

Nos casos onde ocorrer adiamento prévio da cirurgia, por parte da ENTIDADE, fica a mesma responsável em comunicar o usuário e o MUNICÍPIO, (via correio eletrônico), de acordo com o descrito acima.

Prefeitura deverá encaminhar os seguintes exames pré-operatórios, cuja validade é de 6 (seis) meses, compreendendo os exames abaixo discriminados:

Exames Pré-Operatórios

- **TODOS PACIENTES ASSINTOMÁTICOS E SEM PATOLOGIAS ASSOCIADAS:**
 1. Hemograma completo, Glicemia, e TAP.
 2. Acima de 40 anos: Hemograma completo, Glicemia, TAP, e ECG com laudo.
 3. Acima de 64 anos: Hemograma completo, Glicemia, TAP, ECG com laudo, Creatinina Sérica, e Raio -X Tórax com laudo.
 4. Urina I para as especialidades de Urologia e Ginecologia.

- **TODOS PACIENTES ASSINTOMÁTICOS E COM PATOLOGIAS ASSOCIADAS:**

Além dos exames descritos acima, mais:

 1. Doenças cardiovasculares: Sódio plasmático, Potássio plasmático, Creatinina, Uréia, Raio-X Tórax com laudo, e ECG com laudo.
 2. Hipertensão arterial: Sódio plasmático, Potássio plasmático, Creatinina, Uréia, Raio-X Tórax com laudo, e ECG com laudo.
 3. Doença Pulmonar: gasometria arterial, ECG com laudo, Raio-X de Tórax com laudo, e Avaliação com pneumologista.
 4. Doença Renal: Sódio plasmático, Potássio plasmático, Creatinina, Uréia, Raio-X Tórax com laudo, ECG com laudo e Avaliação com Nefrologista.
 5. Diabetes: Sódio, Potássio plasmático, Uréia, Creatinina e ECG com laudo.
 6. Doenças Hepáticas/Hepatite: Sódio, Potássio plasmático, TGO, TGP, Contagem de plaquetas, Fosfatase alcalina, Bilirrubinas, Uréia, Creatinina e ECG com laudo.
 7. Doença SNC: ECG com laudo, Exames conforme idade e patologias associadas.
 8. Neoplasia: ECG com laudo, Raio-X Tórax com laudo, Hemograma, Glicemia, Uréia, Creatinina, Proteínas totais e frações, Sódio, Potássio plasmático, e Exames conforme a patologia associada.
 9. Obesidade Mórbida: Sódio, Potássio plasmático, Bilirrubinas, TGO e TGP, Fosfatase alcalina, Uréia, Creatinina, Gasometria arterial, Raio-X Tórax com laudo, e ECG com laudo.
 10. Doenças da Tireóide: TSH, T4 Livre, Cálcio sérico, Raio-X Tórax com laudo, ECG com laudo, No hipertireoidismo = risco cardiológico e TTPA
 11. Tabagismo: Raio-X Tórax com laudo



Mogi Mirim
Cidade
Sustentável

50
CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ILDAMAR VIRGINIA CIORLIA DA MATTIA OLIVEIRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse <http://e-processo.tce.sp.gov.br> - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 1-5XAJ-L8LK-6CRO-8SRV

SA
R

| LINFADENOPATIAS DO ANEXO I - CONVENIO 042001 BUCCO MAXILAR | |
|---|---|
| Código do Procedimento | Descrição do procedimento |
| 04.14.01.004-3 | OSTEOTOMIA DE MAXILAR SUPERIOR |
| 04.14.01.025-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL / ORONASAL |
| 04.14.01.027-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA |
| 04.04.02.065-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS |
| 04.14.02.041-3 | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS |

