



## RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

(Lei nº 13.019/2014, redação dada pela Lei nº 13.204/2015, Art.66, inciso I)

### 1. DADOS DA ENTIDADE

|                                          |          |    |                                |                |                    |
|------------------------------------------|----------|----|--------------------------------|----------------|--------------------|
| NOME DA ENTIDADE                         |          |    |                                |                | CNPJ               |
| Irmandade Santa Casa de Angatuba         |          |    |                                |                | 43.600.261/0001-55 |
| ENDEREÇO                                 |          |    |                                |                | NÚMERO             |
| Praça Levy Lisboa                        |          |    |                                |                | 1.202              |
| BAIRRO                                   | CIDADE   | UF | CEP                            | DDD / TELEFONE |                    |
| Centro                                   | Angatuba | SP | 18.240-000                     | (15) 3255-1055 |                    |
| E-MAIL                                   |          |    | SITE                           |                |                    |
| administracao@santacasadeangatuba.com.br |          |    | www.santacasadeangatuba.com.br |                |                    |

### 2. DADOS DA PARCERIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                                       |                         |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| MODALIDADE DO TERMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                                       | Nº                      | VIGÊNCIA                |
| <input type="checkbox"/> Fomento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Colaboração | <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Convênio | 001/2022                | 01/01/2024 a 31/12/2024 |
| OBJETO DA PARCERIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                       |                         |                         |
| Complementar e definir as ações e serviços de saúde pública que integram o Sistema Único de Saúde - SUS consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais e complementação de Especialidades e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU visando a garantia da atenção integral à saúde a qualquer indivíduo que deles necessite, observada a sistemática de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde - SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgência/emergências quando for o caso, em consonância ao previsto no art. 199 §1º da Constituição Federal. |                                      |                                                       |                         |                         |
| TÍTULO DO PROJETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                                       | PERÍODO                 |                         |
| Convênio Santa Casa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                                       | 3º QUADRIMESTRE de 2024 |                         |

### 3. EXECUÇÃO

- Serviços de Média Complexibilidade

#### INTERNAÇÕES

| ESPECIFICACAO                                  | PACUTADO |                 |           | QUANTIDADE REALIZADA  |                      |                       |                       |
|------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CONSULTAS /<br>ATENDIMENTOS /<br>ACOMPANHAMENT | Pactuado | Valor<br>Sigtap | Total Mês | Setembro<br>Realizado | Outubro<br>Realizado | Novembro<br>Realizado | Dezembro<br>Realizado |
| CIRURGIA GERAL                                 | 16       | 462,00          | 7.392,00  | 21                    | 17                   | 11                    | 25                    |
| CLÍNICA MÉDICA                                 | 78       | 529,46          | 41.297,88 | 73                    | 73                   | 55                    | 44                    |
| PEDIATRIA                                      | 12       | 285,19          | 3.422,28  | 14                    | 12                   | 7                     | 5                     |
| OBSTETRÍCIA                                    | 29       | 552,17          | 16.012,93 | 21                    | 28                   | 16                    | 24                    |
| TOTAL.....                                     | 135      | 1.828,82        | 68.125,09 | 129                   | 130                  | 89                    | 98                    |



