

ACORDO DE COOPERAÇÃO Nº 016/2025 - SMS.G. SERMAP

PROCESSO SEI Nº: 6018.2025/0040358-2

ACORDO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO  
PAULO POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE NOSSA  
SENHORA DE NAZARÉ

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, doravante designada por **SECRETARIA**, com sede na Rua Dr. Siqueira Campos, nº172, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representada pelo Sr. **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, Secretário Municipal da Saúde, e a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**, doravante designado **COOPERADA**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos ou econômicos, com estatuto arquivado sob o nº 188.675 no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.976/0001-01, com sede na Av. Nazaré, 1.361, Ipiranga, São Paulo – SP – CEP 04.263-200, neste ato, representada pelo Diretor Geral, Sr. **ROBERTO FRANCHINI**, portador da Cédula de Identidade nº 2.472.365-4/SP e CPF/MF sob o nº 030.770.478-53, resolvem firmar o presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, consoante despacho autorizatório publicado no DOC de 08/05/2025, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente **ACORDO** tem por objeto somar esforços para o desenvolvimento de ações conjuntas de promoção e prevenção em saúde dos usuários SUS do município de São Paulo, sem ônus à municipalidade, com o desenvolvimento pela **COOPERADA** de serviço gratuito de assistência à saúde, para atender a demanda do município de São Paulo, através



do Complexo Regulador Municipal disponibilizando internações, Leitos de UTI, atendimentos/consultas e exames de apoio e diagnóstico por meio dos sistemas SIGA/SAÚDE e/ ou CROSS, em conformidade com o definido no Plano de Trabalho, parte integrante deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS / ATENDIMENTO**

Os procedimentos pactuados e descritos no Plano de Trabalho, parte integrante deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, serão desenvolvidas em estrutura física própria da instituição, localizada na Avenida Nazaré, nº 1361, CEP n.º 04263-200, Ipiranga, São Paulo – SP – inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.976/0001-01, CNES 2077469.

**Parágrafo Primeiro:** O Plano de Trabalho poderá ser ajustado conforme a necessidade, de comum acordo entre as partes, por meio de celebração de **TERMO ADITIVO**.

**Parágrafo segundo:** A **COOPERADA** arcará diretamente com o custo do desenvolvimento das atividades com as quais se compromete por meio deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, não havendo ônus financeiro para a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** em função do desenvolvimento das atividades objeto deste **ACORDO**, e não implicará em transferência ou compartilhamento de recursos financeiros ou patrimoniais entre os parceiros, nos termos do Art. 29 da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA COOPERADA**

a) Executar as ações necessárias à consecução do objeto deste **ACORDO** em consonância com as políticas, objetivos e diretrizes técnicas fixadas pela **SECRETARIA** e/ou diretrizes estabelecidas na literatura científica atualizada, dentro da estrutura do **ACORDO**, seguindo a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS;

b) Dispor de espaço físico, recursos materiais e humanos necessários à execução do objeto deste **ACORDO**;



- c) Manter os registros atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- d) Manter atualizados os prontuários e o arquivo médico, de acordo com a Legislação vigente dos órgãos competentes;
- e) Identificar o paciente por meio do Cartão Nacional de Saúde/CNS;
- f) Seguir a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como as diretrizes da Coordenadoria de Regulação/SMS, observando suas normas, fluxos e protocolos pré-definidos e dispor os procedimentos/atendimentos descritos no Plano de Trabalho na agenda do Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde – SIGA/SAUDE, conforme Portaria - SMS.G nº 255/2025 , principalmente no que se refere à disponibilização das agendas, confirmação de presença e registro do atendimento, este último devendo ser realizado até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento;
- g) Disponibilizar a equipe técnica da **SECRETARIA** o acesso às dependências onde o serviço é prestado e à documentação dos pacientes;
- h) Atender as pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- i) Seguir as normatizações da **SECRETARIA** para a implantação da Política de Atenção no Município de São Paulo, para as atividades afins aqui pactuadas e conforme orientação da Área Técnica desta **SECRETARIA**;
- j) Justificar aos pacientes ou seus representantes legais as razões técnicas alegadas quando da não realização de qualquer ato profissional previsto neste **ACORDO**;
- k) Notificar a **SECRETARIA** por escrito, as razões técnicas quando da não realização de qualquer ato profissional previsto neste **ACORDO**;
- l) Participar, quando solicitado, com os profissionais da **SECRETARIA** de reuniões de avaliação das atividades desenvolvidas;
- m) Disponibilizar no **Sistema SIGA** os procedimentos descritos no Plano de trabalho, em **Agenda Regulada** - oferta para o gestor e na **Agenda Local**, os atendimentos internos gerado partir das primeiras consultas, bem como os atendimentos de odontopediatria.

