

**TERMO ADITIVO Nº 05/2024 AO ACORDO DE COOPERAÇÃO Nº 06/2021-SMS.G**

**PROCESSO SEI Nº:** 6018.2021/0077434-6 ✓

**ACORDO DE COOPERAÇÃO:** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E A ASSOCIAÇÃO CRUZ AZUL ✓

**OBJETO DO ACORDO:** Somar esforços para o desenvolvimento de ações conjuntas de prevenção, promoção, recuperação da saúde dos usuários SUS do município de São Paulo

**OBJETO DO ADITAMENTO:** Readequação do Plano de Trabalho . ✓




O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua Dr. Siqueira Campos , nº176, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, Secretário Municipal da Saúde, doravante designada simplesmente por **CONTRATANTE**, e a **ASSOCIAÇÃO CRUZ AZUL DE SAO PAULO**, doravante designada **COOPERADA**, associação sem fins econômicos, de caráter beneficente, educativa, com sede na Avenida Lins de Vasconcelos, nº 356, Cambuci, São Paulo – SP, inscrita no CNPJ sob o nº 62.106.505/0001-92, neste ato representada pelo Procurador **NELSON GUILHARDUCCI**, portador da Cédula de Identidade nº 18.839.148-4 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 076.465.798-40, resolvem firmar o presente **TERMO ADITIVO Nº 05/2024**, consoante despacho autorizatório exarado DOC 8/06/2024

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto a Readequação do Plano de Trabalho parte integrante do presente.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas as demais condições do Acordo de Cooperação inicial e suas alterações posteriores não alteradas por este instrumento.



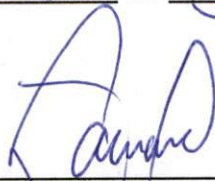
**CLÁUSULA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO E DO FORO**

O presente contrato será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas ou omissas no presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas próprias Partes ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente TERMO em 01 (uma) via, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 08 de Junho de 2.024

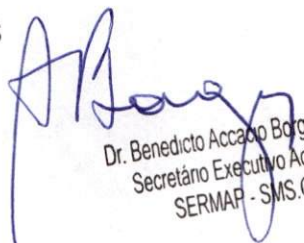


\_\_\_\_\_  
**LUIZ CARLOS ZAMARCO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

  
\_\_\_\_\_  
**NELSON GUILHARDUCCI**

**ASSOCIAÇÃO CRUZ AZUL DE SAO PAULO**

TESTEMUNHAS

  
Dr. Benedicto Accacio Borges Neto  
Secretário Executivo Adjunto  
SERMAF - SMS.G

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO I (Parte integrante do Plano de Trabalho)

| 2024         | Escoliose | Artrodese de Coluna | Nefrolitotripsia Trans Nefroscópica por ondas de choque | Ureterolitotripsia externa por ondas de choque | Nefrectomia Total | Endovascular (Hemodinâmica) | Avaliação Urodinâmica | Implante de marcapasso definitivo (urgência - pacientes Internados) | Cateterismo /Angioplastia |
|--------------|-----------|---------------------|---|--|-------------------|-----------------------------|-----------------------|---|---------------------------|
| Janeiro      | 7         | 4                   | 5   | 5  | 5                 | 10                          | 10                    | 2   | 20                        |
| Fevereiro    | 7         | 4                   | 5   | 5  | 5                 | 10                          | 10                    | 2   | 20                        |
| Março        | 7         | 4                   | 5   | 5  | 5                 | 10                          | 10                    | 2   | 20                        |
| Abril        | 7         | 4                   | 5   | 5  | 5                 | 10                          | 10                    | 2   | 20                        |
| Maio         | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Junho        | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Julho        | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Agosto       | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Setembro     | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Outubro      | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Novembro     | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| Dezembro     | 5         | 2                   | 5   | 5  | 5                 | 5                           | 0                     | 2   | 5                         |
| <b>Total</b> | <b>68</b> | <b>32</b>           | <b>60</b>   | <b>60</b>                                      | <b>60</b>         | <b>80</b>                   | <b>40</b>             | <b>24</b>   | <b>120</b>                |