15 3255.1055

✉ contato@santacasadeangatuba.com.br



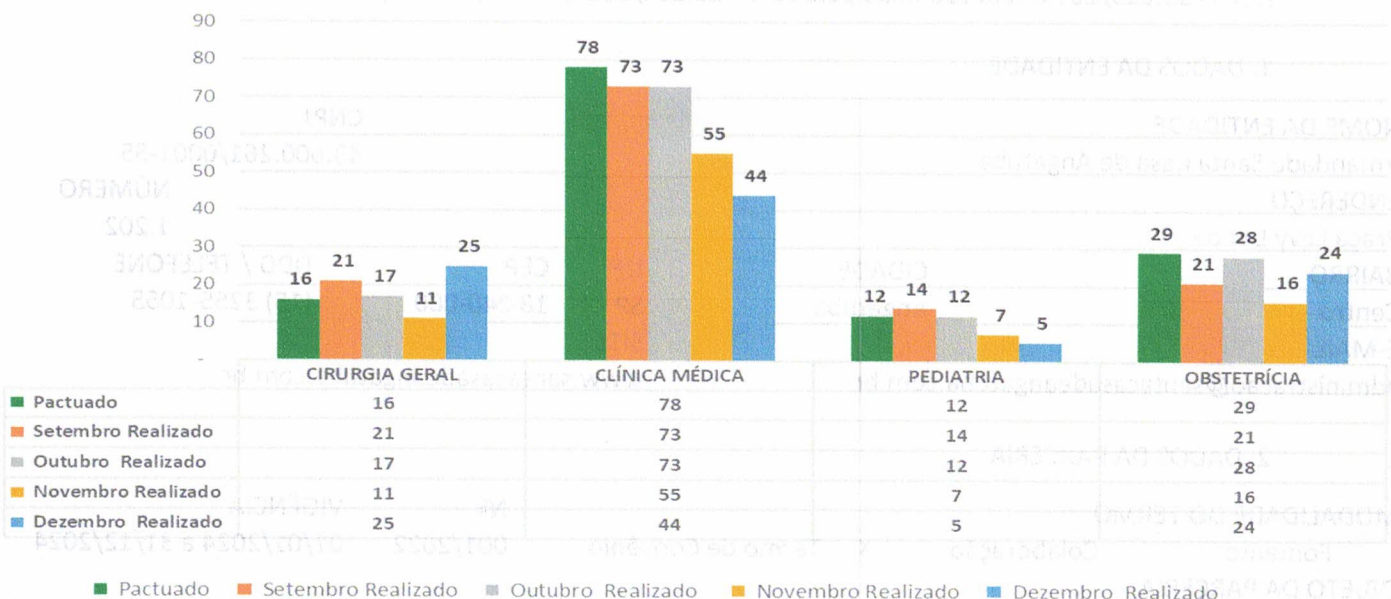
CNPJ 43.600.261/0001-55



Pc Levy Lisboa, 1202  
Centro - Angatuba, SP



## Comparativo Pactuado X Realizado - ITERNAÇÕES



## METAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

| 02.02       | DIAGNOSTICO EM LABORATORIO CLINICO               | Pactuado     | Setembro Realizado | Outubro Realizado | Novembro Realizado | Dezembro Realizado |
|-------------|--------------------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 020205001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIM | 385          | 517                | 487               | 489                | 462                |
| 020202038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO                               | 380          | 576                | 558               | 519                | 495                |
| 020203020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                    | 250          | 286                | 227               | 234                | 219                |
| 020201031-7 | DOSAGEM DE CREATININA                            | 120          | 182                | 219               | 198                | 170                |
| 020201069-4 | DOSAGEM DE UREIA                                 | 100          | 183                | 219               | 199                | 170                |
| 020201032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)            | 90           | 137                | 93                | 147                | 82                 |
| 020201033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB        | 90           | 136                | 91                | 141                | 81                 |
| 020203120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA                             | 90           | 136                | 89                | 143                | 81                 |
| 020201064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (T | 60           | 116                | 99                | 88                 | 91                 |
| 020201065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | 60           | 116                | 99                | 88                 | 91                 |
| 020201020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES           | 45           | 23                 | 25                | 30                 | 32                 |
| 020201047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE                               | 24           | 18                 | 23                | 17                 | 17                 |
| 020206021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG,  | 19           | 17                 | 16                | 19                 | 18                 |
| 020201018-0 | DOSAGEM DE AMILASE                               | 15           | 63                 | 57                | 53                 | 48                 |
| 020202048-7 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA                  | 15           | 48                 | 57                | 37                 | 36                 |
| 020201036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                  | 14           | 7                  | 5                 | 5                  | 8                  |
| 020203117-9 | TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM  | 12           | 9                  | 11                | 14                 | 14                 |
| 020201046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)   | 10           | 36                 | 32                | 37                 | 29                 |
| 020202049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO                     | 8            | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020201042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                    | 6            | 9                  | 11                | 21                 | 9                  |
| 020202015-0 | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO  | 6            | 7                  | 1                 | 4                  | -                  |
| 020202002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS                            | 4            | -                  | -                 | -                  | 4                  |
| 020202036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRI | 4            | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020202039-8 | LEUCOGRAMA                                       | 4            | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020201012-0 | DOSAGEM DE ACIDO URICO                           | 3            | 7                  | 8                 | 8                  | 6                  |
| 020212002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO       | 3            | 1                  | 4                 | 4                  | 5                  |
| 020201021-0 | DOSAGEM DE CALCIO                                | 2            | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020201027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                        | 1            | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020201061-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                      | 1            | -                  | 7                 | 2                  | 3                  |
|             | <b>TOTAL .....</b>                               | <b>1.821</b> | <b>2.630</b>       | <b>2.438</b>      | <b>2.497</b>       | <b>2.171</b>       |



