



**TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO ESTADUAL  
TCGAE AC - ALTA COMPLEXIDADE CARDIOLOGIA –  
HABILITAÇÃO ESTADUAL – CENTRO DE REFERÊNCIA – DELIBERAÇÃO CIB Nº 009/2023**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Hospital: <b>HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE</b>
CNPJ: <b>73.433.427/0001-57</b>
CNES: <b>2568713</b>
Município: <b>RIO DO SUL</b>
Especificação: <b>CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR (08.02) – Habilitação Estadual</b> <ul style="list-style-type: none"><li><b>CIRURGIA VASCULAR E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDÍACOS (08.06) - – Habilitação Estadual</b></li></ul>
Unidade já possui as seguintes habilitações: <ul style="list-style-type: none"><li>Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (08.01).</li><li>Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (08.03).</li><li>Cirurgia Vascular (08.05).</li></ul>
<b>Vigência: Maio/2023</b>

**2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Portaria GM/MS nº 1.169/2004 que institui a Política Nacional de Cardiologia Plano Estadual de Cardiologia – CIB/260/2019

Portaria SAS/MS nº 210/2004, que Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

Portaria GM/MS nº 1.597/2018 de Habilitação em Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (08.01) e Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (08.03).

Portaria GM/MS nº 4.161/2022 nos serviços de Cirurgia Vascular, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista.

Deliberação CIB nº 009/2023, de 23/02/2023.



### 3 INTERNAÇÕES

#### 3.1 - Internações Cirúrgicas de Alta Complexidade

##### 3.1.1 Cirurgia Marcapasso (04.06.01) (Específico para realização de procedimentos de Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular)

PROCEDIMENTO
0406010560 - IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO
0406010579 - IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/ IMPLANTE DE ELETRODO
0406010587 - IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO
0406010595 - IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO PARA EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA
0406010609 - IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO
0406010617 - IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO P/ EPIMIOCÁRDICO (POR TORACOTOMIA)
0406010625 - IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO
0406010633 - IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO
0406010854 - REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR
0406010870 - REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SÍTIO
0406011001 - TROCA DE CONJUNTO DO SEIO CORONÁRIO NO MARCAPASSO MULTI-SÍTIO
0406011010 - TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR TRANSVENOSO
0406011028 - TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO
0406011052 - TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO EM CARDIO-DESFIBRILADOR DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO
0406011079 - TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO
0406011087 - TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO MARCAPASSO MULTI-SÍTIO
0406011095 - TROCA DE ELETRODOS DE SEIO CORONÁRIO NO CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO
0406011109 - TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA / DUPLA
0406011117 - TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO
0406011141 - TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO MULTI-SÍTIO
0406011168 - TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR
0406011176 - TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTISÍTIO
0406011192 - TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS NO MARCAPASSO MULTI-SÍTIO

Macrorregião de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	6	R\$ 185.409,36
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>6</b>	<b>R\$ 185.409,36</b>

Custo Médio: R\$ 30.901,56 (Custo Médio do ICSC)

##### 3.1.2 Cirurgia Endovascular (04.06.04)

PROCEDIMENTO
04.06.04.001-0 - ALCOOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE HEMANGIOMA E MALFORMAÇÃO VENOSAS (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)
04.06.04.002-8 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)
04.06.04.004-4 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)
04.06.04.005-2 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)
04.06.04.006-0 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

