

## PLANO DE TRABALHO nº 001/2026

### 1- Dados Cadastrais do Proponente:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                          |                                       |                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
| <b>Nome da Entidade</b><br>Santa Casa de Misericórdia de Ituverava                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                          |                                       | <b>CNPJ</b><br>50.304.377/0001-02                    |  |
| <b>Endereço</b><br>Praça Monsenhor João Rulli, 729                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                          |                                       | <b>Bairro</b><br>Centro                              |  |
| <b>Cidade</b><br>Ituverava                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>UF</b><br>SP | <b>CEP</b><br>14.503-022 | <b>DDD/Telefone</b><br>(16) 3830-1266 | <b>Email</b><br>financeiro@santacasaituverava.com.br |  |
| <b>Nome do Responsável</b><br>Bruno Baldo Filho                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                          |                                       | <b>CPF</b><br>486.816.798-72                         |  |
| <b>Cargo</b><br>Presidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                          |                                       | <b>RG.</b><br>5.318.738 - SSP/SP                     |  |
| <b>Endereço Residencial</b><br>Alameda Irineu Carvalho André, 186 – Jd Tropical II                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                          |                                       | <b>Telefone :</b><br>(16) 3830-1252                  |  |
| <b>Correio eletrônico alternativo:</b><br><a href="mailto:gestor.recep@santacasaituverava.com.br">gestor.recep@santacasaituverava.com.br</a> , <a href="mailto:claudiascmi@yahoo.com.br">claudiascmi@yahoo.com.br</a>                                                                                                                              |                 |                          |                                       |                                                      |  |
| <b>Diretor Clínico</b><br>Luiz Gustavo Campos da Silva                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                          |                                       | <b>CPF</b><br>298.283.558-41                         |  |
| <b>Público Alvo</b> A prestação de serviços em regime de colaboração destina-se ao atendimento na realização de exames de diagnósticos por imagem, conforme discriminado no presente plano de trabalho, de forma gratuita a população do Município de Igarapava, em conformidade com a Constituição federal, Lei Federal nº 8.080/90 e alterações. |                 |                          |                                       |                                                      |  |
| <b>Local de Execução</b><br>Santa Casa de Misericórdia de Ituverava                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                          |                                       |                                                      |  |
| <b>Responsável Técnico do Projeto</b><br>Bruno Baldo Filho - Presidente<br><a href="mailto:financeiro@santacasaituverava.com.br">financeiro@santacasaituverava.com.br</a> , 16 3830 1266                                                                                                                                                           |                 |                          |                                       |                                                      |  |

## I- INTRODUÇÃO

### Breve Histórico da Instituição

Sob a denominação de SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITUVERAVA, criada na forma modelo de associação de pessoas, com personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos, além de filantrópica, têm sua representação e administração própria e autônoma. A associação tem por sede e foro jurídico a cidade de Ituverava, estado de São Paulo, funcionando em prédio de sua propriedade, a Praça Monsenhor Rulli, 729. A Santa Casa de Misericórdia de Ituverava tem por fim como instituição manter serviços hospitalares destinados à pessoa humana e para uso público, gratuito, permanente, sem distinção de raça, cor, credo, sexo e religião, segundo sua capacidade econômica e dentro das proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos federais e estaduais em vigor, observados os Estatutos sociais, Regimento Interno e do Corpo Clínico, tendo como principal fonte de recurso Convenio com o SUS – Sistema Único de Saúde.

### Características da Instituição

O Hospital que mantém convênio com “SUS” – Sistema Único de Saúde, que abrange 95,7% (noventa e cinco, sete por cento) de conformidade com o Relatório de Movimento Hospitalar, sendo que, atendimentos particulares e convênios representam tão somente 4,3% (quatro, três por cento). A entidade hospitalar detém perfil de hospital geral, através do atendimento de especialidade cirúrgicas e clínicas, e considerando a sua capacidade física, possui ambulatório e salas de pequenas cirurgias, consultórios médicos, sala de gesso, sala de fisioterapia, serviços de apoio a diagnose e terapia (endoscopia, rx, eletrocardiograma, colonoscopia, centro cirúrgico, sala de recuperação, sala de curetagem, sala de parto, sala de pré parto). O número de leitos é distribuído por especialidade, num total de 102 (Médica 37, Pediátrica 16, Cirúrgica 25, Obstetrícia 14, UTI 10).

## II - OBJETO DA CONTRATUALIZAÇÃO

Prestação de serviços para a realização de exames de diagnóstico por imagem e a inserção da CONVENIADA na Rede de Atenção à Saúde da CONVENIENTE, definindo as responsabilidades das partes e estabelecendo metas do processo de assistência à saúde, de gestão e avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população e em conformidade com as políticas públicas de saúde, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, assegurando assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Igarapava

### **Objetivo Geral do Plano de Trabalho :**

Atendimento aos munícipes de Igarapava que necessitam de diagnóstico por imagem, pelo Sistema Único de Saúde.