| OTORRINO | |
|------------------------|---|
| Código do Procedimento | Descrição do Procedimento |
| 04.04.01.001-6 | ADENOIDECTOMIA |
| 04.04.01.002-4 | AMIGDALECTOMIA |
| 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA |
| 04.04.01.035-0 | TIMPANOPLASTIA (UNILATERAL) |
| 04.04.01.012-1 | EXERESE DE TUMOR DE VIAS AERIAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO |
| 04.04.01.031-8 | RETRADA DE CORPO ESTRANHO DE OÚVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ |
| 04.04.01.048-2 | SEPTOPLASTIA P/ CORREÇÃO DE DESVIO |
| 04.04.01.041-5 | TURBINECTOMIA |
| 04.04.01.011-3 | EXERESE DE PAILOMA EM LARINGE |

| CIRURGIA GERAL | |
|------------------------|---|
| Código do Procedimento | Descrição do Procedimento |
| 04.01.02.006-1 | EXERESE DE CISTO BRANQUIAL |
| 04.01.02.007-0 | EXERESE DE CISTO DERMOIDE |
| 04.01.02.008-8 | EXERESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO |
| 04.01.02.009-6 | EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO |
| 04.02.01.003-5 | TIREOIDECTOMIA PARCIAL |
| 04.02.01.004-3 | TIREOIDECTOMIA TOTAL |
| 04.06.02.019-1 | LINFADENECTOMIA PEL VICA |
| 04.06.02.022-1 | LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL |
| 04.06.02.024-8 | LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL |
| 04.06.02.026-4 | LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL |
| 04.07.01.003-3 | ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA |
| 04.07.01.013-0 | GASTRECTOMIA PARCIAL COM OU SEM VAGOTOMIA |
| 04.07.01.014-9 | GASTRECTOMIA TOTAL |

| UROLOGIA | |
|------------------------|--|
| Código do Procedimento | Descrição do Procedimento |
| 04.09.01.017-0 | INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO I |
| 04.09.01.020-0 | NEFRECTOMIA PARCIAL |
| 04.09.01.021-9 | NEFRECTOMIA TOTAL |
| 04.09.01.056-1 | URETEROLITOTOMIA |
| 04.09.03.002-3 | PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA |
| 04.09.03.004-0 | RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA |
| 04.09.04.012-6 | ORQUIDOPEXIA BILATERAL |
| 04.09.04.013-4 | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL |
| 04.09.04.014-2 | ORQUECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL |
| 04.09.04.021-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE HIROCELE |
| 04.09.05.003-2 | CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO) |
| 04.09.05.004-0 | CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO) |
| 04.09.05.008-3 | POSTECTOMIA |
| 04.09.01.006-5 | CISTULITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA |
| 04.09.04.024-0 | VASECTOMIA |
| 04.09.01.038-3 | RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL |
| 04.09.04.016-9 | ORQUECTOMIA UNILATERAL |
| 04.09.02.007-9 | MEATOTOMIA SIMPLES |
| 04.09.04.023-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE |
| 04.09.01.050-2 | TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETRAL |
| 04.09.01.008-1 | CISTORRAFIA |
| 04.09.01.002-2 | CISTECTOMIA PARCIAL |
| 04.09.01.049-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL |
| 04.09.01.009-0 | CISTOSTOMIA |
| 04.09.07.025-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL |
| 04.09.04.051-7 | URETEROCISTONEOSTOMIA |
| 04.09.07.024-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA URETRO-VAGINAL |

| NEUROLOGIA - MEDIA COMPLEXIDADE | |
|---------------------------------|---|
| Código do procedimento | Descrição do procedimento |
| 04.08.03.040-2 | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS) |

| PLASTICA | |
|------------------------|---|
| Código do procedimento | Descrição do procedimento |
| 04.01.02.005-3 | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELLE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO |
| 04.01.02.010-0 | EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELLE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO |
| 04.04.02.035-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA E CISTOS ORO-MAXILARES |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS |
| 04.04.02.032-1 | RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS TRAUMÁTICOS |

