



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: HOSPITAL REGIONAL SÃO PAULO ASSEC
CNPJ: 89.428.734/0022-04
CNES: 2411393
Município: XANXERÊ
Especificação: CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR (08.02) – Habilitação Estadual
Unidade já possui as seguintes habilitações: <ul style="list-style-type: none">• Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (08.01).• Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (08.03).• Cirurgia Vascular (08.05).• Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos (08.06).• Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (08.07).• Qualisus Cardio Nível A (0811).
Vigência: julho/2023

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

Macrorregião de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 185.409,36
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 154.507,80
Total	1.446.161	11	R\$ 339.917,16

Custo Médio: R\$ 30.901,56 (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
Grande Oeste	809.008	18	R\$ 180,00	36	R\$ 360,00	54	R\$ 540,00
Meio Oeste	637.153	15	R\$ 150,00	29	R\$ 290,00	44	R\$ 440,00
Total	1.446.161	33	R\$ 330,00	65	R\$ 650,00	98	R\$ 980,00

Custo Médio: R\$ 10,00

4.2 Exames

4.2.1 - Ergometria (0211020060)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 180,00
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 150,00
Total	1.446.161	11	R\$ 330,00

Custo Médio: R\$ 30,00

4.2.2 - Holter (0211020044)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	12	R\$ 360,00
Meio Oeste	637.153	10	R\$ 300,00
Total	1.446.161	22	R\$ 660,00

Custo Médio: R\$ 30,00

4.2.3 - Ecocardiograma Transtorácica (0205010032)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 407,16
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 339,30
Total	1.446.161	11	R\$ 746,46

Custo Médio: R\$ 67,86

4.2.4 – Eletrocardiograma (0211020036)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	30	R\$ 154,50
Meio Oeste	637.153	24	R\$ 123,60
Total	1.446.161	54	R\$ 278,10

Custo Médio: R\$ 5,15



4.2.5 - Ultrassom (0205010040)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 237,60
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 198,00
Total	1.446.161	22	R\$ 435,60

Custo Médio: R\$ 39,60

5 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ALTA COMPLEXIDADE

5.1 Ecocardiograma Transesofágico (0205010024)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 990,00
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 825,00
Total	1.446.161	11	R\$ 1.815,00

Custo Médio: R\$ 165,00

5.2 Cintilografia (Grupo 020801)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 2.237,82
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 1.864,85
Total	1.446.161	11	R\$ 4.102,67

Custo Médio: R\$ 372,97

5.3 Cateterismo (0211020010)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 4.636,80
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 3.864,00
Total	1.446.161	11	R\$ 8.500,80

Custo Médio: R\$ 772,80

5.4 Avaliação de Marcapasso (0301130019)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	24	R\$ 756,00
Meio Oeste	637.153	19	R\$ 598,50
Total	1.446.161	43	R\$ 1.354,50

Custo Médio: R\$ 31,50

5.5 Arteriografia (Grupo 0210010)

Região de Saúde	Pop	Cota Mensal	
		Físico	Financeiro
Grande Oeste	809.008	6	R\$ 1.672,44
Meio Oeste	637.153	5	R\$ 1.393,70
Total	1.446.161	11	R\$ 3.066,14

Custo Médio: R\$ 278,74



6. VALORES GERAIS ALOCADOS

Grupo/Procedimento	Cota Mensal	
	Físico	Financeiro
Internação Cirúrgica Marcapasso	11	R\$ 339.917,16
Total Hospitalar	11	R\$ 339.917,16
Consulta de Cardiologia	98	R\$ 980,00
Ergometria	11	R\$ 330,00
Holter	22	R\$ 660,00
Ecocardiograma Trans torácica	11	R\$ 432,91
Eletrocardiograma	54	R\$ 278,10
Ultrassom	22	R\$ 435,60
Ecocardiograma Trans esofágico	11	R\$ 1.815,00
Cintilografia	11	R\$ 4.102,67
Cateterismo	11	R\$ 8.500,80
Avaliação de Marcapasso	43	R\$ 1.354,50
Arteriografia	11	R\$ 3.066,14
Total Ambulatorial	305	R\$ 21.955,72
Total Geral	316	R\$ 361.872,88

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 do Planalto Norte e Nordeste, regiões de saúde do Meio Oeste, Alto Ururgual Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe, ficando a cargo da Regulação Regional os encaminhamentos.

DATA: Julho/2023

ASS: _____
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE Planejamento em Saúde

ASS: _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO DO SERVIÇO

ASS: _____
GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

ASS: _____
GESTOR ESTADUAL DE SAÚDE