|             | DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA                        | Pactuado | Setembro Realizado | Outubro Realizado | Novembro Realizado | Dezembro Realizado |
|-------------|---------------------------------------------------|----------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 020403017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                         | 380      | 497                | 444               | 335                | 280                |
| 020401014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + | 74       | 54                 | 55                | 52                 | 42                 |
| 020406015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE                   | 60       | 61                 | 72                | 59                 | 60                 |
| 020406008-7 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)               | 58       | 71                 | 58                | 54                 | 47                 |
| 020406012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)              | 55       | 82                 | 99                | 86                 | 95                 |
| 020403015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                | 50       | 126                | 125               | 113                | 80                 |
| 020404009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO                                | 46       | 64                 | 68                | 38                 | 65                 |
| 020401008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)              | 45       | 39                 | 34                | 13                 | 26                 |
| 020402006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                 | 43       | 52                 | 57                | 44                 | 37                 |
| 020406008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA          | 42       | 48                 | 63                | 48                 | 55                 |
| 020404003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL        | 35       | 19                 | 17                | 9                  | 12                 |
| 020404012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)     | 30       | 32                 | 34                | 26                 | 23                 |
| 020406009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA                              | 25       | 45                 | 41                | 40                 | 37                 |
| 020402004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + T  | 17       | 18                 | 24                | 21                 | 23                 |
| 020403007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)           | 17       | 4                  | 7                 | 5                  | 9                  |
| 020404007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO                           | 17       | 23                 | 30                | 18                 | 20                 |
| 020404001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO                          | 15       | 15                 | 15                | 15                 | 18                 |
| 020406016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA                              | 15       | 19                 | 31                | 15                 | 24                 |
| 020404005-1 | RADIOGRAFIA DE BRACO                              | 8        | 14                 | 5                 | 1                  | 8                  |
| 020406010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                          | 8        | 5                  | 7                 | 18                 | 14                 |
| 020406011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA                               | 8        | -                  | -                 | 1                  | -                  |
| 020401006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)            | 6        | 1                  | -                 | 2                  | 1                  |
| 020402010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR               | 4        | 10                 | 4                 | 3                  | 7                  |
| 020406006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL           | 4        | 4                  | 5                 | 6                  | 5                  |
| 020403014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)     | 3        | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020402009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)     | 2        | 8                  | 8                 | 10                 | 4                  |
| 020404006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA                          | 2        | 2                  | 3                 | 4                  | 4                  |
| 020402003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + T  | 1        | -                  | -                 | -                  | -                  |
| 020404011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)     | 1        | 30                 | 38                | 27                 | 16                 |
|             | SUB-TOTAL .....                                   | 1.071,00 | 1.343,00           | 1.344,00          | 1.064,00           | 1.012,00           |
|             | TOTAL .....                                       | 1.071,00 | 1.343,00           | 1.344,00          | 1.064,00           | 1.012,00           |

