

**Termo Aditivo Nº SEI
3203172/2026**

Em 01/06/2026

TERMO ADITIVO III ao **CONVÊNIO nº 10/2024**, que entre si celebram a **MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ** e o **HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO**, objetivando promover a assistência à saúde com ênfase na execução da Estratégia de Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários, por meio da estruturação de Equipes de Saúde da Família e EACS, e ainda equipes multiprofissionais (eMulti).

Processo SEI nº 28750/2024

Pelo presente Instrumento, os abaixo assinados, de um lado o **MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ sob nº 45.780.103/0001-50, neste ato representado pelo Prefeito, Sr. **GUSTAVO MARTINELLI**, presente também, Dr. **FLÁVIO LUIS DE AMORIM NOGUEIRA**, Secretário Municipal de Promoção da Saúde, adiante denominado **MUNICÍPIO** e, de outro lado, o **HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO**, entidade civil de direito privado, beneficente, filantrópica, caritativa e de assistência social, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ nº 50.944.198/0001-30, com endereço nesta cidade na Rua São Vicente de Paulo, nº 223, Centro, Jundiaí/SP, neste ato representado por seu Procurador, Sr. **DENILSON CARDOSO DE SÁ**, portador da CI/RG nº 24.130.***-2 e do CPF nº 259.039.***-04, doravante designado simplesmente **CONVENIADO**, é firmado o presente Termo Aditivo III ao Convênio 10/2024 que se regerá pelas normas constitucionais e Legislação Federal, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 14.133/2021, observadas as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

I - Fica por força do presente Termo aditado o Convênio pelo período de 03 (três) meses, a partir de 01 de junho de 2026.

Parágrafo único: Integram o presente Termo o Plano de Trabalho (3203518) e o Instrutivo de Prestação de Contas (3174011).

II - O Plano de Trabalho que faz parte integrante do presente Termo passa a substituir, com efeitos a partir da data de 01 de julho de 2026, o Plano de Trabalho constante no Termo Aditivo II.

III - Fica repactuado o Convênio 10/2024, nos termos da Cláusula Décima Sexta, a partir de 01 de junho de 2026, para:

a) Adequação do valor mensal, em razão do aditamento no importe de R\$ 159.784,65 (cento e cinquenta e nove mil setecentos e oitenta e quatro reais e sessenta e cinco centavos), passando o valor mensal para R\$ 4.155.109,33 (quatro milhões cento e cinquenta e cinco mil cento e nove reais e trinta e três centavos) para o mês de junho de 2026 e R\$ 4.157.415,85 (quatro milhões cento e cinquenta e sete mil quatrocentos e quinze reais e oitenta e cinco centavos) para os meses de julho e agosto de 2026, conforme cronograma de desembolso contido no Plano de Trabalho.

IV - Em razão do disposto na Cláusula III, o valor global anual do Convênio passa a ser de R\$ 49.131.718,83 (quarenta e nove milhões cento e trinta e um mil setecentos e dezoito reais e oitenta e três centavos).

VI - As despesas decorrentes do presente Termo correrão à conta da dotação orçamentárias:

14.10.301.191.2189.33.50.39.00.5002 - R\$ 159.784,65

VII - Fica ainda por força do presente Termo alterada a Cláusula Décima e incluída a Cláusula Décima A e Décima B, passando a vigorar com a seguinte retificação e inclusões, respectivamente:

CLÁUSULA DÉCIMA - DA REVISÃO DO VALOR DA REPACTUAÇÃO E DO REAJUSTE

(...)

Parágrafo único - Revisão ou repactuação do convênio se dará de acordo entre os partícipes e através de termo aditivo próprio ou através de termo de apostilamento, sendo vedada a mudança de seu objeto, com prévia aprovação do **COMUS**.

CLÁUSULA DÉCIMA A - DO REAJUSTE APLICÁVEL A CUSTOS DECORRENTES DO MERCADO (INSUMOS E MATERIAIS)

I - O reajuste poderá ser concedido mediante expressa solicitação da **CONVENIADA**, para análise e negociação com o **MUNICÍPIO**, e terá incidência de pagamento a partir da data do protocolo do pedido, mantendo-se como base a data de apresentação da proposta.

II - O reajuste somente poderá ser efetivado mediante prévia comprovação de reserva orçamentária pelo Órgão requisitante, bem como de disponibilidade financeira atestada pela SMFIN.

III - Caso o índice estabelecido venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

IV - Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do

preço do valor remanescente dos custos decorrentes do mercado, por meio de termo aditivo.

V - O pedido de reajustamento deverá ser formulado durante a vigência do convênio e antes de eventual prorrogação ou encerramento deste, sob pena de preclusão.

VI - A extinção do convênio não configurará óbice para o deferimento do reajuste solicitado tempestivamente, hipótese em que será concedida por meio de termo indenizatório, quando for o caso e após análise técnica da SMFIN.

VII - Quando o reajuste solicitado pela **CONVENIADA** se referir aos custos decorrentes do mercado, a iniciativa será objeto de apuração mediante a aplicação do índice de reajustamento INPC/IBGE

VIII - O reajustamento de preços será formalizado por apostilamento.

CLÁUSULA DÉCIMA B - DA REPACTUAÇÃO APLICÁVEL AOS CUSTOS DE MÃO DE OBRA

I - Os preços conveniados serão repactuados para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, após o interregno de um ano, mediante solicitação da **CONVENIADA**.

II - O interregno mínimo de 1 (um) ano para a primeira repactuação será contado, para os custos relativos à mão de obra, vinculados à data-base da categoria profissional: a partir da data de início dos efeitos financeiros do acordo, convenção ou dissídio coletivo de trabalho ao qual a proposta estiver vinculada, relativo a cada categoria profissional abrangida pelo contrato.

III - Nas repactuações subsequentes à primeira, o interregno mínimo 1 (um) ano será contado a partir da data da última repactuação correspondente à mesma parcela objeto da nova solicitação.

IV - Entende-se como última repactuação a data em que iniciados seus efeitos financeiros, independentemente daquela em que apostilada.

V - É vedada a inclusão, por ocasião da repactuação, de benefício não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, acordo, convenção ou dissídio coletivo de trabalho.

VI - No caso da repactuação, referindo-se aos custos da mão de obra, a **CONVENIADA** efetuará a comprovação da variação dos custos por meio de planilha de custos e formação de preços, acompanhada da apresentação do novo acordo, convenção ou sentença normativa da categoria profissional abrangida pelo contrato.

VII - Os efeitos financeiros convenientes decorrentes das repactuações poderão se iniciar em data futura, desde que assim acordado entre as partes, sem prejuízo da contagem da anualidade para concessão das repactuações futuras.

VIII - Os efeitos financeiros da repactuação ficarão restritos exclusivamente aos itens que a motivaram, e apenas em relação à diferença por ventura existente.

IX - O pedido de repactuação deverá ser formulado durante a vigência do convênio e antes de eventual prorrogação ou encerramento deste, sob pena de preclusão.

X - Caso na data da prorrogação do convênio, ainda não tenha sido celebrado o novo acordo, convenção ou dissídio coletivo da categoria, ou ainda não tenha sido possível a o **MUNICÍPIO** ou a **CONVENIADA** proceder aos cálculos devidos, deverá ser inserida cláusula no termo aditivo de prorrogação para resguardar o direito futuro à repactuação, a ser exercido tão logo se disponha dos valores reajustados, sob pena de preclusão.

XI - A extinção do convênio não configurará óbice para o deferimento da repactuação solicitada tempestivamente, hipótese em que será concedida por meio de termo indenizatório, quando for o caso e após análise técnica da SMFIN.

XII - A repactuação de preços será formalizada por apostilamento.

VIII - Ficam ratificadas, no que não colidirem com o disposto no presente Termo, as demais cláusulas do Convênio nº 20/2022, assinado em 06 de junho de 2022, do Termo Aditivo I, assinado em 04 de maio de 2023, Termo Aditivo II assinado em 05 de junho de 2024 e do Termo Aditivo III assinado em 12 de setembro de 2025.

E, por estarem assim de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, assinam o presente Termo para um só efeito de direito.

(assinado eletronicamente)

GUSTAVO MARTINELLI

Prefeito

(assinado eletronicamente)

FLÁVIO LUIS DE AMORIM NOGUEIRA
Secretário Municipal de Promoção da Saúde

(assinado eletronicamente)

DENILSON CARDOSO DE SÁ

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo



Documento assinado eletronicamente por **Denilson Cardoso de Sá, Usuário Externo**, em 01/06/2026, às 17:02, conforme art. 1º, § 7º, da Lei Municipal 5.349/1999 e art. 9º, inciso I do Decreto Municipal 26.136/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Flávio Luis de Amorim Nogueira, Secretário Municipal de Promoção da Saúde**, em 02/06/2026, às 08:25, conforme art. 1º, § 7º, da Lei Municipal 5.349/1999 e art. 9º, inciso I do Decreto Municipal 26.136/2015.