n) Encaminhar mensalmente à **Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar/CACAC**, as informações referentes aos procedimentos cirúrgicos, traumato-ortopédicos e as internações em leitos de UTI, efetivamente realizadas, de acordo com o modelo constante no Anexo I, II e III. Tais obrigações deverão ser encaminhadas até o quinto dia útil do mês subsequente ao atendimento, através de Ofício e Anexos, todos devidamente assinados pelo responsável. Os demais procedimentos serão verificados através de relatórios emitidos pelo **DTIC/SIGA**.

o) Apresentar mensalmente, todos os **procedimentos realizados**, conforme previsto no Plano de Trabalho, em meio eletrônico, à **CIS/Divisão de Sistemas de Produção e Cadastro SUS**, conforme cronograma de entrega estipulado e segundo as normas técnicas do Sistema Único de Saúde, por meio de apontamento no sistema **CIHA – COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**, onde serão registrados no código 03 - fonte de remuneração - Gratuito;

p) Comunicar de imediato a **SECRETARIA** a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente **ACORDO**;

q) Apresentar, além dos documentos e dos relatórios das atividades, outros, sempre que solicitados pela **SECRETARIA**;

r) Prestar primeiro socorro ao paciente e se necessário encaminhá-lo para atendimento de urgência/emergência.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA**

a) Acompanhar, supervisionar, orientar e fiscalizar através da **Coordenadoria de Regulação** as ações relativas à execução do presente **ACORDO** e solicitar as alterações que se fizerem necessárias;

b) Realizar através da **CIS/Divisão De Sistemas De Produção e Cadastro Do SUS** treinamento dos profissionais da **COOPERADA**, quando necessário, para efetivação dos

registros das informações de produção no **CIHA – COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**;

c) Orientar e viabilizar, através da **Coordenadoria de Regulação e Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação - DTIC** a capacitação da **COOPERADA** para o uso correto do Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde – **SIGA/SAUDE**;

d) Orientar, através da **Coordenadoria de Regulação**, quanto às regras para disponibilização das agendas no Sistema **SIGA/SAUDE**;

e) Receber mensalmente na **CACAC/Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar** as informações referentes aos procedimentos efetivamente **realizados** de acordo com o modelo constante no Anexo I, II e III.

f) Monitorar, analisar e avaliar pela **CACAC/Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar**, o desempenho da **COOPERADA** por meio dos dados gerados no Sistema **BI/SIGA/SAUDE**, quais sejam: disponibilização de agenda, perda primária, absenteísmo, entre outros;

g) Receber mensalmente, na **Divisão De Sistemas De Produção e Cadastro Do SUS**, em meio magnético, ou eletrônico, dentro do prazo legal e conforme cronograma, a produção dos procedimentos informados no **CIHA – COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL** do Ministério da Saúde;

#### **CLÁUSULA QUINTA – DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO OBJETO**

Os profissionais envolvidos na consecução do objeto deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** manterão seus vínculos com a **COOPERADA**, sem que haja qualquer previsão de remuneração por parte da **SECRETARIA**.

**Parágrafo primeiro:** Os serviços ora acordados serão prestados por profissionais devidamente incluídos no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – **CNES**.