| CODIGO DO PROCEDIMENT | ESPECIFICACAO                                 | PACUTADO | QUANTIDADE REALIZADA |                   |                    |                    |
|-----------------------|-----------------------------------------------|----------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
|                       |                                               |          | Setembro Realizado   | Outubro Realizado | Novembro Realizado | Dezembro Realizado |
| <b>02.11</b>          | <b>METODOS DIAGNOSTICOS EM ESPECIALIDADES</b> |          |                      |                   |                    |                    |
| 021102003-6           | ELETCARDIOGRAMA                               | 105      | 191                  | 172               | 177                | 150                |
| 021104006-1           | TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO                   |          | 49                   | 46                | 46                 | 83                 |
|                       | SUB-TOTAL .....                               | 105      | 174                  | 163               | 175                | 176                |
| <b>02.14</b>          | <b>DIAGNOSTICO POR TESTE RAPIDO</b>           |          |                      |                   |                    |                    |
| 021401004-0           | TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTA    | 2        | 5                    | 4                 | 10                 | 11                 |
| 021401005-8           | HIV                                           | -        | 3                    | 7                 | 4                  | 3                  |
| 021401009-0           | TESTE RAPIDO PARA DETECAAO DE HEPATITE C      | -        | 3                    | 5                 | 3                  | 4                  |
|                       | SUB-TOTAL .....                               | 2        | 11                   | 16                | 17                 | 18                 |
|                       | TOTAL .....                                   | 147      | 185                  | 179               | 192                | 194                |