Documento assinado eletronicamente por **GUSTAVO MARTINELLI, Prefeito do Município de Jundiaí**, em 02/06/2026, às 10:13, conforme art. 1º, § 7º, da Lei Municipal 5.349/1999 e art. 9º, inciso I do Decreto Municipal 26.136/2015.
Nº de Série do Certificado: 785cd51a105953b927ce4f504232a3e9



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.jundiai.sp.gov.br> informando o código verificador **3203172** e o código CRC **1499331C**.

Avenida da Liberdade s/n - Paço Municipal - Bairro Jd. Botânico - Jundiaí - SP - CEP 13214-900

Tel: 11 4589 8584 - jundiai.sp.gov.br

PMJ.0028750/2024

3203172v3

Plano de Trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF): Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

Vigência: 01/09/2025 à 31/08/2026

Razão Social da Instituição: HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

CNES: 2786435

CNPJ: 50.944.198.0001/30

Endereço: Rua São Vicente de Paulo, 223, Centro, CEP: 13201-625

Município: Jundiaí

Superintendente: Fernando Ramos

Diretor Técnico: Wladimir Santos Ferreira

Diretor Clínico: Frederico Michelino de Oliveira

Diretoria Estatutária:

Presidente: Denílson Cardoso de Sá Vice-

Vice-Presidente: Zulmiro Lullio Herrera

1ª Secretária: Milene Lima do Amaral

2ª Secretária: Michele Cristina de Almeida

1º Tesoureiro: Clóvis Wilson Fontenla

Conselho Fiscal:

1º Titular: Cláudio Roberto Mariano

2º Titular: Alison Souto Carbonário

3º Titular: Luiz Antonio Barbosa dos Santos

**Entidade de assistência social sem fins lucrativos, filantrópica
nº do Certificado CNAS: 3.135/1964, com atendimento ambulatorial e hospitalar.**

Composição 2026/2028

- Representante dos Usuários

Titular 1º	Maria Cleuza Buoni Cunha
Titular 2º	Reginaldo Aparecido Ferreira Dias
Titular 3º	Adilson Aparecido Ferreira Dias
Titular 4º	André Santos dos Anjos
Titular 5º	Thaíza S.C. Pinheiro Soares
Titular 6º	Eliana Alves de Oliveira

- Representante dos Conselhos Municipais da Microrregião

Titular 1º	Reinaldo Baião de Oliveira
-------------------	----------------------------

- Representante do COMUS (Usuário)

Titular 1º	Ralf Milani de Carvalho
-------------------	-------------------------

- Representante dos Trabalhadores do HCSVP

Titular 1º	Marcelo Rodrigues de Sousa
Titular 2º	Selma Regina Rodrigues de Melo
Titular 3º	Rafael Barreta Contreira
Suplente	Rafael de Salles
Suplente	Camila Barbirato Moreira

- Representante Associação dos Trabalhadores HCSVP

Titular 1º	Ragna Aparecida Rodrigues Vargas
-------------------	----------------------------------

- Representantes Corpo Diretivo HCSVP

Titular 1º	Fernando Ramos
-------------------	----------------

Titular 2º	
Suplente 1º	Valter João Kurgonas

- Representantes indicados pela Diretoria Estatutária do HCSVP

Titular 1º	Aldo Fonseca
Suplente 1º	Maria da Conceição Silva Sobral

- Representantes da Adm Pública (UGPS)

Titular 1º	Lucimara De Lima Mantovani
Suplente 1º	Glauco Andreazzi Franco

- Missão, visão e valores

Negócio: Assistência em saúde e promoção do ensino.

Missão: Realizar atendimento de excelência em saúde, integrado ao ensino, cuidando da comunidade com amor e afeto

Visão: Consolidar um modelo de gestão hospitalar sustentável e inovador até o final de 2026.

Valores:

- Amor
- Afeto
- Integridade
- Excelência
- Conhecimento

Sumário

1. O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	7
2. PLANO DE TRABALHO DA ESF: orientações técnicas	8
2.1 Caracterização da rede de Atenção Primária à Saúde	14
3. OBJETIVO	15
4. CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	15
4.1 Remuneração de recursos humanos	20
5. ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS	21
6. INDICADORES DE COFINANCIAMENTO	22
6.1 Metas qualitativas	23
6.1.1 Desenvolvimento infantil	23
6.1.2 Cuidado da mulher gestante e puérpera	24
6.1.3 Cuidado da pessoa com diabetes	26
6.1.4 Cuidado da pessoa com hipertensão	27
6.1.5 Cuidado integral da pessoa idosa	28
6.1.6 Cuidado da mulher na prevenção do câncer	30
6.2 Componente Saúde Bucal	31
6.2.1 Primeira consulta odontológica programada	31
6.2.2 Tratamento odontológico concluído	32
6.2.3 Taxas de exodontias na APS	32
6.2.4 Escovação supervisionada na APS	33
6.2.5 Procedimentos preventivos	34
6.2.6 Tratamento restaurador atraumático (ART)	35
6.3 Componente qualidade eMULTI na APS	34
6.3.1 Média de atendimento por pessoa	35
6.3.2 Ações interprofissionais da eMULTI	36
6.4 Componente IGM PAULISTA	37
6.4.1 Levantamento Rápido Índices para Aedes Aegypti - LIRAA	37
6.4.2 Mortalidade Infantil	37
6.5 Indicadores qualitativos propostos	37
6.5.1 Satisfação do usuário com o atendimento na APS	37
6.5.2 Grau de integração interprofissional	38
6.5.3 Resolutividade percebida do cuidado	38
6.5.4 Cultura de avaliação e melhoria contínua na equipe	39
6.6 Média mensal por categoria profissional	40
6.7 Relação de procedimentos	41
7. OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DO HCSVP	41
8. OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA PREFEITURA	42
9. DISPOSIÇÃO SOBRE CARGA HORÁRIA	43
10. CANAL DE ÉTICA E PROGRAMA DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO AO ASSÉDIO	43

11. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	44
11.1 Cronograma de desembolso	45
11.2 Plano de aplicação de recursos	45
12. VIGÊNCIA	46

1. HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Situado em Jundiaí, o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, tem sua origem vinculada à ação social da Conferência Vicentina Nossa Senhora do Desterro, fundada em 1897 com o objetivo de prestar auxílio aos pobres e praticar a caridade. A crescente necessidade de oferecer cuidados mais amplos e estruturados, motivou a proposta de criação de um hospital voltado ao atendimento dos mais necessitados no ano de 1899.

Essa iniciativa resultou na formação de um conselho diretor e na elaboração de um estatuto próprio, que formalizou a existência jurídica da instituição. O hospital iniciou suas atividades em caráter provisório, funcionando em uma casa alugada, até a inauguração oficial em 20 de dezembro de 1902. Desde então, a instituição mantém seu compromisso com a assistência hospitalar à população, especialmente aos mais vulneráveis.

Em 1973, a Sociedade Vicentina firmou acordo com a Prefeitura de Jundiaí, viabilizando o uso do hospital como campo de estágio da Faculdade de Medicina da cidade. Em 1982, um convênio oficializou a utilização exclusiva da estrutura hospitalar pelo município, assegurando sua integração à rede pública de saúde.

Com uma trajetória marcada pela dedicação ao cuidado humanizado, o Hospital São Vicente de Paulo conta com uma equipe qualificada e comprometida em oferecer atendimento de qualidade. Este plano de trabalho está alinhado com essa missão histórica, visando o fortalecimento das ações institucionais, a melhoria contínua dos serviços prestados e o atendimento eficiente às demandas da população.

Também que atualmente tem Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), é reconhecida como de Utilidade Pública pelo Município desde 10 de setembro de 1.959 (Lei Municipal nº739) e pela Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, desde 05 de março de 1.996 (Decreto 40.696), bem como que sua sede tem 12.000m² de área construída, 71 quartos, 242 leitos e 40 extras, que cotidianamente estão ocupados, por conta do atendimento contínuo de média e alta complexidade que presta a cidade de Jundiaí e toda região, exemplificativamente,

Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Cabreúva, Itupeva, Jarinu, Louveira, 24 horas por dia, 365 dias por ano, por conta de Convênios mantidos com o Poder Público.

1. PLANO DE TRABALHO DA ESF: orientações técnicas

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início ao Ministério da Saúde formular, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A partir da experiência no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde e começa a ter o foco da família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente no indivíduo. Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, Distrito Federal, sobre o tema "Saúde da Família", convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com o apoio da UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada.

O PSF tem como objetivo geral a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A busca de novos modelos de saúde decorre de um momento histórico-social, onde o modelo hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Neste contexto, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção em seu ambiente físico e social, e não somente o indivíduo doente, introduzindo uma nova missão no processo de intervenção em saúde na medida em que se identifica fatores de risco para o desenvolvimento de determinadas patologias e age na prevenção de tais. Resulta em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados, em que se efetivam os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade.

No contexto do SUS, o PSF incorpora as bases conceituais presentes na "Vigilância da Saúde", que incluem o planejamento e a programação da oferta de

serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde e a possibilidade de intervenção sobre eles com a promoção da saúde. Assim, o PSF representa uma transformação do modelo de atenção à saúde de Jundiaí. Primeiro por criar oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer. Segundo, por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, em sua família e seu ambiente, estreitando o vínculo e permitindo conhecimento mais apropriado de sua realidade e suas necessidades. Terceiro, por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária e criar espaços de construção de cidadania. Quarto, por se articular à Rede de Saúde de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade e promover o estabelecimento de relações intersetoriais de acordo com as necessidades específicas de cada um, sendo a ordenadora do cuidado.