| | |
|----------------|--|
| 04 08 05 089-6 | TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL |
| 04 08 06 001-8 | ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MOTRANDINOSO |
| 04 08 06 012-3 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES |
| 04 08 06 013-1 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES |
| 04 08 06 019-0 | OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ |
| 04 08 06 031-0 | RETRADA SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES |
| 04 08 06 035-2 | RETRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO |
| 04 08 06 037-9 | RETRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS |
| 04 08 05 041-7 | RETRADA CICATRICAL DOS DEDOS COM COMPROMETIMENTO TENDINOSO POR DEDO |
| 04 08 06 045-4 | TENOSIPLASIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO FIBROSO |
| 04 08 06 053-0 | TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MOTRANDINOSA MÚLTIPLA |
| 04 08 06 054-9 | TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MOTRANDINOSA ÚNICA |
| 04 13 04 020-8 | TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS DA MÃO/PE SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO |
| 04 08 05 052-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PATHECTOMIA) |
| 04 08 06 005-0 | ARTROSE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES |
| 04 08 06 013-8 | MANIPULAÇÃO ARTICULAR |
| 04 08 06 042-5 | REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS |
| 04 08 06 008-5 | BURSECTOMIA |
| 04 08 05 086-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA OSSEA DA DIÁFISE TIBIAL |
| 04 08 05 014-4 | ARTROPLASTIA DE RESSACAÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES |
| 04 08 06 018-2 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO |
| 04 08 06 044-1 | TENOSIPLASIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MÃO E DO PÉ |
| 04 08 05 079-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIÁFISE DO FEMUR |
| 04 08 02 055-5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA MÃO |
| 04 08 05 016-0 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRAVITRUCULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) |
| 04 08 06 047-6 | TENOPLASTIA OU EXERCITO DE TENDÃO ÚNICO |
| 04 08 05 088-0 | FASCIOTOMIA DE MAMBROS ANTERIORES |
| 04 08 05 087-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL |
| 04 08 06 059-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VIGIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ |
| 04 08 05 003-9 | ARTROSE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO ANTERIOR |
| 04 08 02 057-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO MEMBRO ANTERIOR |
| 04 08 05 076-4 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORÇO CONGÊNITO |
| 04 08 05 054-9 | REVISÃO CIRURGICA DE PE TORÇO CONGÊNITO |

ST

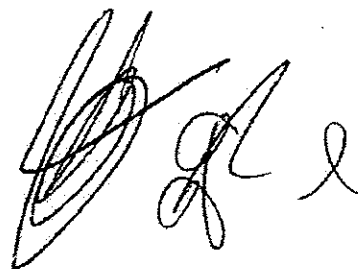
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em nefrologia;
- Laqueadura;
- Vasectomia;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;
- Enteral e Paroental;
- Córnea / esclera;
- Banco de Tecido Ocular Humano;
- UTI II Adulto;
- UTI II Neonatal;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia Tipo II.

Ainda de acordo com o CNES a Instituição é dotada de leitos de internação, sendo disponibilizados 92 para internações SUS. Os leitos estão divididos nas chamadas clínicas básicas, sendo que para o SUS são disponibilizados: 32 para Clínica Médica, 20 para Clínica Cirúrgica, 10 para Pediatria, 11 para Obstetria, 06 para UTI adulto, 02 Hospital dia, 04 para UTI neonatal e 04 leitos para Unidade de Isolamento. O Hospital conta com salas cirúrgicas, área para Pronto Atendimento e Unidade de Urgência e Emergência, Ambulatórios, Centro Obstétrico e Serviços de Apoio, tais como: Central de Esterilização de Materiais, Farmácia, Lactário, Necrotério, entre outros.

A equipe multiprofissional é formada por médicos de diversas especialidades, biomédico, equipe de enfermagem, cirurgião dentista e traumatologista bucomaxilofacial, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogas, psicólogas, assistentes sociais, técnicos de ortopedia e imobilização ortopédica, técnicos de farmácia, técnicos em segurança do trabalho, comprador, auxiliar de escritório, assistente administrativo, auxiliar de pessoal, auxiliar de faturamento, almoxarife, recepcionistas, cozinheiras, copeiras, auxiliares de limpeza, auxiliares de rouparia, vigilantes, auxiliares de farmácia, costureiras, motoristas e serviço de manutenção.