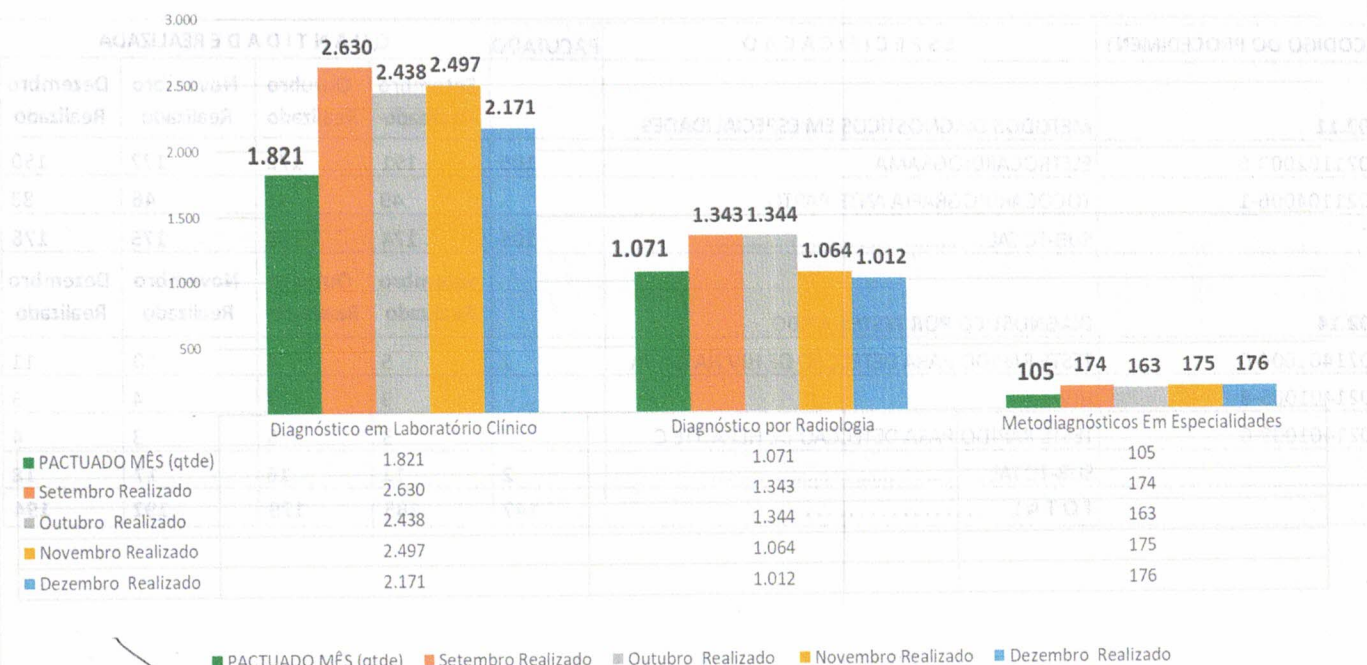




| 03.01       | CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENT                | Pactuado      | Setembro Realizado | Outubro Realizado | Novembro Realizado | Dezembro Realizado |
|-------------|---------------------------------------------------------|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 030106009-6 | ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTOATENDIMEN        | 3.300         | 2.577              | 2.380             | 2.156              | 2.272              |
| 030101004-8 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA A        | 2.600         | 4.625              | 4.250             | 3.983              | 4.024              |
| 030110001-2 | ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIA        | 2.600         | 3.604              | 3.351             | 3.108              | 3.157              |
| 030106002-9 | ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HOR        | 1.230         | 1.953              | 1.872             | 1.728              | 1.620              |
| 030101007-2 | CONSULTA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UROLOGISTA)          | 150           | 123                | 125               | 128                | 108                |
| 030101007-2 | CONSULTA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGISTA) | 150           | 139                | 122               | 124                | 97                 |
| 030106010-0 | ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORI       | 90            | 111                | 97                | 67                 | 104                |
| 030101005-6 | CONSULTA MEDICA EM SAUDE DO TRABALHADOR                 | 3             | -                  | -                 | -                  | -                  |
|             | <b>SUB-TOTAL.....</b>                                   | <b>10.123</b> | <b>13.132</b>      | <b>12.197</b>     | <b>11.294</b>      | <b>11.382</b>      |
| 04.01       | PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE,                 | Pactuado      | Setembro Realizado | Outubro Realizado | Novembro Realizado | Dezembro Realizado |
| 040101005-8 | EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PEL        | 46            | 55                 | 53                | 34                 | 58                 |
| 040101010-4 | INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO                          | 15            | 5                  | 8                 | 1                  | 9                  |
| 040101011-2 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO                   | 12            | 8                  | 2                 | 2                  | 2                  |
|             | <b>SUB-TOTAL.....</b>                                   | <b>73</b>     | <b>68</b>          | <b>63</b>         | <b>37</b>          | <b>69</b>          |
| 04.04       | CIRURGIA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES, DA                 | Pactuado      | Setembro Realizado | Outubro Realizado | Novembro Realizado | Dezembro Realizado |
| 040401027-0 | REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO U       | 11            | 7                  | 10                | 5                  | 16                 |
| 040401034-2 | TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR              | 1             | -                  | -                 | -                  | -                  |
|             | <b>SUB-TOTAL.....</b>                                   | <b>12</b>     | <b>7</b>           | <b>10</b>         | <b>5</b>           | <b>16</b>          |
|             | <b>TOTAL.....</b>                                       | <b>10.208</b> | <b>13.207</b>      | <b>12.270</b>     | <b>11.336</b>      | <b>11.467</b>      |