O PSF parte de uma proposta de ação que envolve necessariamente as três esferas de governo, cabendo a elas funções ora distintas, ora complementares. Assim, aos três níveis compete contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando a organização dos sistemas municipais de saúde; a avaliação e acompanhamento dos indicadores de desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos. Para que ocorra o trabalho continuado de saúde da população, identificando os fatores de risco, há a delimitação de cada território de atendimento da equipe. O território, definido em cada área, onde ficam situadas as famílias cadastradas por essas equipes, é subdividido em microáreas de modo a garantir a vinculação das equipes, inclusive dos agentes comunitários. Cada equipe de PSF é designada para acompanhar de 3000 a 4500 pessoas de acordo com a vulnerabilidade.

A territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas deve ser orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais. A organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, observando as características demográficas como o sexo, faixa etária, moradia, distribuição espacial, principais doenças e agravos diagnosticados e as doenças que influenciam esses problemas. Para isso, é realizado o levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e de seus componentes. Esses dados permitem que as equipes identifiquem a situação de saúde das comunidades e planejem o trabalho

a ser feito, em consultório ou no domicílio, visando resolução precisa e oportuna dos problemas, bem um contato estreito que permita a compreensão das reais necessidades de saúde da população e a busca de alternativas mais adequadas para a superação dos problemas e a promoção da saúde.

O trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria Unidade de Saúde da Família, as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela coletividade da qual está vinculada. A resolutividade das equipes, que chega a no mínimo 85%, é um dos fatores determinantes para o novo desenho do Sistema Municipal de Saúde. Diferentemente de uma Unidade de Saúde convencional, em que a maior parte do atendimento às demandas se faz a partir da procura dos usuários aos serviços, no PSF pretende-se uma relação singularizada, buscando reorganizar a demanda, isto é, a busca das pessoas aos serviços e ter uma postura proativa da equipe para realizações de ações a partir do diagnóstico de situação elaborado ainda na fase de implantação.

A identificação dos indivíduos, de forma personalizada, proporciona as bases epidemiológicas para a programação das futuras atividades, realizando o acompanhamento de situações em que existam maior vulnerabilidade, tais como: crianças menores de cinco anos de idade, mulheres em idade fértil, gestantes, portadores de doenças crônicas, infecciosas ou degenerativas, portadores de sequelas, entre outras condições que podem variar de acordo com a ocorrência de determinado problema em cada território. A Atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e o levantamento de seus problemas de saúde mais expressivos, buscando-se soluções, seja na Rede de serviços de saúde seja na sociedade em geral, através da intersetorialidade. Trata-se de um atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade.

Assim, distribuindo o tempo de trabalho entre ações na própria Unidade e de visitação, de forma coordenada, os integrantes podem estabelecer um programa de trabalho em equipe que inclua consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, atendimentos domiciliares, grupos de orientação e de apoio aos serviços no território, como em creches e escolas. São assuntos contidos em um plano de prioridades acordado

entre os técnicos e preferencialmente, entre estes e a comunidade em grupos específicos com abordagem terapêutica e de educação em saúde, reuniões comunitárias para discussão de temas relacionados à saúde e qualidade de vida.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS, define a Atenção Básica como "o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária". Com a PNAB, o PSF foi elevado à categoria de estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF), já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades do serviço de saúde, consolidando seu papel como modelo prioritário para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. Essa mudança de nomenclatura também implica uma mudança na forma de atuação, com um foco maior na integralidade, resolutividade e intersetorialidade, buscando a melhoria da saúde das famílias e da comunidade. É uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

A Portaria número 648, de 28 de março de 2006, reforça os objetivos da ESF, quando explicita, mais uma vez, suas responsabilidades sanitárias no conjunto do sistema:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na Rede de serviços;

- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social.

Em 2008, para ampliar a resolutividade e integralidade da Atenção Básica, foi criado pelo Ministério da Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio da Portaria 154/2008. Essas equipes passam a fazer parte das ESFs, tendo a corresponsabilidade pelo território, usuários e, assim, pelo cuidado. O principal objetivo é de produzir o máximo de soluções às necessidades locais, evitando encaminhamentos desnecessários. A publicação da Portaria 2.436/MS de 21 de setembro de 2017, que aprovou a PNAB, estabelece e revisa diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, modificou a nomenclatura das equipes multidisciplinares para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ampliando a atuação dessas equipes a todo o contexto da saúde.

Em 2020, a Nota Técnica número 3/2020- DESF/SAPS/MS, esclarece que a composição de equipes multiprofissionais deixaria de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Isso passou para o gestor municipal a autonomia para compor essas equipes, definir categorias, cargas horárias e seus arranjos. Assim, a gestão municipal de Jundiaí/SP escolhe dar continuidade e ampliar o trabalho dessas equipes, redigindo o documento: "Diretrizes para atuação das equipes de Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica no município de Jundiaí". Com a publicação do Ministério da Saúde, das Portarias GM/MS número 544 de três de maio de 2023 e número 635 de 22 de maio de 2023, que condizem com as orientações que o município de Jundiaí/SP vinha adotando na reorganização das equipes multiprofissionais e de seus processos de trabalho, incluiu a mudança na denominação de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica para Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (eMULTI-AB).

Os profissionais que compõem as equipes da eMULTI-AB, são de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes de Atenção Primária à Saúde, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Possuem a missão de cumprir as diretrizes e objetivos de acordo com o artigo segundo da Portaria GM/MS número 635 de 22 de maio de 2023:

- Facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais da eMULTI e das equipes citadas no parágrafo único do artigo quarto;
- Pautar-se pelo princípio da integralidade da atenção à saúde;
- Ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território;
- Integrar práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS;
- Favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica;
- Oportunizar a comunicação, integração e articulação da APS com outros serviços da RAS e intersetoriais, contribuindo para a continuidade de fluxos assistenciais;
- Contribuir para aprimorar a resolutividade da APS;
- Proporcionar a atenção continuada ao longo do tempo, por meio da definição de profissional de referência da eMULTI e equipe vinculada, a fim de qualificar a diretriz de longitudinalidade do cuidado.

Desta forma, os profissionais da eMULTI devem desenvolver suas atividades nas Unidades de Saúde em um trabalho integrado, independente do modelo. Cada profissional, detentor de conhecimento específico, deve contribuir para o trabalho em equipe, com a integração de saberes que é essencial para a atenção integral à saúde do usuário, das famílias e da comunidade. Compreende a produção de um cuidado continuado, longitudinal, regionalizado e com a lógica da integralidade, favorecido pela atuação sinérgica e interdisciplinar entre os profissionais. A escuta deve ser qualificada,

com olhar direcionado para as dimensões da vulnerabilidade e visando à redução das desigualdades em saúde.

Ao se considerar a necessidade de manutenção dos serviços ofertados, visando garantir atendimentos em situações de afastamentos inesperados ou capacitações, a melhoria e continuidade do cuidado, além de permitir uma melhor adaptação às demandas variáveis, desenvolveu-se a estratégia de equipe de apoio às Unidades de ESF e EACS. Isto permite adaptar a flutuações na demanda por serviços de saúde, ajustando a escala de profissionais conforme necessário, para atender as demandas da comunidade em diferentes momentos.

Há ainda a equipe Atenção Primária (eAP), que difere da ESF em sua composição e carga horária. Sendo uma modalidade de equipe secundária à ESF, de modo a atender algumas características e necessidades específicas, observando as diretrizes da PNAB.

2.1. Caracterização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS)

O município de Jundiaí, com uma população estimada de 443.221 habitantes, possui uma rede estruturada de APS reconhecida como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, 319.565 pessoas estão cadastradas nas Unidades de Atenção Primária, o que representa cerca de 72% da população total, demonstrando um importante alcance territorial e populacional.

Composta por 35 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), organizadas de forma regionalizada para atender as diferentes áreas da cidade, além de contar com o suporte de equipes multiprofissionais (e-Multis) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), permite uma atuação focada na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo da população.

O perfil epidemiológico da população cadastrada evidencia os principais desafios em saúde pública do município. Atualmente, estão registrados no sistema de informação da APS:

- 79.319 pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, o que corresponde a cerca de 24,8% da população cadastrada;
- 41.138 pessoas com diabetes mellitus, representando aproximadamente 12,9% da população cadastrada;
- 868 gestantes em acompanhamento pré-natal nas UBSs, reforçando a importância da atenção integral à saúde da mulher.

A Atenção Primária de Jundiaí desenvolve ações estratégicas de vigilância em saúde, imunização, educação em saúde, acompanhamento de condições crônicas e cuidado materno-infantil, além de realizar busca ativa de usuários com maior vulnerabilidade e risco de agravos. As equipes trabalham de forma articulada com a rede de urgência e os serviços especializados, garantindo a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

2. OBJETIVO

O objetivo deste plano compreende a contratação de recursos humanos de caráter assistencial pelas equipes de ESF e EACS, visando profissionais de saúde para a realização de ações no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação, diagnóstico, tratamento, redução de danos e vigilância em saúde.

3. CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

O quadro a seguir apresenta o número de profissionais necessários, com suas respectivas cargas horárias e quantidades, para compor o plano de trabalho. Em seguida são listadas as unidades que compõem o plano de trabalho. A distribuição dos profissionais nos equipamentos de saúde será definido pela UGPS no momento da assinatura do presente convênio e poderá ocorrer alterações conforme necessidade. Este dimensionamento tem como objetivo fortalecer a assistência à saúde local, garantindo maior efetividade e resolutividade no atendimento à população.

Relação do quantitativo por categoria profissional de 01/09/2025 à 30/11/2025

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADES
AGENTE ADMINISTRATIVO	40	76
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	40	3
ASSISTENTE SOCIAL	30	7
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	93
AUXILIAR DE FARMÁCIA	40	22
AUXILIAR DE LIMPEZA	40	12
AUXILIAR ODONTOLÓGICO	40	20
CIRURGIÃO DENTISTA	20	10
CIRURGIÃO DENTISTA	40	12
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM	40	1
EDUCADOR FÍSICO	30	10
ENFERMEIRO	40	60
ENFERMEIRO(A) SUPERVISOR	40	2
FARMACÊUTICO	40	16
FISIOTERAPEUTA	30	13
MÉDICOESF	40	36
MÉDICO	20	5
MÉDICO	16	2
MÉDICO	12	1
MÉDICO	8	6

NUTRICIONISTA	40	5
PSICÓLOGO	40	19
SUPERVISOR DE FARMÁCIA	40	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	2
RESIDENTES FMJ	40	4
SUPERVISOR DE TI	40	1
ANALISTA DE SISTEMA	40	2
TOTAL		441

Relação do quantitativo por categoria profissional de 01/12/2025 à 31/05/2026.

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADES
AGENTE ADMINISTRATIVO	40	77
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	40	3
ASSISTENTE SOCIAL	30	7
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	95
AUXILIAR DE FARMÁCIA	40	22
AUXILIAR DE LIMPEZA	40	12
AUXILIAR ODONTOLÓGICO	40	21
CIRURGIÃO DENTISTA	20	10
CIRURGIÃO DENTISTA	40	13
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM	40	1
EDUCADOR FÍSICO	30	10

ENFERMEIRO	40	62
ENFERMEIRO(A) SUPERVISOR	40	2
FARMACÊUTICO	40	16
FISIOTERAPEUTA	30	13
MÉDICOESF	40	37
MÉDICO	20	5
MÉDICO	16	2
MÉDICO	12	1
MÉDICO	8	6
NUTRICIONISTA	40	5
PSICÓLOGO	40	19
SUPERVISOR DE FARMÁCIA	40	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	2
RESIDENTES FMJ	40	4
SUPERVISOR DE TI	40	1
ANALISTA DE SISTEMA	40	2
TOTAL		449

Relação do quantitativo por categoria profissional de 01/06/2026 à 31/08/2026.

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADES
AGENTE ADMINISTRATIVO	40	82
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	40	3
ASSISTENTE SOCIAL	30	8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40	95

AUXILIAR DE FARMÁCIA	40	22
AUXILIAR DE LIMPEZA	40	12
AUXILIAR ODONTOLÓGICO	40	22
CIRURGIÃO DENTISTA	20	10
CIRURGIÃO DENTISTA	40	13
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM	40	1
EDUCADOR FÍSICO	30	10
ENFERMEIRO	40	63
ENFERMEIRO(A) SUPERVISOR	40	2
FARMACÊUTICO	40	16
FISIOTERAPEUTA	30	13
MÉDICOESF	40	37
MÉDICO	20	5
MÉDICO	16	2
MÉDICO	12	1
MÉDICO	8	6
NUTRICIONISTA	40	5
PSICÓLOGO	40	19
SUPERVISOR DE FARMÁCIA	40	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	2
RESIDENTES FMJ	40	4
SUPERVISOR DE TI	40	1
ANALISTA DE SISTEMA	40	2
TOTAL		457

Relação das unidades que compõem o plano de trabalho

	LOCAL
1	UBS AGAPEAMA
2	USF PARQUE CENTENÁRIO
3	CLÍNICA DA FAMÍLIA ALMERINDA CHAVES

4	CLÍNICA DA FAMÍLIA HORTOLÂNDIA
5	CLÍNICA DA FAMÍLIA NOVO HORIZONTE
6	CLÍNICA DA FAMÍLIA PONTE SÃO JOÃO
7	UBS CORRUPIRA
8	UBS ELOY CHAVES
9	UBS IVOTURUCAIA
10	UBS JARDIM DO LAGO
11	UBSMARINGÁ
12	UBS MORADA DAS VINHAS
13	UBS RIO ACIMA
14	UBS SANTA GERTRUDES
15	UBS SÃO CAMILO
16	UBS SARAPIRANGA
17	UBS TAMOIO
18	UBSTARUMÃ
19	UBS TULIPAS
20	USFVILAANA
21	UBS RIO BRANCO
22	UNIDADE MARECHAL
TOTAL	22 UNIDADES

4.1. Remuneração de recursos humanos

Quadro 5.

RELAÇÃO DE COLABORADORES - PERÍODO DE 09 À 11/2025			
Cargo	Quantidade	Carga Horária Semanal	Custo Total Anual
AGENTE ADMINISTRATIVO	76	40	R\$ 11.975.946,90
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	3	40	
ASSISTENTE SOCIAL	7	30	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	93	40	
AUXILIAR DE FARMÁCIA	22	40	
AUXILIAR DE LIMPEZA	12	40	
AUXILIAR ODONTOLÓGICO	20	40	
CIRURGIÃO DENTISTA	10	20	
CIRURGIÃO DENTISTA	12	40	
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM NTESF	1	40	
EDUCADOR FÍSICO	10	30	
ENFERMEIRO	60	40	
ENFERMEIRO(A) SUPERVISOR	2	40	
FARMACÊUTICO	16	40	
FISIOTERAPEUTA	13	30	
MÉDICO	5	20	
MÉDICO	2	16	
MÉDICO	6	8	
MÉDICO*	1	12	
MÉDICO ESF	36	40	
NUTRICIONISTA	5	40	
PSICÓLOGO	19	40	
SUPERVISOR DE FARMÁCIA	1	40	

TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	30	
SUPERVISOR DE TI	1	40	
ANALISTA DE SISTEMA	2	40	
RESIDENTES FMJ	4	40	

RELAÇÃO DE COLABORADORES - PERÍODO DE 12 À 05/2026

Cargo	Quantidade	Carga Horária Semanal	Custo Total Anual
AGENTE ADMINISTRATIVO	77	40	R\$ 25.052.119,52
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	3	40	
ASSISTENTE SOCIAL	7	30	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	95	40	
AUXILIAR DE FARMÁCIA	22	40	
AUXILIAR DE LIMPEZA	12	40	
AUXILIAR ODONTOLOGICO	21	40	
CIRURGIAO DENTISTA	10	20	
CIRURGIAO DENTISTA	13	40	
COORDENAÇÃO ADM. NTESF	0	40	
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM NTESF	1	40	
EDUCADOR FISICO	10	30	
ENFERMEIRO	62	40	
ENFERMEIRO(A) SUPERVISOR	2	40	
FARMACEUTICO	16	40	
FISIOTERAPEUTA	13	30	
MEDICO	5	20	
MEDICO	2	16	
MEDICO	6	8	
MEDICO*	1	12	
MEDICO ESF	37	40	
NUTRICIONISTA	5	40	
PSICÓLOGO	19	40	
SUPERVISOR DE FARMACIA	1	40	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	30	
SUPERVISOR DE TI	1	40	
ANALISTA DE SISTEMA	2	40	
RESIDENTES FMJ	4	40	

RELAÇÃO DE COLABORADORES - PERÍODO DE 06 À 08/2026

Cargo	Quantidade	Carga Horária Semanal	Custo Total Anual
AGENTE ADMINISTRATIVO	82	40	R\$ 12.845.661,34
ASSESSOR ADMINISTRATIVO	3	40	
ASSISTENTE SOCIAL	8	30	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	95	40	
AUXILIAR DE FARMÁCIA	22	40	
AUXILIAR DE LIMPEZA	12	40	
AUXILIAR ODONTOLÓGICO	22	40	
CIRURGIAO DENTISTA	10	20	
CIRURGIAO DENTISTA	13	40	
COORDENAÇÃO ADM. NTESF	0	40	
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM NTESF	1	40	
EDUCADOR FISICO	10	30	
ENFERMEIRO	63	40	
ENFERMEIRO(A) SUPERVISOR	2	40	
FARMACEUTICO	16	40	
FISIOTERAPEUTA	13	30	
MEDICO	5	20	
MEDICO	2	16	
MEDICO	6	8	
MEDICO*	1	12	
MEDICO ESF	37	40	
NUTRICIONISTA	5	40	
PSICÓLOGO	19	40	
SUPERVISOR DE FARMACIA	1	40	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	30	
SUPERVISOR DE TI	1	40	
ANALISTA DE SISTEMA	2	40	
RESIDENTES FMJ	4	40	

4. ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS

- I. Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- II. Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- III. Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- IV. Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- V. Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- VI. Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento e necessidade do usuário;
- VII. Resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica;
- VIII. Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contrarreferência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- IX. Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista;
- X. Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- XI. Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- XII. Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais;
- XIII. Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde e no conselho Municipal de Saúde;
- XIV. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- XV. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XVI. Participar das atividades de educação permanente;

XVII. Organizar, planejar e desenvolver grupos educativos na comunidade em todo ciclo de vida.

XVIII. Seguir os protocolos municipais de acesso à atenção secundária e manejo, de sua área, disponíveis em: <https://jundiai.sp.gov.br/saude/protocolos/>

5. INDICADORES DE COFINANCIAMENTO

A nova metodologia de cofinanciamento federal da APS, pactuada na 4º Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), é formada por instrumentos que têm por objetivo a avaliação da qualidade e o planejamento do trabalho das equipes de saúde.