As comissões existentes e atuantes na Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim são as seguintes:

- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Grupo de gerenciamento de risco e segurança do paciente
- Grupo de Trabalho de Humanização – GTH.



IV - METAS QUALITATIVAS

- **Meta 1:** Monitorar a taxa de infecção por sítio cirúrgico nos procedimentos eletivos

A - Indicador pactuado:

Taxa de infecção por sítio cirúrgico.

Valor Pactuado: inferior a 4% (quatro por cento)

Número de ISC (infecção sítio cirúrgico) em procedimentos eletivos no período x 100

Número de procedimento no período

Resultado:

10 pontos: igual ou inferior à meta pactuada

Não pontua: superior a meta pactuada

Fonte de Informação:

Planilha de Controle - Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde - SCIRAS

- **Meta 2:** Garantir a realização dos procedimentos cirúrgicos em tempo oportuno
Valor Pactuado: Realização dos procedimentos de acordo com prazos estabelecidos no fluxo de atendimento ANEXO I do Convênio.

Resultado:

30 pontos - 105% a 95% da meta

20 pontos - 94,9% a 65% da meta

10 pontos - 64,9 a 45% da meta

Não pontua- menor de 44,9%

Fonte de Informação:

Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado, Relatório Central Municipal de Regulação e Relatório Santa Casa.

- **Meta 3:** Elaborar Protocolos Assistências
Número de Protocolo Assistencial
Valor Pactuado: 1 (um) protocolo por trimestre

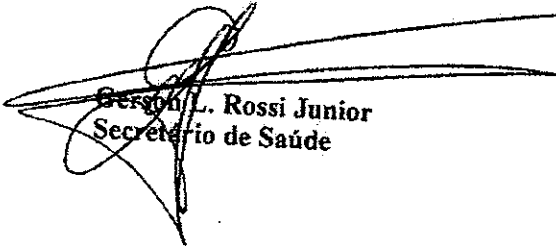
Prefeitura Municipal de Mogi Mirim
Secretaria de Saúde

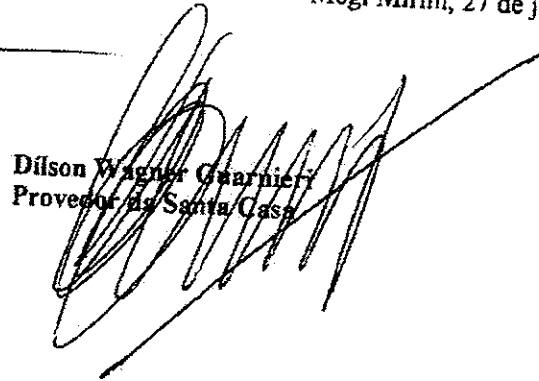
Rua Dr. Edgard Netto de Araújo - 169A - Centro - Mogi Mirim
Fone: (xx19) 3862-1174 - E-mail: secsaude.mogimirim@gmail.com



A avaliação de desempenho da instituição será realizada conforme cronograma a ser agendado entre as partes, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

Mogi Mirim, 27 de junho de 2014.


Sérgio L. Rossi Junior
Secretário de Saúde


Dilson Wagner Guarneri
Provedor da Santa Casa

62

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ILDAMAR VIRGINIA CIORLIA DA MATTIA OLIVEIRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse <http://e-processo.tce.sp.gov.br> - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 1-GXAJ-L8LK-6CRO-8SRV

Resultado:

10 pontos: igual ou inferior à meta pactuada

Não pontua: superior a meta pactuada

Fonte de Informação:

Apresentação do Protocolo Assistencial.

V - TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO

O valor que perfaz o montante pactuado neste instrumento é de até R\$ 112.000,00 (cento e doze mil reais) por mês serão repassados mensalmente à ENTIDADE de acordo com o percentual de cumprimento das metas pactuadas no Plano Operativo, e definidas por meio das seguintes faixas:

A) Metas qualitativas correspondem a 40% (quarenta por cento) do valor global a serem repassados conforme segue:

I - cumprimento de acima de 90% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% da parcela referida no caput do artigo;

II - cumprimento de 89,9% até 70% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 85% do valor da parcela referida no caput do artigo;

III - cumprimento de 69,9% até 50% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 70% do valor da parcela referida no caput do artigo;

B) Metas quantitativas correspondem a 60% (sessenta por cento) do valor global do componente pré fixado, a serem repassados conforme segue:

I - cumprimento de acima de 90% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% da parcela referida no caput do artigo;

II - cumprimento de 89,9% até 70% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 85% do valor da parcela referida no caput do artigo;

III - cumprimento de 69,9% até 50% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 70% do valor da parcela referida no caput do artigo;

VI - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O cumprimento das metas dispostas no Plano Operativo será avaliado, trimestralmente, por uma comissão composta por representantes dos seguintes seguimentos: Departamento de Saúde, sendo três titulares e três suplentes; Entidade, e Conselho Municipal de Saúde, sendo dois titulares e dois suplentes, devendo esta ser nomeada por Portaria Municipal.

III – METAS FÍSICAS

- **Meta 1: Realizar procedimentos cirúrgicos eletivos**

A - Indicador pactuado:

Taxa de realização de procedimentos eletivos

Valor Pactuado: 96 procedimentos por mês

$\frac{\text{Número de cirurgia eletiva realizada} \times 100}{\text{Número de cirurgia pactuado}}$

Resultado:

50 pontos - 105% a 95% da meta

25 pontos – 94,9% a 65% da meta

15 pontos – 64,9 a 45% da meta

Não pontua- menor de 44,9%

Fonte de Informação:

Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD, Relatório Central Municipal de Regulação e Relatório Santa Casa.

B - Indicador pactuado: Realização de procedimentos por especialidade

Valor pactuado: Realização dos procedimentos encaminhados pela Secretaria de Saúde em todas as especialidades pactuadas no fluxo de atendimento – **ANEXO I do Convênio.**

Resultado:

50 pontos - 105% a 95% da meta


25 pontos – 94,9% a 65% da meta

15 pontos – 64,9 a 45% da meta

Não pontua- menor de 44,9%

Fonte de Informação:

Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado, Relatório Central Municipal de Regulação e Relatório Santa Casa.





ANEXO II - PLANO OPERATIVO DO CONVÊNIO SUS nº. 04/2014

Período de Vigência: 01 de julho de 2014 a 30 de junho de 2015

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

CNES: 2088193

CNPJ: 52.775.392/0001-64

Licença de Funcionamento: 353080501-864-000013-1-7 Prazo de validade: 10/04/2015

Endereço: Maestro de Azevedo, 124, Centro, Mogi Mirim, Fone: (19) 3814-3000

Provedor: Dilson Vagner Guarnieri

Diretor (a) Clínico: Idalson Deives de Oliveira Neri

Diretor (a) Técnico: José Geraldo Romanello

Diretor (a) de Enfermagem: Angela Ferrari

II - INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, cadastrada no CNPJ sob o nº 52.775.392/0001-64, Alvará Sanitário, aguardando renovação, protocolo Nº 0212/14, é uma instituição privada, sem fins lucrativos, fundada em 06 de Abril de 1867, dedicada à prestação de assistência médico-hospitalar e atualmente instalada à Rua Maestro Azevedo nº 124, região central de Mogi Mirim – SP. A instituição foi considerada de Utilidade Pública por todas as esferas de governo: Federal (Decreto nº 49812/60), Estadual (Decreto nº 34709/59) e Municipal (Lei nº 1042/76). Possui 132 leitos ativos, e contingente de mais de 200 profissionais médico e mais 590 não médicos.

b) Característica Geral do Hospital:

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim é dedicada à prestação de assistência médico-hospitalar e atualmente instalada à Rua Maestro Azevedo nº 124, região central de Mogi Mirim – SP.

