



## **TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO TCGA AC - ALTA COMPLEXIDADE TRAUMATO ORTOPEDIA**

### **1. IDENTIFICAÇÃO**

<b>Hospital:</b> HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
<b>CNPJ:</b> 92.736.040/0008-90
<b>CNES:</b> 2379333
<b>Município:</b> MAFRA
<b>Especificação:</b> UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA (25.01)
<b>Vigência:</b> Junho/2018

### **2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Portaria GM nº 221 que institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopédica

Plano Estadual de Ortopedia CIB/13 de 08/04/2005

Portaria Habilitação SAS nº 1.125 de 19/09/2016

Deliberação CIB 136 de 21/06/2018

### **3. INTERNAÇÕES**



### 3.1 - Internações Cirúrgicas de Alta Complexidade (Subgrupo 04.08)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Planalto Norte	376.993	7	43.675,94
<b>Total</b>	<b>376.993</b>	<b>7</b>	<b>43.675,94</b>

Custo Médio: R\$ 6.239,42

### 3.2- Internações Cirúrgicas de Média Complexidade

Conforme portaria ministerial SAS 90 de 27/03/2009, que define serviços e centros de referencia de alta complexidade em traumatologia ortopedia:

Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência, habilitados para procedimentos de alta complexidade, e os Centros de Referência devem realizar, pelo SUS, no mínimo 12 procedimentos de cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade para cada procedimento de alta complexidade.

## 4 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDIA COMPLEXIDADE

### 4.1 Consulta (0301010072)

Região de Saúde	Pop	1ª Consulta		Retorno		Total	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Planalto Norte	376.993	109	1.082,90	108	1.082,90	217	2.165,80
<b>Total</b>	<b>376.993</b>	<b>109</b>	<b>1.082,90</b>	<b>108</b>	<b>1.082,90</b>	<b>217</b>	<b>2.165,80</b>

Custo Médio: R\$ 10,00

### 4.2 Exames de Eco Doppler Arterial (Subgrupo 02.05)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Planalto Norte	376.993	18	726,37
<b>Total</b>	<b>376.993</b>	<b>18</b>	<b>726,37</b>

Custo Médio: R\$ 40,84



## 5 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ALTA COMPLEXIDADE

### 5.1 Tomografia Computadorizada (Subgrupo 02.06)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Planalto Norte	376.993	19	2.203,83
<b>Total</b>	<b>376.993</b>	<b>19</b>	<b>2.203,83</b>

Custo Médio: R\$ 114,44

### 5.2 Ressonância Magnética (Subgrupo 02.07)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Planalto Norte	376.993	20	5.507,78
<b>Total</b>	<b>376.993</b>	<b>20</b>	<b>5.507,78</b>

Custo Médio: R\$ 268,88

## 6. VALORES GERAIS ALOCADOS

Grupo/Procedimento	Cota Mensal	
	Físico	Financeiro
Internação Cirúrgica	7	43.675,94
<b>Total Hospitalar</b>	<b>7</b>	<b>43.675,94</b>
Consulta Cirúrgica	217	2.165,80
Ecodoppler	18	726,37
Tomografia	19	2.203,83
Ressonância	20	5.507,78
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>274</b>	<b>10.603,78</b>
<b>Total Geral</b>	<b>281</b>	<b>54.279,72</b>

## 7. ESPECIFICAÇÕES

Cabe ao gestor municipal ou estadual responsável pela gestão do serviço objeto desse termo, contratá-lo por meio de instrumento contratual ou congêneres conforme a Lei nº 8.666 de 21/06/93 e considerando os seguintes eixos:



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
GERÊNCIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SISTEMA**

A distribuição do número de cirurgias por município/região será realizada pela regulação, levando-se sempre em consideração a gravidade clínica dos casos.

A unidade prestadora, dentro dos quantitativos das cirurgias estabelecidas, se compromete a realizar **a proporcionalidade de cirurgias descrita abaixo, conforme especialidade habilitada**, para dar vazão a lista de espera das regiões de saúde da sua área de abrangência:

Os critérios e metodologia para definição da programação física e financeira estão descritas na deliberação CIB 200 de 13/10/2016.

Manter as condições técnicas estabelecidas nas portarias ministeriais de forma contínua e sistemática, sendo que a qualquer momento poderá passar por vistoria dos Gestores Estadual e/ou Municipal.

Cumprir o estabelecido no “Plano para a Organização da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Traumatologia-Ortopedia em Santa Catarina” aprovado na CIB em abril de 2005.