A metodologia tem 15 indicadores ao todo, divididos em três blocos: Equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, Equipes Multiprofissionais e Equipes de Saúde Bucal. Os indicadores abaixo serão monitorados mensalmente:

- Cuidado da pessoa com diabetes;
- Cuidado da pessoa com hipertensão;
- Cuidado da gestante e do puerpério;
- Cuidado da mulher na prevenção do câncer;
- Cuidado da pessoa idosa;
- Cuidado no desenvolvimento infantil;
- Ações interprofissionais realizadas pela Multi;
- Média de atendimentos por pessoa assistida pela eMulti;
- Primeira consulta odontológica programada;

- Tratamento odontológico concluído;

- Taxa de exodontias na APS

- Escovação supervisionada na APS

- Procedimentos preventivos;

- Tratamento restaurador atraumático (ART)

6.1. Metas quantitativas: componente qualidade MAIS ACESSO À APS

6.1.1. Desenvolvimento Infantil:

Objetivo: Avaliar o acesso e acompanhamento efetivo das crianças com 2 (dois) anos completos de idade em relação aos episódios de cuidados necessários, com incentivo a captação precoce, de maneira coordenada e contínua na APS.

Aplicabilidade: Permitir que profissionais de saúde e gestores acompanhem a evolução dos indicadores, com o intuito de monitorar as ações existentes e desenvolver novas estratégias para qualificar a prevenção, o manejo, a captação, o acesso, o acolhimento e o acompanhamento da sua população.

A	Ter realizado a 1ª consulta presencial por médica(o) ou enfermeira(o), até o 30º dia de vida	0,20
B	Ter pelo menos 09 consultas presenciais ou remotas realizadas por médica(o) ou enfermeira(o) até dois anos de vida	0,20
e	Ter pelo menos 09 registros de peso e altura até os dois anos de vida	0,20
D	Ter recebido pelo menos 02 visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, sendo a primeira até os primeiros 30 dias de vida e a segunda até os 06 meses de vida	0,20
E	Ter sido vacinada contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola e pneumocócica 10 valente com todas as doses recomendadas	0,20

São consideradas como boas práticas avaliadas neste indicador:

Obs: Garantir que o Agente Comunitário de Saúde, cumpra as visitas solicitadas nos itens de boas práticas do indicador em questão. Sob supervisão do Enfermeiro da equipe

Fórmula:

Somatório de boas práticas realizadas para crianças de até 2 anos vinculadas à equipe /
Número total de crianças de até 2 anos vinculadas à equipe x 100

Classificação
Regular: 25
Suficiente: >25 e 50
Bom: >50 e 75
Ótimo: >75

6.1.2. Cuidado da Mulher Gestante e Puérpera:

Objetivo: Induzir a qualificação do acompanhamento da gestante/puérpera a fim de incidir na morbimortalidade materna e neonatal. Espera-se que, a partir da recomendação das boas práticas, seja ofertado cuidado integral à gestante/ puérpera, proporcionando encontros de qualidade, pois se sabe que a experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natais e puerperais e para criar famílias e comunidades prósperas.

Aplicabilidade: Permitir que profissionais de saúde e gestores acompanhem a evolução dos indicadores, com o intuito de desenvolver novas estratégias e ações de prevenção, manejo, captação, acesso, acolhimento e acompanhamento da sua população.

São consideradas como boas práticas avaliadas neste indicador:

	realizado a primeira consulta de pré-natal até 12 semanas de gestação	0,09
	realizado pelo menos 07 consultas durante o período de gestação para priorizar o diagnóstico e acolhimento oportuno	0,10

	realizado pelo menos 07 registros de pressão arterial durante período da gestação	0,09
	realizado pelo menos 07 registros simultâneos de peso e altura ante o período da gestação	0,09
	registro de pelo menos 03 visitas domiciliares do ACS/TACS, após a primeira consulta do pré-natal	0,09
	registro de uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de cada gestação	0,09
	registro dos testes rápidos ou dos exames avaliados para sífilis, HIV e atites Be C realizados no primeiro trimestre de cada gestação	0,09
	registro dos testes rápidos ou dos exames avaliados para sífilis e HIV realizados no terceiro trimestre de cada gestação	0,09
	registro de pelo menos 01 consulta presencial ou remota por flica(o) ou enfermeira(o) realizada durante o puerpério	0,09
	registro de pelo menos 01 visita domiciliar por ACS/TACS realizada ante o puerpério	0,09
	registro de pelo menos 01 avaliação odontológica realizada durante o período da gestação por profissional cirurgião dentista ou técnica(o) em de bucal ou auxiliar de saúde bucal	0,09

Obs: Garantir que o Agente Comunitário de Saúde, cumpra as visitas solicitadas nos itens de boas práticas do indicador em questão.

Fórmula:

Somatório de boas práticas realizadas para gestantes e puérperas vinculadas à equipe/ Número total de gestantes e puérperas vinculadas à equipe x 100

Classificação
Regular: :S25
Suficiente: >25 e :S50
Bom: >50 e :S75
Ótimo: >75

6.1.3. Cuidado da Pessoa com Diabetes

Objetivo: Acompanhar o cuidado integral à pessoa com diabetes e a aplicação de boas práticas de cuidado na APS, considerando as evidências e diretrizes clínicas vigentes do cuidado à pessoa com diabetes; Subsidiar dados para gestores e equipes sobre o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado à pessoa com diabetes

Aplicabilidade: Permite avaliar o acesso e acompanhamento longitudinal das pessoas com diabetes em relação aos episódios de cuidados necessários de maneira coordenada e contínua na APS.

São consideradas como boas práticas avaliadas neste indicador:

realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por profissional física(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses	0,20
pelo menos 01 registro de medição da pressão arterial, realizado nos últimos 6 meses	0,15
pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses	0,20
realizado pelo menos 01 (um) registro de peso e altura, nos últimos 12 meses	0,15
pelo menos 01 registro de Hemoglobina Glicada, solicitada ou avaliada, nos últimos 12 meses	0,15
pelo menos 01 registro de avaliação dos pés, realizado nos últimos 12 meses	0,15

Obs: Garantir que o Agente Comunitário de Saúde, cumpra as visitas solicitadas nos itens de boas práticas do indicador em questão.

Fórmula:

Somatório de boas práticas realizadas para pessoas com Diabetes vinculadas à equipe/
Número total de pessoas com Diabetes vinculadas à equipe x 100

Classificação
Regular: :S25
Suficiente: >25 e :S50
Bom: >50 e :S75
Ótimo: >75

6.1.4. Cuidado da pessoa com hipertensão

Objetivo: Acompanhar o cuidado integral à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e a aplicação de boas práticas de cuidado na atenção primária à saúde, considerando as evidências e diretrizes clínicas vigentes do cuidado; subsidiar dados para gestores e equipes para o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica.

Aplicabilidade: Permite avaliar o acompanhamento longitudinal das pessoas com hipertensão arterial sistêmica em relação aos episódios de cuidados necessários de maneira coordenada e contínua na atenção primária à saúde.

São consideradas como boas práticas avaliadas neste indicador:

	realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por médica(o) enfermeira(o), nos últimos 6 meses	0,25
--	--	------

	pelo menos 01 registro de aferição da pressão arterial, realizado nos últimos 6 meses	0,25
	pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/TACS, com intervalo último de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses	0,25
	realizado pelo menos 01 (um) registro de peso e altura, nos últimos 12 meses	0,25

Obs: Garantir que o Agente Comunitário de Saúde, cumpra as visitas solicitadas nos itens de boas práticas do indicador em questão.

Fórmula:

Somatório de boas práticas realizadas para pessoas com Hipertensão vinculadas à equipe/
Número total de pessoas com Hipertensão vinculadas à equipe x 100

Classificação
Regular: :S25
Suficiente: >25 e :S50
Bom: >50 e :S75
Ótimo: >75

6.1.5. Cuidado integral da pessoa idosa

Objetivo: Promover boas práticas para o cuidado integral à pessoa idosa e a aplicação de boas práticas de cuidado na APS, considerando as evidências e diretrizes clínicas vigentes da linha de cuidado para pessoa idosa.