### **Objetivos específicos**

- Realizar os exames de diagnóstico por imagem para os usuários do SUS do Município de Igarapava referenciados pelo Departamento Municipal de Saúde de Igarapava.
- Definir as responsabilidades da parceria entre a Santa Casa de Ituverava e o município de Igarapava;
- Estabelecer metas quantitativas e qualitativas prevista neste instrumento de contratualização.

### **Das Metas Quantitativas**

Estão definidos como metas qualitativas os seguintes exames e respectivas quantidades:

| Procedimento                             | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total           |
|------------------------------------------|------------|----------------|-----------------------|
| Ressonância Magnética sem sedação        | 300        | R\$ 492,50     | R\$ 147.750,00        |
| Ressonância Magnética com sedação        | 6          | R\$ 788,00     | R\$ 4.728,00          |
| Tomografia Computadorizada com contraste | 25         | R\$ 319,75     | R\$ 7.993,75          |
| Tomografia Computadorizada sem contraste | 25         | R\$ 257,01     | R\$ 6.425,25          |
| Colanoscopia                             | 25         | R\$ 450,00     | R\$ 11.250,00         |
| Endoscopia Digestiva Alta                | 50         | R\$ 300,00     | R\$ 15.000,00         |
| Anatomopatológico (03 peças)             | 75         | R\$ 123,00     | R\$ 9.225,00          |
| Retossigmoidoscopia                      | 1          | R\$ 100,00     | R\$ 100,00            |
| Angio ressonância Cerebral               | 2          | R\$ 541,75     | R\$ 1.083,50          |
| <b>TOTAL</b>                             |            |                | <b>R\$ 203.555,50</b> |

### Metas Qualitativas (100 pontos)

| Meta                                                                                                                                                         | Pontuação Máxima 20 pontos cada                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agendar os exames solicitados no prazo de até 05 dias úteis, após a solicitação do Departamento Municipal de Saúde de Itarapava                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atingiu a meta – 20 pontos;</li> <li>✓ Não atingiu – 0 pontos</li> </ul>           |
| Disponibilizar os resultados no máximo de 05 dias úteis a partir da data da realização dos exames;                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atingiu a meta – 20 pontos;</li> <li>✓ Não atingiu – 0 pontos</li> </ul>           |
| Disponibilizar os resultados das biópsias realizadas no prazo máximo de 30 dias úteis após a coleta do material;                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atingiu a meta – 20 pontos;</li> <li>✓ Não atingiu – 0 pontos</li> </ul>           |
| Enviar 100% das ouvidorias recebidas com apresentação da resolutividade ao Departamento de Saúde ou declaração negativa juntamente com o faturamento mensal; | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atingiu a meta – 20 pontos;</li> <li>✓ Não atingiu – 0 pontos</li> </ul>           |
| Apresentar o relatório de faturamento dos exames do período, no prazo máximo de 05 dias úteis, após o fechamento do mês com o valor a ser recebido;          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atingiu a meta – 20 pontos;</li> <li>✓ Não atingiu – 0 pontos 25 pontos</li> </ul> |

### **Da tabela de Pontuação x Parecer**

| Pontos Obtidos      | Parecer                           | Consequencias                                                                                                      |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Menor ou igual a 20 | Parecer Negativo e Indesejável    | Extinção imediata da parceria                                                                                      |
| De 21 a 40          | Parecer Negativo e Insatisfatório | Extinção imediata da parceria                                                                                      |
| De 41 a 60          | Parecer Regular                   | Notificação à Conveniada e análise em conjunto sobre a dificuldade do alcance das metas e permanência da parceria. |
| De 61 a 80          | Positivo com Ressalvas            | Permanece parceria com análise em conjunto sobre a dificuldade do alcance das metas.                               |
| De 81 a 100         | Positivo                          | Permanece parceria                                                                                                 |

### **Da fonte de recurso:**

O recurso destinado ao custeio das ações do objeto deste Plano de Trabalho é oriundo do Recurso Municipal.