O serviço deverá ser regulado através das centrais de regulação quando de seu funcionamento e cumprir os protocolos clínicos estabelecidos pela Secretária de Estado da Saúde.

Na utilização de Órteses, Próteses e Materiais especiais – OPM, a unidade fica condicionada as regras do Sistema Único de Saúde – SUS e materiais constantes na tabela do SIGTAP, salvo as exceções dos materiais padronizados pela SES/SC e solicitados dentro dos protocolos existentes.

A alimentação correta dos sistemas de informação Ambulatorial e Hospitalar se faz necessária, visto a importância da observação e avaliação dos dados pelo sistema oficial de produção TABNET/DATASUS.

O serviço deverá se comprometer a dar atendimento de urgência/emergência 24 horas, e garantia de leitos clínicos e cirúrgicos específicos para o serviço de ortopedia.

Fica também condicionada que para a realização de cada cirurgia de alta complexidade seja, realizados 12 (doze) cirurgias de média complexidade.

Atendimento **integral** em ortopedia (consultas, diagnóstico, tratamento e reabilitação) pelo SUS, **sem qualquer ônus** ao paciente, e com garantias de retorno para reavaliação física e ou outras cirurgias decorrentes da cirurgia principal, independente se o profissional que o assistiu ainda permaneça ou não na instituição.

As internações hospitalares caracterizadas como **urgência/emergência** transcendem a área de abrangência

Os procedimentos ambulatoriais devem ser 100% regulados.

Procedimentos ambulatoriais não descritos neste termo de compromisso ficam sujeitos a pactuação pela PPI.



As cirurgias de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia devem manter a proporcionalidade de no mínimo 25 % de atendimentos em caráter “**eletivo**” e no Máximo de 75% dos atendimentos em caráter de “**Urgência e Emergência**”

As execuções dos atendimentos ambulatoriais como hospitalar, deverão fazer parte de uma **agenda**, controladas pelo respectivo Gestor através da central de marcação de consultas ou outro tipo de instrumento.

A unidade deverá ser regulada pelo gestor responsável pelo serviço e cumprir os protocolos clínicos estabelecidos.

**O Gestor correspondente acompanhará mensalmente o cumprimento deste Termo, quanto à produção ambulatorial e hospitalar. O não cumprimento implicará no bloqueio do pagamento da produção pelo Gestor. O pagamento só será liberado depois de regularizada a situação.**

Os serviços ambulatoriais e hospitalares deverão ser oferecidos aos municípios de sua área de abrangência, e programados na PPI da Assistência, bem como, respeitar os fluxos de referência dos serviços de alta complexidade hospitalar aprovados na CIB.

**A Unidade Hospitalar deverá cumprir de forma integral este Termo, respeitando as quantidades pactuadas por Região de Saúde, quando da disponibilidade do total de recursos financeiros previstos.**

Denúncias relacionadas ao atendimento e cobranças indevidas, bem como o não cumprimento deste Termo, estarão sujeitas às penalidades previstas na legislação: advertência escrita, advertência escrita com prazo para correção, penalidade pecuniária, ordem de recolhimento, boletim de diferença de pagamento, suspensão temporária da prestação de serviço ou perda desta habilitação, junto ao Sistema Único de Saúde.



## 8. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Município	Região de Saúde	População TCU 2018
Bela Vista do Toldo	42012 Planalto Norte	6.311
Campo Alegre	42012 Planalto Norte	11.974
Canoinhas	42012 Planalto Norte	54.319
Irineópolis	42012 Planalto Norte	11.155
Itaiópolis	42012 Planalto Norte	21.556
Mafra	42012 Planalto Norte	56.017
Major Vieira	42012 Planalto Norte	8.048
Monte Castelo	42012 Planalto Norte	8.280
Papanduva	42012 Planalto Norte	19.218
Porto União	42012 Planalto Norte	35.250
Rio Negrinho	42012 Planalto Norte	42.106
São Bento do Sul	42012 Planalto Norte	83.576
Três Barras	42012 Planalto Norte	19.183

**DATA: Maio/2020**

**ASS:** \_\_\_\_\_  
**UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO**

**ASS:** \_\_\_\_\_  
**RESPONSÁVEL TÉCNICO DO SERVIÇO**

**ASS:** \_\_\_\_\_  
**GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ASS:** \_\_\_\_\_  
**GESTOR ESTADUAL DE SAÚDE**