Segundo CNES da Instituição, de 07/03/2014, a Irmandade está habilitada para:

- Serviço Hospitalar para tratamento de AIDS;

| Código do procedimento | Descrição do procedimento |
|------------------------|---|
| 04.03.02.007.7 | NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS |
| 04.03.02.012.3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL |
| 04.08.01.014.2 | OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO |
| 04.08.01.014.2 | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) |
| 04.08.01.021.5 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL |
| 04.08.01.022.3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA |
| 04.08.02.010.5 | FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES |
| 04.08.02.048.2 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRIO SUPERIOR - COTOVELO / PUNHO |
| 04.08.02.059.8 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISO-ARTICULAR DISTAL DO RADIO E ULNA |
| 04.08.05.017.9 | RECONSTRUCAO LIGAMENTAR ENTRE ARTICULAR DO JOELHO |
| 04.08.05.033.0 | REVISOO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRIO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE) |
| 04.08.05.055.9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE HALLUX VALGUS / OSTEOATOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO |
| 04.08.05.066.7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRIO INFERIOR (JOELHO / TORNZELO) |

| Código do procedimento | Descrição do procedimento |
|------------------------|--|
| 04.07.04.016.1 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA |
| 04.09.06.001.1 | CERCLAGEM DE COLO DO UTERO |
| 04.09.06.003.8 | CONTACAO |
| 04.09.06.004.6 | CURETAGEM SEMIOTICA COM OU SEM DILATACAO DO COLO DO UTERO |
| 04.09.06.011.9 | HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) |
| 04.09.06.013.5 | HISTERECTOMIA TOTAL |
| 04.09.06.021.6 | COFRECTOMIA / COFOPORPLASTIA |
| 04.09.06.023.2 | SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL |
| 04.09.07.005.0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR |
| 04.09.07.006.8 | COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR |
| 04.09.07.008.4 | COLPOPLASTIA ANTERIOR |
| 04.09.07.015.7 | EXERSE DE GIANDULA DE BARTHOLIN / SKENE |
| 04.09.07.021.1 | RECONSTRUCAO DA VAGINA |
| 04.09.07.022.0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS |
| 04.09.07.030.0 | VULVECTOMIA SIMPLES |
| 04.10.01.005.7 | MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA |
| 04.10.01.011.1 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA |
| 04.10.01.012.0 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR |
| 04.08.02.015.9 | EXERSE DE GANGLIO LINFATICO |
| 04.09.06.012.7 | HISTERECTOMIA SUBTOTAL |
| 04.09.06.021.3 | LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL |
| 04.09.06.018.6 | LAQUEADURA TUBARIA |
| 04.11.01.004.2 | PARTO CESARIANO COM LAQUEADURA TUBARIA |
| 04.09.05.010.0 | HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL |
| 04.10.01.006.5 | MASTECTOMIA SIMPLES |
| 04.09.06.019.4 | MOMECTOMIA |

Handwritten marks: a large scribble and the number '28'.