**Parágrafo segundo:** Para os efeitos deste **ACORDO**, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento da **COOPERADA**:



I - Membro de seu corpo clínico;

II - Profissional que tenha vínculo de emprego com a **COOPERADA**;

III - Profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, preste serviço a **COOPERADA**, ou seja, por esta, autorizado a fazê-lo.

**Parágrafo terceiro:** Equipara-se a profissional autônomo definido no item III do §2º, empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

**Parágrafo quarto:** É de responsabilidade exclusiva e integral da **COOPERADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **ACORDO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **SECRETARIA**.

**Parágrafo quinto:** A **SECRETARIA** não reembolsará a **COOPERADA** por eventuais custos de ampliação ou de desmobilização de sua equipe técnica em função da execução do presente **ACORDO**.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA COOPERADA**

A **COOPERADA** será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos da **SECRETARIA** e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais, prepostos, preceptores, alunos, estagiários e supervisores, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

**Parágrafo primeiro:** A fiscalização e o acompanhamento da execução deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** por órgãos da **SECRETARIA** não excluem nem reduzem a responsabilidade da **COOPERADA**.

**Parágrafo segundo:** A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

**Parágrafo terceiro:** A **COOPERADA** facilitará à **SECRETARIA** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, inclusive eventual fornecimento de dados médicos de pacientes assistidos pela **COOPERADA** especialmente para o exercício regular de direitos em processo judicial quando a **SECRETARIA** figurar como ré (Fundamento legal: Inciso VI, Art. 7º Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

A **COOPERADA** deverá arcar diretamente com o custo do desenvolvimento das atividades com as quais se compromete por meio deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, não havendo ônus financeiro para a **SECRETARIA** em função do desenvolvimento das atividades objeto do presente **ACORDO**.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO E DA EXTINÇÃO**

O presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO** será celebrado pelo prazo de 60 (sessenta) meses, contados a partir de **01/06/2025**.

**Parágrafo primeiro:** Qualquer uma das partes, ao longo da vigência do presente, poderá denunciá-lo mediante notificação prévia de 90 dias.

**Parágrafo segundo:** Na hipótese de término ou de extinção do presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, a **COOPERADA** obriga-se a repassar à **SECRETARIA** todas as informações disponíveis sobre o objeto deste **ACORDO**.

#### **CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer alteração no presente será objeto de aditamento na forma da legislação vigente a ser ajustado de comum acordo entre as partes, desde que não contrarie o seu objeto.

**CLÁUSULA DÉCIMA – ANTICORRUPÇÃO**

Para a execução deste **ACORDO**, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

A **COOPERADA** deve cumprir a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, no âmbito da execução do objeto deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** e observar as instruções por escrito da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP no tratamento de dados pessoais.

**Parágrafo primeiro:** A **COOPERADA** deve assegurar que o acesso a dados pessoais seja limitado aos empregados, prepostos ou colaboradores que necessitem conhecer/acessar os dados pertinentes, na medida em que sejam estritamente necessários para as finalidades deste **ACORDO**, e cumprir a legislação aplicável, assegurando que todos esses indivíduos estejam sujeitos a compromissos de confidencialidade ou obrigações profissionais de confidencialidade.

**Parágrafo segundo:** Quaisquer tratamentos de dados pessoais realizados no bojo do presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, ou em razão dele, deverão observar as disposições da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e de normas complementares expedidas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados e pela **SECRETARIA**.

**Parágrafo terceiro:** A **COOPERADA** deverá comunicar a **SECRETARIA**, imediatamente, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas da ciência do fato, a ocorrência de qualquer situação que possa acarretar potencial ou efetivo risco ou danos aos titulares dos dados pessoais, e/ou que não esteja de acordo com os protocolos e normas de proteção de dados pessoais.