Aplicabilidade: Permite avaliar o acesso e acompanhamento longitudinal das pessoas idosas de maneira coordenada e contínua na APS.

São consideradas como boas práticas avaliadas neste indicador:

	registro de pelo menos 01 consulta presencial ou remota por médica(o) enfermeira(o) realizada nos últimos 12 meses	0,25
	pelo menos 02 registros de peso e altura para avaliação antropométrica últimos 12 meses	0,25
	registro de pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 C 0,25 meses	0,25
	registro de 1 dose da vacina contra influenza realizada nos últimos 12 meses	0,25

Obs: Garantir que o Agente Comunitário de Saúde, cumpra as visitas solicitadas nos itens de boas práticas do indicador em questão.

Fórmula:

Somatório de boas práticas realizadas para pessoas idosas vinculadas à equipe/ Número total de pessoas idosas vinculadas à equipe x 100

Classificação
Regular: :S25
Suficiente: >25 e :::50
Bom: >50 e :S75
Ótimo: >75

6.1.6. Cuidado da mulher na prevenção do câncer

Objetivo: Promover boas práticas para o cuidado à saúde da mulher no âmbito da APS.

Aplicabilidade: Permitir que profissionais de saúde e gestores possam acompanhar a evolução do acesso das mulheres ao serviço de saúde, com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, bem como da prevenção precoce e diagnóstico oportuno de câncer de colo de útero e mama.

São consideradas como boas práticas avaliadas neste indicador:

	registro de pelo menos 01 exame de rastreamento para câncer do colo útero em mulheres entre 25 e 64 anos, solicitado ou avaliado nos últimos meses	0,20
	registro de pelo menos uma dose da vacina HPV para crianças e adolescentes do sexo feminino de 09 a 14 anos de idade	0,30
	registro de pelo menos 01 atendimento presencial ou remoto, para adolescentes e mulheres de 14 a 69 anos de idade, sobre atenção à saúde sexual e reprodutiva, realizado nos últimos 12 meses	0,30
	registro de pelo menos 01 exame de rastreamento para câncer de mama mulheres de 50 a 69 anos, solicitado ou avaliado nos últimos 24 meses	0,20

Obs: Garantir que o Agente Comunitário de Saúde, cumpra as visitas solicitadas nos itens de boas práticas do indicador em questão.

Fórmula:

Somatório de boas práticas realizadas para meninas de 9 anos a mulheres de 69 anos vinculadas à equipe/ Número total de meninas de 9 anos a mulheres de 69 anos vinculadas à equipe x 100

Classificação
Regular: :S25
Suficiente: >25 e :S50
Bom: >50 e :S75
Ótimo: >75

6.2. Componente Saúde Bucal

6.2.1. Primeira consulta odontológica programada

Objetivo: Permite avaliar se a equipe de saúde bucal tem conseguido organizar seu processo de trabalho, garantindo acesso à sua população, por meio da primeira consulta odontológica programada.

Aplicabilidade: Avaliar o acesso da população adscrita pelas eqmpes de Saúde Bucal, considerando a primeira consulta odontológica programática.

Fórmula:

Número total de pessoas com atendimentos de primeira consulta odontológica programática/
Número total de pessoas vinculadas à equipe de referência (Portaria SAPS/MS nº 161/2024) x
100

Classificação
Regular: :S1
Suficiente: >1 e :S3

Bom: >3 e :S5

Ótimo: >5

6.2.2. Tratamento odontológico concluído

Objetivo: Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programadas) e resolutividade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.

Aplicabilidade: Avaliar a taxa de conclusão de tratamentos.

Fórmula:

Número de pessoas com tratamento odontológico concluído/ Número de pessoas com a primeira consulta odontológica programada realizada x 100

Classificação

Regular: :S25

Suficiente: >25 e :S50

Bom: >50 e :S75

Ótimo: >75

6.2.3. Taxa de exodontias na APS

Objetivo: Acompanhar em que medida a equipe de Saúde Bucal é resolutiva para atuar no início da história natural da doença cárie e da doença periodontal, ofertando mais procedimentos preventivos em detrimento de procedimentos mutiladores (exodontias).

Aplicabilidade: Avaliar a razão entre a quantidade de exodontias realizadas dentre o total de procedimentos preventivos e curativos do cardápio de ofertas da APS, por uma determinada eSB na população sob sua responsabilidade.

Fórmula:

Número total de exodontias realizadas/ Número de total de procedimentos individuais preventivos, curativos e exodontias realizadas x 100

Classificação
Regular: <8 e ≥ 14
Suficiente: ≥ 12 e < 14
Bom: >10 e < 12
Ótimo: ≥ 8 e < 10

6.2.4. Escovação supervisionada na APS

Objetivo: Mensurar a proporção de pessoas beneficiárias das ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal

Aplicabilidade: Avaliar se a equipe de saúde bucal tem conseguido caminhar na direção da mudança do modelo de atenção, com ações de promoção e prevenção em saúde bucal, bem como as características da população beneficiada (sexo, faixa etária).

Fórmula:

Número de crianças de 6 a 12 anos contempladas na ação coletiva de escovação supervisionada/ Número total de pessoas na faixa etária vinculadas à equipe de referência (Portaria SAPS/MS nº 161/2024) x 100

Classificação
Regular: :S0,25
Suficiente: >0,25 e <=0,5
Bom: >0,5 e :S1
Ótimo: >1

6.2.5. Procedimentos preventivos

Objetivo: Mensurar o total de procedimentos odontológicos preventivos realizados na APS em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais realizados na APS pela equipe de Saúde Bucal.

Aplicabilidade: Avaliar se a equipe de Saúde Bucal adota modelo de atenção promotor de saúde e menos curativista e/ou multilador, com ações de promoção e prevenção em saúde bucal, levando em consideração as características da população beneficiada (sexo, faixa etária).

Fórmula:

Número de procedimentos odontológicos preventivos individuais realizados/ Número total de procedimentos odontológicos preventivos individuais e coletivos realizados x 100

Classificação
Regular: <20 ou >85 ou >=20 e <40
Suficiente: 2:40 e <60
Bom: 2:60 e <80
Ótimo: 2:80 e :S85

6.2.6. Tratamento restaurador atraumático (ART)

Objetivo: Mensurar a proporção entre o total de procedimentos restauradores atraumáticos realizados em relação ao total de procedimentos restauradores, ambos pelo cirurgião-dentista inserido na APS.

Aplicabilidade: Pode ser utilizado em atividades coletivas como as realizadas em escolas, creches, instituições de longa permanência, pessoas acamadas, com transtornos de saúde mental, desde que a eSB tenha feito um planejamento prévio e classificação de risco para identificação dos usuários. É possível avaliar se a equipe de Saúde Bucal tenha adotado, na sua prática rotineira, a tendência a uma técnica minimamente invasiva.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de atendimentos com procedimentos restauradores atraumáticos (ART) realizados}}{\text{Número total de atendimentos com procedimentos restauradores realizados}} \times 100$$

Classificação
Regular: 3
Suficiente: >3 e 6
Bom: >6 e 8
Ótimo: >8

6.3. Componente qualidade eMULTI na APS

6.3.1. Média de atendimento por pessoa

Objetivo: Monitorar o acesso pontual e contínuo da população acompanhada pelas equipes vinculadas aos cuidados dos profissionais da eMulti, considerando tanto abordagens individuais quanto abordagens coletivas.

Aplicabilidade: Permite analisar o acesso da população acompanhada pelas demais equipes de saúde da APS aos cuidados dos profissionais de saúde da eMulti.

Fórmula:

Número de atendimentos individuais e coletivos realizados/ Número total de pessoas atendidas X 100

Classificação
Regular: :S1
Suficiente: >1 e :S2
Bom: >2 e :S3
Ótimo: >3

6.3.2. Ações interprofissionais da eMULTI

Objetivo: Monitorar as ações realizadas pela eMulti de forma compartilhada, na perspectiva da qualificação das práticas em saúde e na melhoria da oferta do cuidado prestado à população por meio do trabalho colaborativo e interprofissional.

Aplicabilidade: Permite acompanhar a realização de ações de forma compartilhada entre o rol de ações realizadas pela eMulti no contexto da APS.

Fórmula:

Número de ações compartilhadas realizadas pela eMulti na APS/ Número total de ações realizadas pela eMulti na APS x 100

Classificação

Regular: :S1
Suficiente: >1 e :S2
Bom: >2,5 e :S5
Ótimo: >5

6.4. Componente IGM PAULISTA

6.4.1. Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* - LIRAA

Presente nos indicadores de acompanhamento do IGM Paulista (Incentivo à Gestão Municipal), esse indicador refere-se ao Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti*, o LIRAA. Portanto, segue uma análise quadrimestral e a tendência é que quanto maior, melhor. Tendo como fonte de dados o SISAWEB

6.4.2. Mortalidade Infantil

Presente nos indicadores de acompanhamento do IGM Paulista (Incentivo à Gestão Municipal), a mortalidade infantil é um importante indicador de saúde pública, refletindo as condições de vida, acesso à vida e qualidades dos serviços oferecidos à população. A Análise será trianual e a tendência é quanto menor melhor. Tem como fonte de dados o SIM/SINASC.