### **Do Plano de Aplicação dos Exames**

Os recursos financeiros serão utilizados 100% para realização dos exames objetos deste Plano de Trabalho, conforme % abaixo:

| Procedimento                             | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total           | %           |
|------------------------------------------|------------|----------------|-----------------------|-------------|
| Ressonância Magnética sem sedação        | 300        | R\$ 492,50     | R\$ 147.750,00        | 72,58%      |
| Ressonância Magnética com sedação        | 6          | R\$ 788,00     | R\$ 4.728,00          | 2,32%       |
| Tomografia Computadorizada com contraste | 25         | R\$ 319,75     | R\$ 7.993,75          | 3,93%       |
| Tomografia Computadorizada sem contraste | 25         | R\$ 257,01     | R\$ 6.425,25          | 3,16%       |
| Colonoscopia                             | 25         | R\$ 450,00     | R\$ 11.250,00         | 5,53%       |
| Endoscopia Digestiva Alta                | 50         | R\$ 300,00     | R\$ 15.000,00         | 7,37%       |
| Anatomopatológico (03 peças)             | 75         | R\$ 123,00     | R\$ 9.225,00          | 4,53%       |
| Retossigmoidoscopia                      | 1          | R\$ 100,00     | R\$ 100,00            | 0,05%       |
| Angio ressonância Cerebral               | 2          | R\$ 541,75     | R\$ 1.083,50          | 0,53%       |
| <b>TOTAL</b>                             |            |                | <b>R\$ 203.555,50</b> | <b>100%</b> |

### Cronograma de execução:

O agendamento dos exames serão feitos conforme cronograma de execução abaixo, porém pode ser alterado de acordo com a demanda e a necessidade do município,

### CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| Procedimento                             | jul/26 | ago/26 | set/26 | out/26 | nov/26 | dez/26 | Total |
|------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Ressonância Magnética sem sedação        | 50     | 50     | 50     | 50     | 50     | 50     | 300   |
| Ressonância Magnética com sedação        | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 6     |
| Tomografia Computadorizada com contraste | 4      | 4      | 4      | 4      | 4      | 5      | 25    |
| Tomografia Computadorizada sem contraste | 4      | 4      | 4      | 4      | 4      | 5      | 25    |
| Colonoscopia                             | 4      | 4      | 4      | 4      | 4      | 5      | 25    |
| Endoscopia Digestiva Alta                | 8      | 8      | 8      | 8      | 8      | 10     | 50    |
| Anatomopatológico (03 peças)             | 12     | 12     | 12     | 12     | 12     | 15     | 75    |
| Retossigmoidoscopia                      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 1      | 1     |
| Angiorressonância Cerebral               | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 2      | 2     |

### Cronograma de Desembolso

Os valores serão repassados entre os dias 1º e 5º dia de cada mês, conforme tabela abaixo:

| Descrição                          | jul/26        | ago/26        | set/26        | out/26        | nov/26        | dez/26        | Total          |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Desembolso Financeiro Mensal (R\$) | R\$ 33.396,04 | R\$ 33.396,04 | R\$ 33.396,04 | R\$ 33.396,04 | R\$ 33.396,04 | R\$ 36.575,30 | R\$ 203.555,50 |

### Cronograma de Aplicação dos Recursos Financeiros

| Cronograma de Aplicação x Percentual de Aplicação |           |           |           |           |           |           |            |            |
|---------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| DESPESAS                                          | jul/26    | ago/26    | set/26    | out/26    | nov/26    | dez/26    | Total      | %          |
| EQUIPE MÉDICA PJ (EXAMES)                         |           |           |           |           |           |           |            |            |
| EQUIPE MÉDICA PF                                  |           |           |           |           |           |           |            |            |
| Recursos Humanos                                  |           |           |           |           |           |           |            |            |
| MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA                     | 3.225,30  | 3.225,30  | 3.225,30  | 3.225,30  | 3.225,30  | 3.225,30  | 19.351,80  | 9,51%      |
| SERVIÇO HOSPITALAR ( MEDICAMENTOS)                | 19.351,80 | 19.351,80 | 19.351,80 | 19.351,80 | 19.351,80 | 19.351,80 | 116.110,80 | 57,04%     |
| SERVIÇO HOSPITALAR ( MATERIAS )                   | 10.818,94 | 10.818,94 | 10.818,94 | 10.818,94 | 10.818,94 | 13.998,20 | 68.092,90  | 33,45%     |
| ENERGIA                                           |           |           |           |           |           |           |            |            |
| GÊNERO ALIMENTICIOS                               |           |           |           |           |           |           |            |            |
| ÁGUA E ESGOTO                                     |           |           |           |           |           |           |            |            |
| SERVIÇOS TÉCNICOS PF                              |           |           |           |           |           |           |            |            |
| SERVIÇOS TÉCNICOS PJ                              |           |           |           |           |           |           |            |            |
| VALOR TOTAL                                       | 33.396,04 | 33.396,04 | 33.396,04 | 33.396,04 | 33.396,04 | 36.575,30 | 203.555,50 | 100%       |
| Total                                             |           |           |           |           |           |           | R\$        | 203.555,50 |

### Dos agendamentos

Os agendamentos dos exames somente serão realizados com autorização expressa do Departamento de Saúde.