### Gráficos (Resumo)

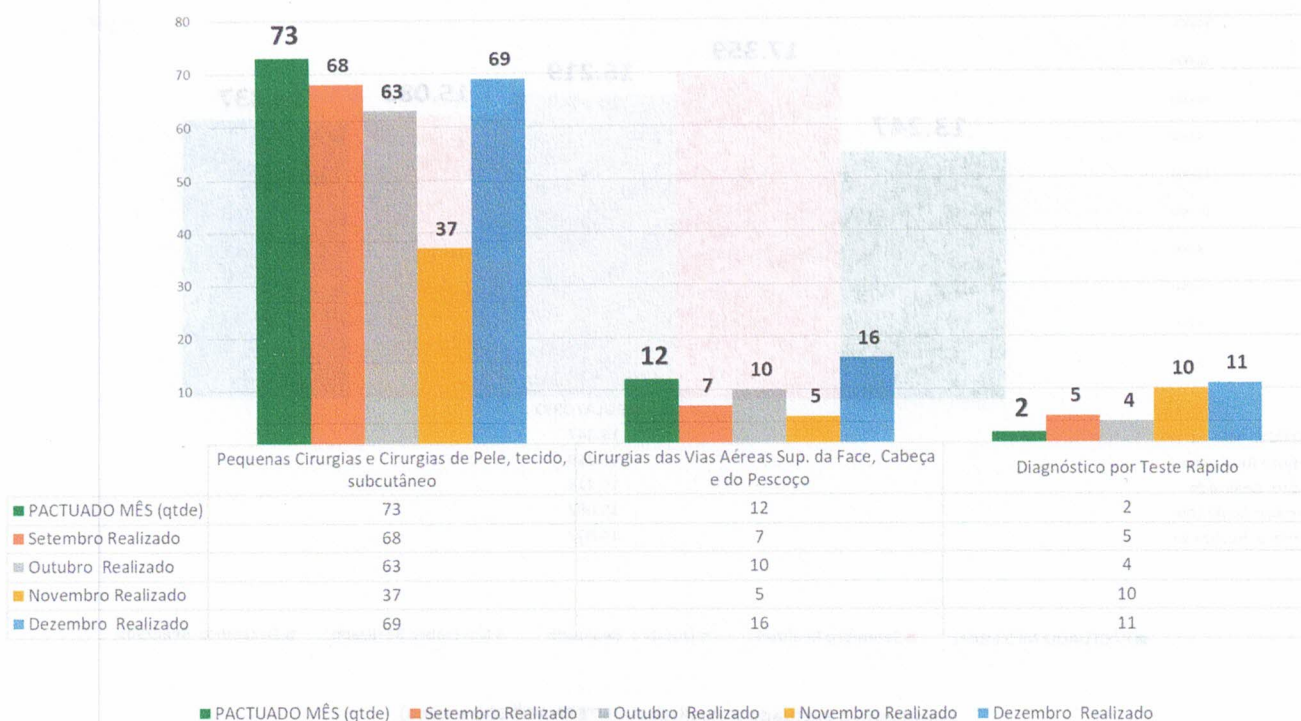
Comparativo Pactuado X Realizado - AMBULATÓRIO (resumo)