6.5. Indicadores qualitativos propostos

6.5.1. Satisfação do Usuário com o Atendimento na APS

Objetivo: Avaliar a percepção do usuário sobre acolhimento, escuta, resolutividade e respeito nos atendimentos realizados na APS.

Instrumento: Questionário de satisfação (escala Likert 1 a 5) ou grupo focal.

Fórmula:

Total de usuários que avaliaram positivamente (notas 4 e 5) / Total de respondentes x 100

Classificação:

- o Regular: :S60%
- o Suficiente: >60% e :S75%
- o Bom: >75% e :S90%
- o Ótimo: >90%

6.5.2. Grau de Integração Interprofissional

Objetivo: Avaliar se os profissionais da equipe realizam práticas compartilhadas, planos terapêuticos interprofissionais e reuniões de discussão de casos.

Instrumento: Autoavaliação da equipe + análise documental de prontuários e reuniões.

CrITÉrios Avaliados:

- o Frequência de reuniões interprofissionais
- o Existência de plano terapêutico compartilhado
- o Participação de diferentes categorias nas decisões clínicas

Classificação (exemplo):

- o Regular: Não há práticas interprofissionais regulares
- o Suficiente: Reuniões eventuais e sem plano conjunto
- o Bom: Reuniões mensais e plano terapêutico com registros
- o Ótimo: Reuniões quinzenais, plano com coautoria e seguimento

6.5.3. Resolutividade percebida do cuidado

Objetivo: Compreender se os usuários percebem que seus problemas de saúde são efetivamente resolvidos ou encaminhados com qualidade na APS.

Instrumento: Entrevista ou formulário com perguntas abertas/fechadas.

Fórmula:

Número de usuários que relataram que seus problemas foram resolvidos ou adequadamente encaminhados / Total de entrevistados x 100

Classificação:

- o Regular: :S50%
- o Suficiente: >50% e :S70%
- o Bom: >70% e :S85%
- o Ótimo: >85%

6.5.4. Cultura de avaliação e melhoria contínua na equipe

Objetivo: Identificar se a equipe adota práticas sistemáticas de autoavaliação, discussão de indicadores e planejamento de ações de melhoria.

Instrumento: Entrevistas com a equipe e análise documental.

Critérios de análise:

- o Existência de reuniões periódicas de avaliação
- o Uso dos dados para reorganizar processos
- o Implementação de Planos de Ação

Classificação: Regular a Ótimo, conforme presença e sistematicidade.

6.6. Médias mensais por categoria profissional

Os quadros abaixo apresentam as médias mensais de procedimentos ou atendimentos por categoria profissional, de acordo com o tipo de unidade de atendimento.

Média de procedimentos/atendimentos por categoria profissional da Equipe ESF.

Equipe ESF		Procedimentos por profissional mensal		Pontuação
Categoria	Carga Horária	Min.	Máx.	100% do Min.
Auxiliar de enfermagem	40	300	600	1
Cirurgião dentista	40	700	1400	1
Cirurgião dentista	20	350	700	1
Enfermeiro	40	260	520	1
Médico	40	350	700	1

Média de procedimentos/atendimentos por categoria profissional da Equipe EACS.

Equipe EACS		Procedimentos por profissional mensal		Pontuação
Categoria	Carga Horária	Min.	Máx.	100% do Min.
Auxiliar de enfermagem	40	300	600	1
Cirurgião dentista	20	350	700	1
Enfermeiro	40	160	320	1
Médico	20	200	400	1

Média de procedimentos/atendimentos por categoria profissional da e-Multi AB.

e-Multi AB		Atendimentos/ações por profissional mensal		Pontuação
Categoria	Carga Horária	Min.	Máx.	100% do Min.
Assistente Social	30h	70	140	1
Educador Físico	30h	70	140	1
Farmacêutico	40h	400	800	1
Fisioterapeuta	30h	70	140	1
Médico	20h	60	120	1
Nutricionista	40h	100	200	1
Psicólogo	40h	100	200	1
Terapeuta Ocupacional	30h	70	140	1

6.7. Relação de procedimentos

Os procedimentos realizados pelos profissionais constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, que são continuamente atualizados pelo Ministério da Saúde. A última atualização é de 11 de junho de 2024, através da Portaria GM/MS nº 3.731 PORTARIA SAES/MS Nº 1.822. A relação dos procedimentos pode ser consultada através do link: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp?first=5>.

7. OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DO HCSVP

- I. Garantir a contratação dos profissionais necessários para composição das eqmpes assistenciais de ESF/EACS/e-MULTI AB da rede de saúde do município;
- II. Prover imóvel para o funcionamento da ESF Parque Centenário.
- III. Disponibilizar serviços de limpeza/higienização para a CF Hortolândia, CF Ponte São João, ESF Vila Ana e ESF Parque Centenário. O conveniado é responsável pelo fornecimento de insumos necessários para limpeza e higienização.
- IV. Deverá se responsabilizar pelos custos mensais de energia do imóvel da unidade do Parque Centenário.
- V. Prover a locação de 40 (quarenta) computadores para a Clínica da Família Ponte São João.
- VI. Manter atualizado o cadastro CNES - Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde, dos profissionais e serviços sob sua gestão.
- VII. Observar e cumprir as normas da CLT e convenções coletivas de trabalho.
- VIII. Manter as equipes completas de acordo com este convênio, para que não haja desassistência nas Unidades, evitando-se a interrupção dos serviços por licença maternidade e/ou licenças prolongadas acima de 15 dias corridos. O conveniado deverá substituir o funcionário em questão de forma imediata no máximo 20 dias corridos, garantindo a continuidade da assistência.
- IX. Monitorar o controle de frequência dos funcionários por meio eletrônico.

- X. Implementar, em parceria com a Diretoria de Atenção Básica, um processo anual de Avaliação de Desempenho para todos os colaboradores. Com base nos resultados, desenvolver e aplicar um Plano de Desenvolvimento Individual (**PDI**) para os colaboradores que obtiverem desempenho inferior a 70% na avaliação, com foco na melhoria contínua e no alinhamento às competências exigidas.

8. OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA PREFEITURA

- I. Transferir para o CONVENIADO recursos financeiros necessários à implementação e manutenção da ESF, EACS, eMulti-AB de conformidade com o cronograma de desembolso, que passa a fazer parte integrante deste instrumento;
- II. Garantir o apoio financeiro técnico e administrativo, em todas as questões relacionadas à gestão das ESF, EACS e eMulti-AB, quando necessário;
- III. Fornecer ao CONVENIADO, imóveis necessários à execução do objeto do Convênio, exceto os que já constam como obrigação do conveniado;
- IV. Contratar por concurso público Agentes Comunitários de Saúde que compõem as Equipes de ESF e EACS; em conformidade com a Portaria no 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.
- V. Exercer ampla e completa fiscalização da execução do objeto do convênio;
- VI. Estabelecer junto ao conveniado a escala das equipes que compõem a ESF, EACS, eMulti-AB;
- VII. Providenciar a implantação de sistema de referência e processos regulatórios entre todos os níveis da rede pública municipal e municipalizada, definindo a linha de cuidado para o acesso dos usuários da ESF, EACS e eMulti-AB;
- VIII. Estabelecer processos de educação permanente de profissionais que integram as ESF, EACS, eMulti-AB;
- IX. Definir os critérios técnicos conforme diretrizes da UGPS e MS para a contratação, pelo CONVENIADO, dos profissionais que integrarão as equipes da ESF, EACS e eMulti-AB;

- X. Adotar e garantir todas as condições para o funcionamento da ESF, EACS e eMulti-AB especialmente dos equipamentos, provimento de equipamentos de proteção individual (EPI), de materiais de consumo e permanente;
- XI. Apoiar o fortalecimento dos Conselhos Gestores nas Unidades que compõem a Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários.

9. DISPOSIÇÕES SOBRE CARGA HORÁRIA

A Unidade de Gestão e Promoção da Saúde (UGPS) verificará a necessidade de reposição das compensações de emendas de feriados que poderão ocorrer no decorrer do presente Convênio e definirá estratégias, respeitando a carga horária de cada profissional disponibilizada para a prestação do serviço.

10. CANAL DE ÉTICA E PROGRAMA DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO AO ASSÉDIO

O assédio moral é caracterizado por toda conduta abusiva, à exemplo de gestos, palavras ou atitudes, atingindo a dignidade, autoestima, autodeterminação, evolução na carreira, integridade psíquica ou física de um trabalhador. Este agrega três elementos: abuso de poder, manipulação perversa e discriminação. O assédio sexual, de acordo com o Código Penal, artigo 216-A, significa constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua condição superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

Visando a promoção de cultura de integridade, a melhora do clima organizacional com ambiente de trabalho positivo e transparente, o fortalecimento da governança corporativa e viabilidade de adoção das providências necessárias, há o Canal de Ética do Hospital São Vicente de Paulo e o Decreto Municipal número 35.286, de 28 de julho de 2025. O Canal de Ética é uma plataforma corporativa de denúncias que pode ser acessada através do Portal do Colaborador.