**Parágrafo quarto:** A **COOPERADA** responderá por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados à Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP ou a terceiros decorrentes do



## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

descumprimento da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, ou de instruções da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP, relacionadas a este Acordo, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP em seu acompanhamento.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO E PUBLICAÇÃO

Restam acordadas entre as partes que o presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO** se encontra com fundamento legal nos termos do Decreto Municipal Nº 57.575, de 29 de dezembro de 2016, ou outra que vier a substituir, ficando eleito o foro de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes deste ajuste.

O Extrato do presente será publicado no Diário Oficial do Município no prazo máximo de 20 dias, contados da data de sua assinatura. Fica eleito o foro de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes deste ajuste.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO** em 1 (uma) via de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

São Paulo, 20 de maio de 2025.



---

**LUIZ CARLOS ZAMARCO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



---

**ROBERTO FRANCHINI**  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

TESTEMUNHAS



ABENSENA  
HOSPITAL DOM ALVARENGA  
Eduardo Halfen Grill  
Superintendente  
CPF. 079.771.428-64



Dr. Benedicto Accacio Borges Neto  
Secretário Executivo Adjunto  
SERMAP - SMS. Página 9 de 14

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ- CNES 2077469  
PROCEDIMENTOS PACTUADOS**

PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - ODONTOPEDIATRIA		Demanda Interna	Oferta ao Gestor (SIGA)	TOTAL
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	Estimativa / Mensal	Estimativa / Mensal	Estimativa / Mensal
GRUPO 01/01 GRUPO 02/04 GRUPO 03/07 GRUPO 04/01 GRUPO 04/04 GRUPO 04/14	GRUPO - ODONTOPEDIATRIA	176	0	176

PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - EXAMES		Demanda Interna	Oferta ao Gestor (SIGA)	TOTAL
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	Estimativa / Mensal	Estimativa / Mensal	Estimativa / Mensal
GRUPO 02/02	DIAG EM LAB CLINICO (MC)	150	0	150
GRUPO 02/03	DIAG/EXAMES CITOPATOLÓGICOS (MC)	4	0	4
GRUPO 02/04	DIAG/EXAMES RX (MC)	30	0	30
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	15	12	27
GRUPO 02/05	ULTRASSONOGRAFIA	70	45	115
GRUPO 02/05	DIAG/USG (MC)	269	57	326
GRUPO 02/06	DIAG/TOMOGRAFIA sem sedação (MC)	100	90	190
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	0	25	25
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	0	25	25
02.09.01.001-0	COLANGIO PÂNCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	2	0	2
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA (2 Feminino e 2 Masculino)	0	4	4
GRUPO 02/09	DIAG/ENDOSCOPIA (MC)	2	54	56
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	0	1	1
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) Avaliação Audiológica Completa	10	10	20
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTHER 24 HS (3 CANAIS)	0	12	12
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	0	12	12
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	15	0	15
GRUPO 02/11	METODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES	25	35	60

PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - CONSULTAS MÉDICAS (MC)		Consultas/mês	Oferta ao Gestor (SIGA) 1ª consulta SIGA/mês	TOTAL
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	MED CARDIOLOGISTA	12	0	12
	MED GINECO OBSTETRA -LAQUEADURA	15	5	20
	MED CIRURGI GERAL	36	12	48
	MED CIRURGIÃO VASCULAR	18	6	24
	MED OTORRINOLARINGOLOGISTA	9	3	12
	MED UROLOGISTA	15	5	20
	MED UROLOGISTA VASECTOMIA	10	10	20
	MED ALERGOPEDIATRA	40	10	50
	MED PNEUMOPEDIATRA	20	10	30
	MED DERMATOPEDIATRA	40	20	60
	MED OTORRINOPEDIATRA	45	15	60
MED NEUROPEDIATRIA	40	20	60	
GRUPO 03/01	CONSULTAS MEDICAS (MC)	300	116	416

ESPECIALIDAD LEITO (SIH) - Estimativa/Mensal/Cirurgias	INT./MÊS
<b>01-CIRÚRGICO</b>	
.....CRG OTORRINOLARINGOLÓGICAS*	3
.....CRG UROLÓGICAS (PRÓSTATA, URETRA) **	5
.....LAQUEADURA*	5
.....VASECTOMIA*	10
.....HERNOPLASTIAS E HERNIORRAFIAS*	12
.....COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPIA*	6
.....VASCULAR (TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES BILATERAL)**	12
.....CRG TRAUMATO-ORTOPEDIA	12
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

\* COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE

\*\*SMS/COORD. DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - CRUE

ESPECIALIDADES	FACTUAÇÃO	
	LEITOS SUS	ESTIMATIVA DE INTERNAÇÕES/MÊS
CIRURGIA GERAL	6	53
CLÍNICO	1	3
UTI ADULTO TIPO I	1*	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>57</b>

\*\*SMS/COORD. DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - CRUE



## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO I

Nome da Instituição (usar papel timbrado)

Acordo de Cooperação nº.....

Competência:

### PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

Ordem	NOME DO PACIENTE	D.N.	NOME DA MÃE	CARTÃO SUS	DATA PRIMÉRIA CONSULTA (SIGA)	SIH				
						PROCEDIMENTO REALIZADO	CÓDIGO SUS	Nº DA AIH	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ALTA
1	J.M.N	__/__/__	C.M.A	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxx				
2										
3										

### ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO RESPONSÁVEL TÉCNICO

- 1 - A COOPERADA se compromete a apresentar este Anexo, referente aos serviços efetivamente prestados, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável.
- 2 - Os pacientes objeto desses atendimentos deverão necessariamente ter sido regulados e encaminhados única e exclusivamente pelo Sistema SIGA, de acordo com os fluxos estabelecidos pela Regulação.



## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO II  
Nome da Instituição (usar papel timbrado)

Acordo de Cooperação n°.....  
Competência:

### PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - TRAUMA - ORTOPEDIA

Ordem	NOME DO PACIENTE	D.N.	NOME DA MÃE	CARTÃO SUS	Nº FICHA CROSS	Nº AIH	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	NÚMERO DIÁRIAS	MOTIVO DA SAÍDA
1	J.MN	___/___/___	C.MA	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxx	___/___/___	___/___/___		
2										
3										

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO RESPONSÁVEL TÉCNICO

- 1 - A COOPERADA se compromete a apresentar este Anexo, referente aos serviços efetivamente prestados, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável.
- 2 - Os pacientes objeto desses atendimentos deverão necessariamente ter sido regulados e encaminhados única e exclusivamente pelo Sistema SIRESP / CROSS, de acordo com os fluxos estabelecidos pela Regulação.



## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO III  
Nome da Instituição (usar papel timbrado)

Acordo de Cooperação nº.....  
Competência:

### LEITOS DE UTI

Ordem	NOME DO PACIENTE	D.N.	NOME DA MÃE	CARTÃO SUS	Nº FICHA CROSS	Nº AIH	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	NÚMERO DIÁRIAS	MOTIVO DA SAÍDA
1	JMN	/ /	C M A	xxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxx	/ /	/ /		
2										
3										

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Motivo da Saída: ÓBITO, TRANSFERENCIA PARA OUTRO SERVIÇO, etc.

A CONVENIENTE se compromete a apresentar este Anexo, referente aos serviços efetivamente prestados, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável.

## PLANO DE TRABALHO

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ – HOSPITAL DOM ALVARENGA**, associação civil, filantrópica sem fins lucrativos, atualmente com 119 leitos, mais 30 leitos complementares de UTI adulto, com sede em São Paulo, na Avenida Nazaré, nº 1361, CEP n.º 04263-200, Ipiranga, São Paulo inscrita no **CNPJ** sob o nº 60.975.976/0001-01, inscrita no **CREMESP** sob o nº 03214, **CNES** 2077469 e com o estatuto arquivado no 2.º Cartório de Registro de Título e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital, em 07/02/2025, sob nº 188675 neste ato representado por seu Superintendente, **Eduardo Halfen Grill**, portador da cédula de identidade nº 24.466.334-8 e inscrito no CPF/MF sob o n.º 079.771.428-64, tendo em vista os fundamentos legais que regem o **Sistema Único de Saúde – SUS**, vem por meio deste formalizar o **Plano de Trabalho**, para um **Acordo de Cooperação**, que substituirá o **Termo de Parceria Nº 02/2020-SMS**, vigente até 1º de junho de 2025.