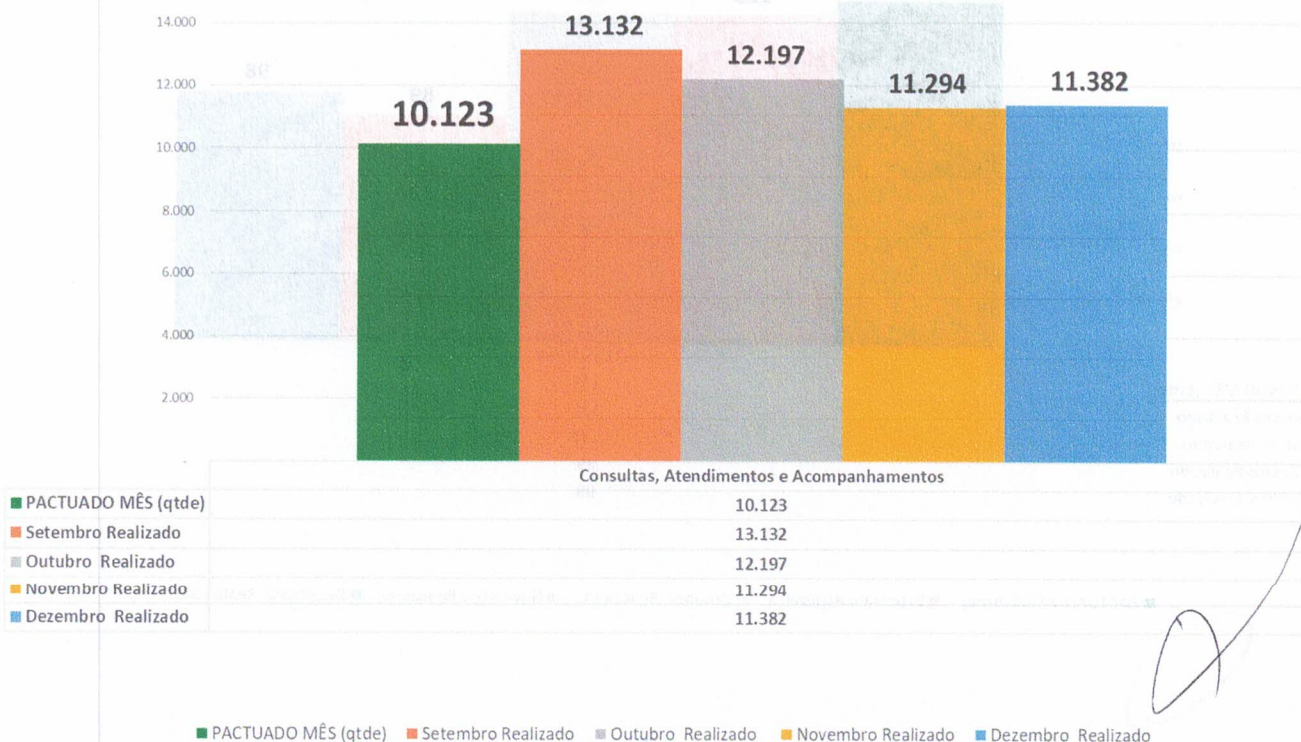
*[Handwritten signature]*



### Comparativo Pactuado X Realizado - AMBULATÓRIO (resumo)



### Comparativo Pactuado X Realizado - Consultas e Atendimentos (resumo)



15 3255.1055

✉ contato@santacasadeangatuba.com.br

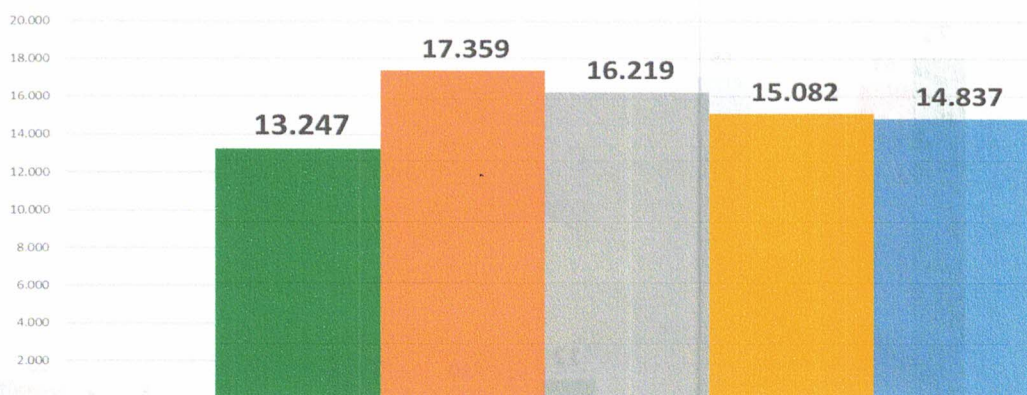


CNPJ 43.600.261/0001-55



Po Levy Lishoa, 1202  
Centro - Angatuba, SP

### Comparativo Pactuado X Realizado - AMBULATÓRIO (resumo)



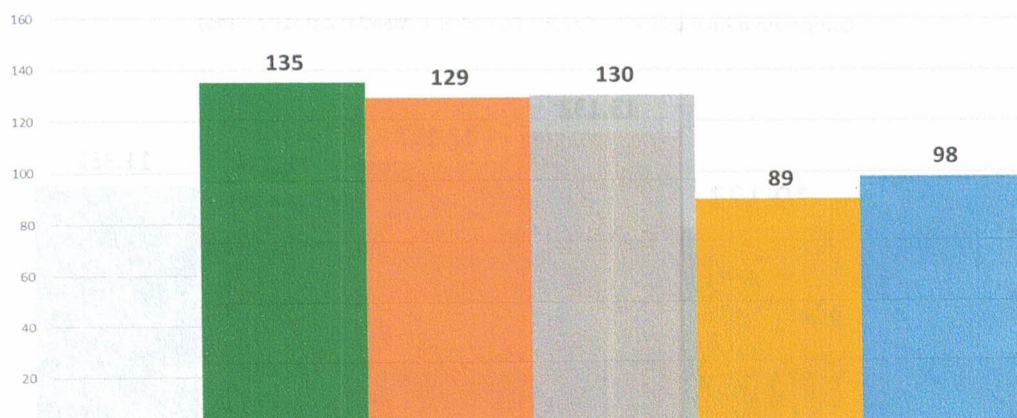
AMBULATÓRIO

- PACTUADO MÊS (qtde)
- Setembro Realizado
- Outubro Realizado
- Novembro Realizado
- Dezembro Realizado

13.247  
17.359  
16.219  
15.082  
14.837

■ PACTUADO MÊS (qtde) ■ Setembro Realizado ■ Outubro Realizado ■ Novembro Realizado ■ Dezembro Realizado

### Comparativo Pactuado X Realizado - INTERNAÇÕES (resumo)



INTERNAÇÃO

- PACTUADO MÊS (qtde)
- Setembro Realizado
- Outubro Realizado
- Novembro Realizado
- Dezembro Realizado

135  
129  
130  
89  
98