O decreto acima dispõe sobre a aplicação do Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Moral e Sexual e demais Crimes contra a Dignidade Sexual e à Violência Sexual - Programa de Enfrentamento ao Assédio. Esse Programa deverá ser aplicado por meio de capacitação de agentes públicos, estagiários e terceirizados por meio de realização de seminários, palestras e outras atividades, visando à sensibilização de práticas no ambiente de trabalho e conscientização sobre os malefícios de práticas abusivas, com o intuito de prevenir e enfrentar a prática de assédio moral, sexual e demais crimes contra a dignidade. Conta-se com a estruturação do Canal de Escuta Segura, vinculada à Unidade de Administração e Gestão de Pessoas. Com ambas ações, pretende-se a construção de uma cultura organizacional pautada pelo respeito mútuo, equidade de tratamento e preservação da dignidade das pessoas.

11. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A Conveniada receberá mensalmente o valor global pelo quantitativo de profissionais por equipes disponibilizadas como pactuadas neste convênio, até o dia 20 de cada mês corrente. A comprovação da disponibilização das equipes deverá ser enviada até o 1º dia útil do mês subsequente.

A não disponibilização completa das equipes deve acarretar em desconto no repasse do mês subsequente, que será calculado com base no número de profissional não disponibilizado, obedecendo a previsão de custos por profissional. No caso de não disponibilização completa das equipes, precedendo o desconto, caberá justificativa da entidade que deverá ser apresentada até o 1º dia útil do mês subsequente, para análise e aprovação da Unidade de Gestão de Promoção da Saúde.

No último mês de vigência do convênio, caso haja desconto, a entidade deverá realizar a devolução do valor no mês de competência até o 5º dia útil do mês subsequente.

Deverá ainda ser apresentada bimestralmente a pontuação atingida das metas quantitativas e qualitativas apresentadas. O não cumprimento de 80% da pontuação prevista (Classificação das equipes: BOM), deverá ser devidamente justificada e acatada pela Municipalidade. A justificativa não acatada impactará em desconto de 10% por competência não atingida no período, no repasse do mês subsequente.

11.1. Cronograma de desembolso

MÊS		MUNICIPAL	FEDERAL	ESTADUAL	TOTAL MÊS
1	set/25	R\$ 1.072.526,65	R\$ 1.137.460,06	R\$ 1.803.834,97	R\$ 4.013.821,68
2	out/25	R\$ 0,00	R\$ 2.495.203,01	R\$ 1.518.618,67	R\$ 4.013.821,68
3	nov/25	R\$ 0,00	R\$ 2.495.203,01	R\$ 1.518.618,67	R\$ 4.013.821,68
4	dez/25	R\$ 0,00	R\$ 2.550.880,57	R\$ 1.552.504,89	R\$ 4.103.385,46
5	jan/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.684.163,10	R\$ 210.596,07	R\$ 4.103.385,46
6	fev/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.684.163,10	R\$ 210.596,07	R\$ 4.103.385,46
7	mar/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.684.163,10	R\$ 210.596,07	R\$ 4.103.385,46
8	abr/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.684.163,10	R\$ 210.596,07	R\$ 4.103.385,46
9	mai/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.684.163,10	R\$ 210.596,07	R\$ 4.103.385,46
10	jun/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.735.886,97	R\$ 210.596,07	R\$ 4.155.109,33
11	jul/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.738.193,49	R\$ 210.596,07	R\$ 4.157.415,85
12	ago/26	R\$ 2.208.626,29	R\$ 1.738.193,49	R\$ 210.596,07	R\$ 4.157.415,85
SUBTOTAL		R\$ 18.741.536,97	R\$ 22.311.836,10	R\$ 8.078.345,76	R\$ 49.131.718,83

11.2. Plano de aplicação de recursos

MUNICIPAL

<i>Plano de Aplicação - Municipal</i>		
Categoria de Despesas	set/25	Jan-Ago/26
Materiais:		
Material de higienização, limpeza e descartáveis	6.000,00	6.000,00
Gastos Administrativos:		
ONA	626,06	626,06
Recursos humanos:		
13º salário	77.142,26	77.142,26
Vale transporte	38.038,51	38.038,51
Férias	72.785,14	96.612,97
FGTS	78.976,66	78.976,66
FGTS Rescisório	9.925,25	9.925,25
Seguro de Vida	1.475,06	1.475,06
Convênio Odontológico		6.621,43
INSS		70.958,04
IRRF		123.877,90
Salários e ordenados (exceto diretoria)	772.364,40	1.683.178,84
Locações		
Imóvel - Centenário	6.000,00	6.000,00
Locação de Computador - Clínica da Família Ponte São João	8.000,00	8.000,00
Utilidades públicas:		

Energia Elétrica - Centenário	1.193,32	1.193,32
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO	1.072.526,65	2.208.626,29

FEDERAL

Plano de Aplicação - Federal					
Categoria de Despesas	set/25	out/25	nov/25	dez/25	Jan-Ago/2026
Recursos humanos:					
13º Salário	77.142,26	154.284,52	154.284,52	154.284,52	77.142,26
Vale Transporte	38.038,51	76.077,02	76.077,02	76.077,02	38.038,51
Férias	72.785,14	145.570,28	145.570,28	145.570,28	72.785,14
FGTS	78.976,66	157.953,32	157.953,32	157.953,32	78.976,66
FGTS Rescisório		9.925,25	9.925,25	9.925,25	
Seguro de Vida		1.475,06	1.475,06	1.475,06	
INSS	71.958,04	71.958,04	71.958,04	71.958,04	71.958,04
IRRF		200.000,00	200.000,00	200.000,00	282.057,20
Salários e ordenados (exceto diretoria)	645.199,81	1.242.760,73	1.242.760,73	1.298.438,29	643.199,81
Residentes	19.200,00	19.200,00	19.200,00	19.200,00	19.200,00
Uniforme		1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Convênio Odontológico		1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Vale Alimentação		131.486,20	131.486,20	131.486,20	131.486,20
Vale Refeição	134.159,65	267.319,30	267.319,30	267.319,30	267.319,30
Locações					
Imóvel Centenário		6.000,00	6.000,00	6.000,00	
Locação de Computador - Clínica da Família Ponte São João		8.000,00	8.000,00	8.000,00	
Utilidades públicas:					
Energia Elétrica - Centenário		1.193,31	1.193,31	1.193,31	
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO	1.137.460,06	2.495.203,01	2.495.203,01	2.550.880,57	1.684.163,10

Plano de Aplicação - Federal			
Categoria de Despesas	jun/26	jul/26	ago/26
Materiais:			
Material de higienização, limpeza e descartáveis	3.000,00	3.000,00	3.000,00
Recursos humanos:			
13º salário	2.559,76	2.687,75	2.687,75
Vale transporte	2.164,80	2.273,04	2.273,04
Férias	853,25	895,91	895,91
FGTS	2.075,35	2.179,11	2.179,11
FGTS Rescisório	200,00	200,00	200,00
INSS	3.413,90	3.584,59	3.584,59
IRRF	550,00	550,00	550,00
Seguro de Vida	28,72	30,16	30,16
Salários e ordenados (exceto diretoria)	27.071,53	28.332,94	28.332,94
Crachás	20,00	21,00	21,00
Vale alimentação	3.614,40	3.795,12	3.795,12

Uniodonto	256,80	269,64	269,64
Vale Refeição	5.915,36	6.211,13	6.211,13
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO	51.723,87	54.030,39	54.030,39

ESTADUAL

Plano de Aplicação - Estadual					
Categoria de Despesas	set/25	out/25	nov/25	dez/25	Jan-Ago/26
Recursos humanos:					
13º salário	77.142,26	77.142,26	77.142,26	77.142,26	77.142,26
Férias	72.785,14	72.785,14	72.785,14	72.785,14	47.957,31
FGTS	78.976,66	78.976,66	78.976,66	78.976,66	78.976,66
INSS	71.958,04	71.958,04	71.958,04	71.958,04	1.000,00
IRRF	406.935,09	406.935,09	406.935,09	406.935,09	1.000,00
Salários e ordenados (exceto diretoria)	822.250,66	800.680,20	800.680,20	834.566,42	1.000,00
Crachás	19,85	19,85	19,85	19,85	19,85
Vale Transporte		1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Vale alimentação	132.486,20	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Convênio Odontológico	7.121,43	7.121,43	7.121,43	7.121,43	500,00
Vale Refeição	134.159,65	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO	1.803.834,97	1.518.618,67	1.518.618,67	1.552.504,89	210.596,07

12. Vigência

O prazo de execução do presente plano de trabalho é de 01/06/2026 a 31/08/2026.

DENILSON
CARDOSO DE
SA:25903931804

Assinado de forma digital
por DENILSON CARDOSO
DE SA:25903931804
Dados: 2026.05.25
09:40:32 -03'00'

Denílson Cardoso de Sá
Presidente - HCSVP