<b>PROCEDIMENTO</b>
04.06.04.007-9 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)
04.06.04.008-7 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)
04.06.04.009-5 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)
04.06.04.010-9 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT NÃO RECOBERTO
04.06.04.011-7 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO
04.06.04.012-5 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIAS
04.06.04.013-3 - ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO)
04.06.04.014-1 - COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA (NA TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA E EMBOLIA PULMONAR)
04.06.04.015-0 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE RETA / CÔNICA
04.06.04.016-8 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA
04.06.04.017-6 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA
04.06.04.018-4 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR
04.06.04.019-2 - EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO)
04.06.04.020-6 - EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR ARTÉRIO-VENOSA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)
04.06.04.021-4 - EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR POR PUNÇÃO DIRETA (INCLUI DROGAS EMBOLIZANTES)
04.06.04.022-2 - FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS COM LIBERAÇÃO DE COILS
04.06.04.023-0 - FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)
04.06.04.024-9 - FIBRINÓLISE PARA EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)
04.06.04.025-7 - FIBRINÓLISE VISCERAL INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)
04.06.04.026-5 - IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO
04.06.04.027-3 - OCLUSÃO PERCUTÂNEA ENDOVASCULAR DE ARTÉRIA / VEIA
04.06.04.028-1 - RECONSTRUÇÃO DA BIFURCAÇÃO AORTO-ILÍACA COM ANGIOPLASTIA E STENTS
04.06.04.029-0 - TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZAÇÃO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO E/OU ENDOSCÓPICO)
04.06.04.030-3 - TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZAÇÃO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO E/OU ENDOSCÓPICO)
04.06.04.031-1 - TRATAMENTO DE HEMOPTISE POR EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)
04.06.04.032-0 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS
04.06.04.033-8 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA

Macrorregião de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	6	R\$ 44.735,34
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>6</b>	<b>R\$ 44.735,34</b>

Custo Médio: R\$ 7.455,89 (Custo Médio do ICSC)

#### **4 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDIA COMPLEXIDADE**

##### **4.1 Consultas Clínicas**



#### 4.1.1 - Consulta de Cardiologia (0301010072)

Região de Saúde	Pop	1ª Consulta		Retorno		Total	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	18	R\$ 180,00	36	R\$ 360,00	54	R\$ 540,00
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>18</b>	<b>R\$ 180,00</b>	<b>36</b>	<b>R\$ 360,00</b>	<b>54</b>	<b>R\$ 540,00</b>

Custo Médio: R\$ 10,00

#### 4.1.2 - Consulta Endovascular (0301010072)

Região de Saúde	Pop	1ª Consulta		Retorno		Total	
		Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	18	R\$ 180,00	36	R\$ 360,00	54	R\$ 540,00
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>18</b>	<b>R\$ 180,00</b>	<b>36</b>	<b>R\$ 360,00</b>	<b>54</b>	<b>R\$ 540,00</b>

Custo Médio: R\$ 10,00

### 4.2 Exames

#### 4.2.1 - Ergometria (0211020060)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 270,00
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 270,00</b>

Custo Médio: R\$ 30,00

#### 4.2.2 - Holter (0211020044)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	15	R\$ 450,00
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>15</b>	<b>R\$ 450,00</b>

Custo Médio: R\$ 30,00

#### 4.2.3 - Ecocardiograma (0205010032)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 367,56
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 367,56</b>

Custo Médio: R\$ 40,84

#### 4.2.4 - Eletrocardiograma (0211020036)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	36	R\$ 185,40
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>36</b>	<b>R\$ 185,40</b>

Custo Médio: R\$ 5,15



#### 4.2.5 - Ultrassom (0205010040)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 367,56
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 367,56</b>

Custo Médio: R\$ 40,84

### 5 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ALTA COMPLEXIDADE

#### 5.1 Ecocardiograma Transesofágico (0205010024)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 1.485,00
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 1.485,00</b>

Custo Médio: R\$ 165,00

#### 5.2 Cintilografia (Grupo 020801)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 3.356,73
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 3.356,73</b>

Custo Médio: R\$ 372,97

#### 5.3 Cateterismo (0211020010)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 5.532,48
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 5.532,48</b>

Custo Médio: R\$ 614,72

#### 5.4 Avaliação de Marcapasso (0301130019)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	24	R\$ 756,00
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>24</b>	<b>R\$ 756,00</b>

Custo Médio: R\$ 31,50

#### 5.5 Arteriografia (Grupo 0210010)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Vale do Itajaí	1.123.404	9	R\$ 2.508,66
<b>Total</b>	<b>1.123.404</b>	<b>9</b>	<b>R\$ 2.508,66</b>