■ PACTUADO MÊS (qtde) ■ Setembro Realizado ■ Outubro Realizado ■ Novembro Realizado ■ Dezembro Realizado



15 3255.1055

✉ contato@santacasadeangatuba.com.br



GNPJ 43.600.261/0001-55



Pc Levy Lishoa, 1202  
Centro - Angatuba, SP





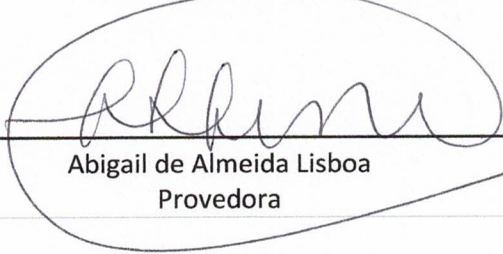
#### 4. DECLARAÇÃO

##### ATESTADO DE VERACIDADE

Abigail de Almeida Lisboa, portador do CPF 836.168.108-68, na qualidade de provedora da entidade sem fins lucrativos Irmandade da Santa Casa de Angatuba, situada em Praça Levy Lisboa, nº 1202, Centro, Angatuba, inscrita no CNPJ 43.600.261/0001-55, declaro para os devidos fins que, os dados relatados acima são, em sua integralidade, verídicos e correspondem a realidade.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Angatuba, 17 de fevereiro de 2025

  
Abigail de Almeida Lisboa  
Provedora



15 3255.1055

✉ contato@santacasadeangatuba.com.br



CNPJ 43.600.261/0001-55



Pc Levy Lisboa, 1202  
Centro - Angatuba.SP

