na assistência ambulatorial e hospitalar Valor Pré fixado Teto 40%

Indicadores Qualitativos	Pontuação máxima CONTRATADA
Ambulatoriais e Hospitalares.	1000pontos
METAS ATINGIDAS	

Faixa de Desempenho/Pontuação	Percentual do total de Recurso ao desempenho
Igual ou abaixo de 50%	Pagamento por produção
Entre 51% a 69%	75%
Entre 70% a 89%	90%
Igual ou acima de 90%	100%