| | |
|----------------|--|
| 04.07.01.021-1 | GASTROSTOMIA |
| 04.07.01.027-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) |
| 04.07.02.001-2 | AMPUTAÇÃO COMPLETA ABDOMINO PERINEAL DO RETO |
| 04.07.02.006-3 | COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) |
| 04.07.02.007-1 | COLECTOMIA TOTAL |
| 04.07.02.021-7 | ESFINCTOROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL |
| 04.07.02.022-5 | EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANURETAL |
| 04.07.02.024-1 | FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO) |
| 04.07.02.027-6 | FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA |
| 04.07.02.030-3 | RETOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL |
| 04.07.03.002-6 | COLECTECTOMIA |
| 04.07.03.003-4 | COLECTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA |
| 04.07.04.004-8 | HERNICIPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL) |
| 04.07.04.006-4 | HERNICIPLASTIA EPIGÁSTRICA |
| 04.07.04.008-0 | HERNICIPLASTIA INCISSIONAL |
| 04.07.04.009-9 | HERNICIPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) |
| 04.07.04.010-2 | HERNICIPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) |
| 04.07.04.011-0 | HERNICIPLASTIA RECIDIVANTE |
| 04.07.04.012-9 | HERNICIPLASTIA UMBILICAL |
| 04.07.04.016-1 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA |
| 04.07.01.011-4 | ESOFAGOSTOMIA |
| 04.07.03.012-3 | ESPLENECTOMIA |
| 04.07.04.018-8 | LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRINSECAS |
| 02.01.01.021-6 | BIÓPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO |
| 04.07.01.016-5 | GASTROENTEROANASTOMOSE |
| 04.09.06.022-4 | RESSUSCITAÇÃO DE VÂLVULAS PÉLVICAS |
| 04.07.03.018-2 | PANCREATECTOMIA PARCIAL |
| 04.07.02.047-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PROLAPSO ANAL |
| 04.07.02.003-9 | APENDICECTOMIA |
| 04.07.03.001-8 | ANASTOMOSE BILBO-DIGESTIVA |
| 04.07.01.028-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DIVERTEÍCULO DO TUBO DIGESTIVO |
| 04.07.02.030-6 | HERNICIPLASTIA ILEOSTOMIA |
| 04.08.05.034-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TORSÃO CONJUNTO |
| 04.08.05.034-9 | REVISÃO CIRÚRGICA DO PÉ TORSO CONJUNTO |
| 04.05.01.015-9 | EXERSESE DE GANGLIO LINFÁTICO |
| 04.07.02.020-9 | ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA COM SUTURA / RESSUSCITAÇÃO (QUALQUER SEGMENTO) |
| 04.07.02.010-1 | COLECTOMIA |
| 04.07.03.013-1 | HEPATECTOMIA PARCIAL |

12. Hemorróidas/Fissura anal: protoparasitológico
13. RTU de Próstata: Ultrassom de Vias Urinárias e Próstata

- Usuários SUS em uso de Medicamentos

Diuréticos e Digoxina, Corticóides/Esteroides: Sódia e Potássio plasmático, Uréia, Creatinina e ECG

Staminas: TGO-TGP, Fostatase Alcalina e ECG

- Usuários SUS com Hábitos de Risco

Tabagista: ECG

Todos os casos acima necessitam também do risco cirúrgico.

Anexar no AIH exames que comprovem o diagnóstico da indicação cirúrgica.

Nota:

1-As retiradas de síntese ortopédica dispensa exames pré-operatório quando determinada pelo ortopedista solicitante desde que seja respeitado o prazo de validade.

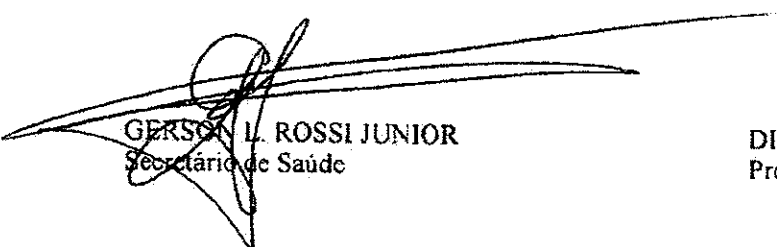
2- As especificações acima determinada são exigências da direção técnica da Santa Casa de Mogi Mirim.

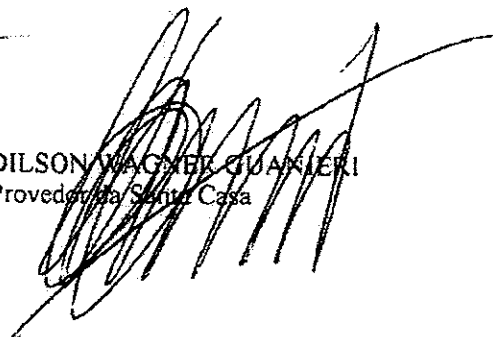
3-Os exames pré-operatórios terão validade de seis meses.

OBS. Todos os casos acima necessitam também do risco cirúrgico.

Anexar na AIH exames que comprovem o diagnóstico da indicação cirúrgica.

Mogi Mirim, 27 de junho de 2014


GERSON L. ROSSI JUNIOR
Secretário de Saúde


DILSON WAGNER GUANTERI
Provedor da Santa Casa