### Breve Histórico da Instituição

A história do Hospital Dom Alvarenga teve início em 2 de janeiro de 1932, quando ainda era muito restrito o acesso a tratamentos de saúde no Brasil, especialmente para a população de baixa renda. Os níveis de mortalidade infantil eram elevados e o atendimento público era realizado principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia e por poucas clínicas criadas por idealistas, como foi a Clínica Infantil do Ipiranga, atual Hospital Dom Alvarenga.

O prédio atual foi inaugurado em 1942 e batizado de Hospital Dom Antonio de Alvarenga. A partir de 2003, a Instituição alterou sua razão social para Associação Beneficente Nossa Senhora de Nazaré – Abensena, que atende sob as denominações de Hospital Dom Alvarenga e Clínica Infantil do Ipiranga.

Com o passar dos anos e aprimoramentos constantes, pacientes particulares e de convênios de saúde usufruem um excelente nível de atendimento, com segurança e conforto. O resultado desses atendimentos garante as atividades filantrópicas do Hospital Dom Alvarenga e da Clínica Infantil do Ipiranga.

### Justificativa

Para manter as atividades filantrópicas da Abensena é obrigatória a manutenção de um contrato ou instrumento congênera, firmado com o gestor do SUS do CEBAS, esse, com a finalidade de aplicar porcentagem da receita efetivamente recebida com serviços de saúde em atendimentos gratuitos, sem ônus à municipalidade e aos munícipes, observando as regras de encaminhamento, regulação e cumprimento de todas as obrigações previstas no **Acordo de Cooperação**.

## Objetivo Geral

A pactuação dos serviços de assistência em saúde foi acordada entre o **Hospital Dom Alvarenga** e a **Secretaria Municipal de Saúde - SMS**, através das **Gerências de Controle e Regulação**. Serão prestados atendimentos à clientela que necessita de assistência médico hospitalar de internação e/ou ambulatorial para atender a demanda submetida ao **Complexo Regulador Municipal**. A pactuação das internações, consultas ambulatoriais e exames foram definidos após análise de prioridades, produção, capacidade instalada e necessidades da rede.

## Plano de ação/ações propostas

### Internações:

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** realizará, em média, 53 internações por mês para realização dos procedimentos de média complexidade, nas especialidades e nos quantitativos conforme mostra o quadro abaixo:

Procedimentos Média Complexidade	
CRG OTORRINOLARINGOLÓGICAS*	3
CRG UROLÓGICAS (PRÓSTATA, URETRA) **	5
LAQUEADURA*	5
VASECTOMIA*	10
HERNOPLASTIAS E HERNIORRAFIAS*	12
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPIA*	
VASCULAR (TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES BILATERAL) **	6
CRG TRAUMATO-ORTOPEDIA	12
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>53</b>

\* Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste

\*\* Complexo Municipal de Regulação

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** fará, em média, 3 internações por mês nos leitos de clínica médica, dos pacientes provenientes de alta da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, encaminhados pelo **Complexo Municipal de Regulação**.

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** manterá 1 leito de UTI disponibilizado ao **Complexo Municipal de Regulação**, seguindo os mesmos protocolos já estabelecidos e em prática.

ESPECIALIDADES	PACTUAÇÃO	
	LEITOS SUS	MÉDIA DE INTERNAÇÕES MÊS
CIRURGIA GERAL	6	53
CLÍNICO	1	3
UTI ADULTO TIPO I	1*	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>57</b>

\* COMPLEXO REGULADOR

**Ambulatório:**

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** realizará 416 consultas por mês de diversas especialidades, distribuídas conforme os quadros abaixo. As consultas deverão atender a concepção e desenvolvimento da linha de cuidados com recursos ofertados pelo próprio hospital. 116 serão novas consultas, cuja oferta atenderá as Diretrizes da Regulação da **SMS- SP**.