**LISTA DE PROCEDIMENTOS**

| <b>PROCEDIMENTOS - ENDOVASCULAR</b> |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>CÓDIGOS</b>                      | <b>DESCRIÇÃO</b>   |
| 02.10.01.004-5                      | AORTOGRAFIA ABDOMINAL  |
| 02.10.01.001-0                      | ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)   |
| 02.10.01.002-9                      | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO  |
| 02.10.01.003-7                      | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS   |
| 02.10.01.006-1                      | ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA   |
| 02.10.01.007-0                      | ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO  |
| 02.10.01.012-6                      | ARTERIOGRAFIA PELVICA  |
| 02.10.01.013-4                      | ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA*  |
| 02.10.01.014-2                      | ARTERIOGRAFIA RENAL  |
| 02.10.01.015-0                      | ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL   |
| 02.10.01.016-9                      | ARTERIOGRAFIA HEPATICA   |
| 02.10.01.017-7                      | FLEBOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES  |
| 02.10.01.017-7                      | FLEBOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES  |
| 03.03.06.001-8                      | TRATAMENTO DE ANEURISMA DA AORTA   |
| 04.03.07.002-3                      | EMBOLOGIAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL   |
| 04.03.07.008-2                      | EMBOLOGIAÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA DA CABEÇA E PESCOÇO                                     |
| 04.03.07.011-2                      | EMBOLOGIAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL SIMPLES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL            |
| 04.06.01.013-7                      | CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL                                    |
| 04.06.04.002-8                      | ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)                      |
| 04.06.04.005-2                      | ANGIOPLASTIA DA ARTERIA FEMURAL - (PROCEDIMENTO SEM STENT)                                     |
| 04.06.04.005-2                      | ANGIOPLASTIA DA ARTERIA ILIACA - (PROCEDIMENTO SEM STENT)                                      |
| 04.06.04.005-2                      | ANGIOPLASTIA DA ARTERIA SUBCLAVIA - (PROCEDIMENTO SEM STENT)                                   |
| 04.06.04.005-2                      | ANGIOPLASTIA DE MEMBRO INFERIOR - (PROCEDIMENTO SEM STENT)                                     |
| 04.06.04.006-0                      | ANGIOPLASTIA DA ARTERIA FEMURAL - (PROCEDIMENTO COM STENT)                                     |
| 04.06.04.006-0                      | ANGIOPLASTIA DA ARTERIA ILIACA - (PROCEDIMENTO COM STENT)                                      |
| 04.06.04.006-0                      | ANGIOPLASTIA DA ARTERIA SUBCLAVIA - (PROCEDIMENTO COM STENT)                                   |
| 04.06.04.006-0                      | ANGIOPLASTIA DE MEMBRO INFERIOR - (PROCEDIMENTO COM STENT)                                     |
| 04.06.04.010-9                      | ANGIOPLASTIA DE ARTERIA MESENTERICA  |
| 04.06.04.010-9                      | ANGIOPLASTIA DE ARTERIA RENAL  |
| 04.06.04.010-9                      | CORREÇÃO DE ANEURISMA RENAL  |
| 04.06.04.012-5                      | ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIIS   |
| 04.06.04.014-1                      | COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA (NA TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA E EMBOLIA PULMONAR) |
| 04.06.04.019-2                      | EMBOLOGIAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA   |
| 04.06.04.019-2                      | EMBOLOGIAÇÃO DE SANGRAMENTO INTESTINAL   |
| 04.06.04.019-2                      | EMBOLOGIAÇÃO DE VARIZES ESOFAGICAS   |
| 04.06.04.029-0                      | EMBOLOGIAÇÃO DE EPISTAXE   |

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| 04.06.04.030-3           | EMBOLOGIZAÇÃO DE MIOMA                |
| 04.06.04.030-3           | EMBOLOGIZAÇÃO DE SANGRAMENTO RENAL    |
| 04.07.03.008-5           | COLOCAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR - STENT   |
| 04.07.03.011-5           | DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA INTERNA    |
| 04.09.01.121-9           | NEFRECTOMIA TOTAL                     |
| 04.16.04.019-5           | QUIMIOEMBOLIZAÇÕES HEPÁTICA           |
| Não consta em Tabela SUS | EMBOLOGIZAÇÃO DE SANGRAMENTO HEPÁTICO |

| <b>PROCEDIMENTOS - CARDÍACOS</b> |  |
|----------------------------------|--|
| <b>CÓDIGOS</b>                   | <b>DESCRIÇÃO</b>   |
| 02.11.02.001-0                   | CATETERISMO CARDIACO   |
| 04.06.01.068-4                   | IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO TRANSVENOSO**              |
| 04.06.01.115-0                   | TROCA DE GERADOR E DE ELETRODO DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA |
| 04.06.03.001-4                   | ANGIOPLASTIA CORONARIANA                                     |

**OBSERVAÇÃO:**

\* incluir angioplastia carótidas

\*\* A necessidade é para marcapasso definitivo

