

TERMO ADITIVO Nº 03/2023 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: Prorrogar o contrato pelo período de 12 meses a partir de 21/12/2023

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua General Jardim, nº 36, 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 SÃO 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 03/2023**, consoante despacho autorizatório exarado DOC 15/12/2023.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto prorrogar o ACORDO DE COOPERAÇÃO Nº06/2021-SMS. G pelo período de 12 meses a partir de 21/12/2023.

A ASSOCIAÇÃO CRUZ AZUL disponibilizará a partir do mês de janeiro/2024, os procedimentos: Cirurgias de Escoliose, Artrodese de Coluna, Nefrolitotripsia Trans Nefroscópica por ondas de choque, Ureterolitotripsia Externa por ondas de choque (não contemplada na tabela SIGTAP-SUS), e ainda Endovascular Cateterismo, Angioplastia Coronária e Avaliação Urodinamica, conforme detalhado em Plano de Trabalho, parte integrante do presente Termo. As vagas serão disponibilizadas no SIGA, de acordo com o que estabelece a Portaria 349/SMS.G/2020, seguindo as diretrizes, protocolos e fluxos estabelecidos pela Coordenadoria de Regulação-REG/SUS.



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, 21 de dezembro de 2023



LUIZ CARLOS ZAMARCO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



NELSON GUILHARDUCCI
ASSOCIAÇÃO CRUZ AZUL DE SÃO PAULO

TESTEMUNHAS



Benedicto Accacio Borges Netto
CPF: 006.033.518-16
RG: 5.108.299-8

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	Endovascular (Hemodinâmica)	Implante de marcapasso definitivo (urgência - pacientes Internados)	Avaliação Urodinâmica	Cateterismo	Angioplastia Coronariana
Janeiro	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Fevereiro	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Março	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Abril	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Maior	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Junho	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Julho	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Agosto	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Setembro	7	4	5	5	10	2	10	10	10
Outubro	6	4	5	5	10	2	10	10	10
Novembro	6	4	5	5	10	2	10	10	10
Dezembro	6	4	5	5	10	2	10	10	10
Total	81	48	60	60	120	24	120	120	120

LISTA DE PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTOS - ENDOVASCULAR	
CÓDIGOS	DESCRIÇÃO
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	EMBOLOGIZAÇÃO DE VARIZES ESOFAGICAS	
04.06.04.029-0	EMBOLOGIZAÇÃO DE EPISTAXE	
04.06.04.030-3	EMBOLOGIZAÇÃO DE MIOMA	
04.06.04.030-3	EMBOLOGIZAÇÃO DE SANGRAMENTO RENAL	
04.07.03.008-5	COLOGAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR - STENT	
04.07.03.011-5	DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA INTERNA	
04.16.04.019-5	QUIMIOEMBOLOGIZAÇÕES HEPATICA	
	EMBOLOGIZAÇÃO DE SANGRAMENTO HEPÁTICO	

PROCEDIMENTOS - CARDIÁCOS		
CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	
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