Especialidades	1ª consultas disponibilizadas no SIGA/mês	Consultas/ mês	TOTAL
Cardiologia		12	12
Cirurgia Vascular	6	18	24
Cirurgia Geral	12	36	48
Cirurgia Ginecológica - Laqueadura	5	15	20
Cirurgia Urológica	5	15	20
Cirurgia Urológica - Vasectomia	10	10	20
Cirurgia Otorrinolaringológica	3	9	12
Otorrinolaringologia Pediátrica	15	45	60
Alergologia Pediátrica	10	40	50
Dermatologia Pediátrica	20	40	60
Pneumologia Pediátrica	10	20	30
Neurologia Pediátrica	20	40	60
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>300</b>	<b>416</b>

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** fará, em média, 472 Serviços de Apoio e Diagnóstico por mês de média complexidade, regulados pelo **Gestor**. O quantitativo a ser disponibilizado por **Grupo** será distribuído conforme quadros abaixo:

Grupos	SADT disponibilizados no SIGA/mês	Demanda interna	Total
Grupo 02.02 - Diagnóstico em Laboratório Clínico		150	150
Grupo 02.03 - Diagnóstico / Exames Citopatológicos		4	4
Grupo 02.04 - Diagnóstico por Radiologia		30	30
Grupo 02.05 - Diagnóstico por Ultrassonografia *	45	70	115
Grupo 02.05 - Diagnóstico por USG/Ecocardiografia Transtorácica	12	15	27
Grupo 02.06 - Diagnóstico por Tomografia (sem sedação)	90	100	190
Grupo 02.09 - Diagnóstico por Endoscopia			
Endoscopia	25		25
Colonoscopia	25		25
Cistoscopia Feminino	2		2
Cistoscopia Masculino	2		2
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica CPRE		2	2
Grupo 02.11 - Métodos Diagnósticos em Especialidades ***			
Diag. / Cardiologia Monitoramento pelo sistema Holter 24hs	12		12
Diag. / Cardiologia Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial	12		12
Eletrocardiograma		15	15
Testes de Processamento Auditivo	1		1
Avaliação Audiológica Completa (Audiometria, Logoaudiometria e Impedanciometria)	10	10	20
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>396</b>	<b>632</b>

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** realizará exames para atender a sua demanda interna, decorrente das internações e pacientes em acompanhamento ambulatorial, em média, 632 por mês, conforme quadros acima:

**Odontopediatria:**

DESCRIÇÃO	FÍSICO/ MÊS
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO, VERNIZ (POR DENTE)	12
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2
APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	12
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	12
EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	6
SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	12
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	8
RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	1
CAPEAMENTO PULPAR (INCLUI SELAMENTO DE CAVIDADES)	12
RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	10
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	8
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	8
ACESSO à POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO POR DENTE	6
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	5
OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	12
PULPOTOMIA DENTÁRIA	10
FRENOTOMIA / FRENECTOMIA	1
DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	2
EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	12
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	1
REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL	5
ULOTOMIA / ULECTOMIA	1
RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA	12
CONDICIONAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA	6
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA** realizará o registro da produção dos atendimentos gratuitos pactuados no **Sistema CIHA - Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial do Ministério da Saúde** e está ciente que não haverá nenhum ônus (repasse/reembolso) por parte da **SMS/SP** pela execução do **Acordo de Cooperação**; e se compromete a participar das reuniões de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, sempre que solicitado.

O **HOSPITAL DOM ALVARENGA**, também, se obriga a disponibilizar a agenda dos procedimentos no **SIGA**, com confirmação de presença, registro do atendimento, enfim, seguir as Diretrizes da Regulação da SMS- SP.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

DocuSigned by:

*Eduardo Halfen Grill*

FDDC4DA442C545C

---

**EDUARDO HALFEN GRILL**  
**SUPERINTENDENTE**  
**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**