Custo Médio: R\$ 278,74



## 6. VALORES GERAIS ALOCADOS

Grupo/Procedimento		Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
	Internação Cirúrgica Marcapasso	6	R\$ 185.409,36
	Internação Cirúrgica Endovascular	6	R\$ 44.735,34
	<b>Total Hospitalar</b>	<b>12</b>	<b>R\$ 230.144,70</b>
	Ecocardiograma Transesofágico	9	R\$ 1.485,00
	Cintilografia	9	R\$ 3.356,73
	Cateterismo	9	R\$ 5.532,48
	Avaliação de Marcapasso	24	R\$ 756,00
	Arteriografia	9	R\$ 2.508,66
	Consulta de Cardiologia	54	R\$ 540,00
	Consulta Endovascular	54	R\$ 540,00
	Ergometria	9	R\$ 270,00
	Holter	15	R\$ 450,00
	Ecocardiograma	9	R\$ 367,56
	Eletrocardiograma	36	R\$ 185,40
	Ultrassom	9	R\$ 367,56
		<b>Total Ambulatorial</b>	<b>246</b>
<b>Total Geral</b>		<b>252</b>	<b>R\$ 246.504,09</b>

## 7. ESPECIFICAÇÕES

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

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

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

Os critérios e metodologia para definição da programação física e financeira estão descritas na Deliberação citada.

O atendimento deve ser integral aos procedimentos contemplados neste termo (consultas, exames de diagnóstico, tratamento e reabilitação) pelo SUS, sem qualquer ônus ao paciente, e com garantia de continuidade de tratamento.

Em casos de quebra de equipamento ou outros motivos que não permitam a realização dos procedimentos, deste Termo pelo Prestador, será responsabilidade do próprio Prestador a realização desses procedimentos sem prejuízo à população e ao município de residência/paciente.



Garantia da reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

Garantia de atendimento de urgência/emergência em CARDIOLOGIA 24 horas.

A execução dos atendimentos dos procedimentos deste Termo, deverá estar sob controle do Gestor correspondente (Municipal ou Estadual).

Dos acessos aos procedimentos oferecidos neste Termo, a porta de entrada deverá seguir os protocolos e fluxos de acessos vigentes (Sistema de Regulação), de forma que a primeira consulta seja obrigatoriamente regulada. A seguir, os procedimentos necessários para o atendimento na Linha de Cuidado serão gerenciados pelo Gestor, seguindo as configurações de agendas em Sistema de Regulação. As referidas agendas deverão ser elaboradas utilizando as nomenclaturas padronizadas pela SES, assegurando a regulação dos acessos aos procedimentos de média e alta complexidade conforme fluxo estabelecido.

Na utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME submeter-se às normas do SUS no que tange a utilização de OPME constante na Tabela de procedimentos do SIGTAP de compatibilidade ou as padronizações do Estado.

Cabe ao Gestor do serviço contratualizar com o prestador, firmando acordo de responsabilidade da execução dos serviços e repasse dos valores programados na PPI conforme o pactuado pelos Termos, refletidos no Plano Operativo de cada contratante.

O serviço deve garantir leitos clínicos e cirúrgicos específicos para o serviço de cardiologia. Além disso, os NIRs deverão manter atualizadas as ocupações dos leitos, garantindo acompanhamento da Central Estadual de Leitos em tempo real das vagas disponíveis.

O controle e avaliação do cumprimento do Termo e as metas estabelecidas no Plano Operativo, será avaliado pelas Comissões de Acompanhamento da Contratualização.

O serviço deverá cumprir o estabelecido no “Plano para a Organização da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular em Santa Catarina” aprovado na CIB, ou outro que vier substituí-lo.

O prestador deverá manter as condições técnicas estabelecidas nas portarias ministeriais, estando sujeito a qualquer momento a receber vistoria dos Gestores Estadual e/ou Municipal.

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

Denúncias relacionadas ao atendimento e cobranças indevidas, bem como o não cumprimento deste Termo, estarão sujeitas às penalidades previstas na legislação, podendo ocorrer o descredenciamento junto ao Sistema Único de Saúde.

## **8. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA**

**A população referência será a macrorregião de Saúde a que o hospital pertence, ficando a cargo da Regulação Regional os encaminhamentos.**

**DATA: Junho/2023**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

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

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

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

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