### Dos resultados dos exames

Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados em até 05 dias úteis após a realização dos exames, sendo uma via para o paciente e uma via do laudo médico como parte integrante do faturamento mensal, que deverá ser enviado em até 05 dias uteis do mês subsequente. Os resultados dos exames anátomos patológicos, excepcionalmente serão enviados após 30 dias

## Da vigência deste Plano de Trabalho

Este plano terá vigência contemplando o período de 06 (seis) meses até **31 de dezembro de 2026**, podendo ser prorrogado nos termos da lei.

## Da avaliação e monitoramento da Proposição

O Departamento Municipal de Saúde será responsável por acompanhar a execução do serviço, bem como a aplicação dos recursos financeiros deste Plano de Trabalho, devendo a Santa Casa de Ituverava encaminhar ao Departamento Municipal de Saúde toda a documentação comprobatória de produção, metas bem como a prestação de contas financeira ao Departamento do Terceiro Setor da Prefeitura Municipal de Igarapava.

## Das contas bancárias específicas para movimentação dos recursos financeiros

- Conta para crédito Recurso Financeiro Municipal.

## Do Valor Global da Proposição:

O valor deste plano de trabalho é no montante **de R\$ 203.555,50 (duzentos e três mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e cinquenta centavos) referente a novos recursos**, serem aplicados única e exclusivamente no objeto deste convênio.

## Da Prestação de Contas

A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITUVERAVA compromete-se a prestar contas dos recursos financeiros recebidos para a execução do objeto do presente Plano de Trabalho no 01/2026, observando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, economicidade e transparência, bem como as disposições legais aplicáveis.

A prestação de contas será realizada mensalmente, devendo ser apresentada ao Departamento Municipal de Saúde de Igarapava até 30 (trinta) dias após o encerramento de cada mês de execução, contendo, no mínimo:

- I – Relatório das atividades desenvolvidas e dos serviços efetivamente realizados no período;
- II – Demonstrativo quantitativo dos exames, procedimentos e atendimentos realizados, conforme metas pactuadas;
- III – Relação detalhada das despesas realizadas com os recursos recebidos;
- IV – Notas fiscais, recibos e demais documentos comprobatórios das despesas efetuadas;
- V – Comprovantes de pagamento das despesas realizadas;
- VI – Extratos bancários da conta específica vinculada ao Convênio, contendo toda a movimentação financeira do período;
- VII – Conciliação bancária, quando aplicável;
- VIII – Demonstrativo de eventual saldo financeiro existente.

O Departamento Municipal de Saúde de Igarapava realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização da execução do objeto, podendo solicitar documentos, informações e esclarecimentos complementares sempre que julgar necessário.

Constatada qualquer irregularidade ou inconsistência na prestação de contas, a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITUVERAVA será notificada para apresentar justificativas ou promover as correções necessárias no prazo de até 15 (quinze) dias úteis.

Os documentos originais relativos à execução física e financeira do Convênio deverão permanecer arquivados pela SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITUVERAVA pelo prazo previsto na legislação vigente, permanecendo à disposição dos órgãos de controle interno e externo.

Ao término da vigência do Convênio, correspondente ao prazo total de 60 (sessenta) meses, a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITUVERAVA deverá apresentar prestação de contas final consolidada da execução física e financeira do objeto no prazo de até 30 (trinta) dias.

Eventual saldo financeiro remanescente, apurado ao final da execução integral do Convênio e não utilizado na consecução do objeto pactuado, deverá ser devolvido ao Município de Igarapava, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

### **Da Declaração do Proponente:**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Órgão Público interessado, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer Órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste plano de trabalho.

Igarapava, 01 de junho de 2026

**BRUNO BALDO** Assinado de forma digital  
por BRUNO BALDO  
**FILHO:4868167** FILHO:48681679872  
**9872** Dados: 2026.06.05  
09:14:44 -03'00'

Bruno Baldo Filho  
Presidente  
Santa Casa de Ituverava  
CPF: 486.816.798-72

### **DO DEPARTAMENTO DE SAUDE DE IGARAPAVA**

DE ACORDO COM O PLANO PROPOSTO

**MARISA PINHEIRO ALVES FERREIRA**  
**DIRETORA DEPARTAMENTO DE SAUDE**

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7C67-9EAD-F616-1B95

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



BRUNO BALDO FILHO (CPF 486.XXX.XXX-72) em 05/06/2026 09:14:44 GMT-03:00

Emitido por: AC SyngularID Multipla << AC SyngularID << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)



MARISA PINHEIRO ALVES FERREIRA (CPF 077.XXX.XXX-30) em 09/06/2026 17:07:55 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/7C67-9EAD-F616-1B95>