

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB nº 140, 30/10/2024

Considerando a Portaria GM/MS Nº 3.257, de 12/12/2019, publicada em Diário Oficial da União de 13/12/2019, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 de 28/09/2017, para dispor sobre o remanejamento intraestadual de recursos do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC).

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 350ª reunião ordinária realizada em 24/10/2024, aprova os remanejamentos de recursos do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), entre gestores, conforme segue abaixo:

1. Aprovação das transferências de Teto MAC.

1.1 Transferência de Teto MAC entre gestores na região de abrangência do DRS Bauru.

DRS	MUNICIPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
		RECEBE	TRANSFERE	
VI BAURU	CONCHAS		160.529,89	O município de Conchas, transfere do teto MAC (PPI-ambulatorial e hospitalar), para o município de Laranjal Paulista o valor de R\$ 160.529,89/ano, sendo R\$ 48.042,85/ano, referente a 4.305 procedimentos ambulatoriais/ano, e o valor de 112.487,04/ano, referente a 284 procedimentos hospitalares/ano, que serão realizados na Santa Casa de Laranjal Paulista, para atendimento dos municípios de Pereiras. Esta pactuação consta em ATA da CIR do Polo Cuesta nº 09/2024, Reunião Ordinária de 13/09/2024.
	LARANJAL PAULISTA	160.529,89		O município de Laranjal Paulista, recebe do teto MAC (PPI-ambulatorial e hospitalar), do município de Conchas o valor de R\$ 160.529,89/ano, sendo R\$ 48.042,85/ano, referente a 4.305 procedimentos ambulatoriais/ano, e o valor de 112.487,04/ano, referente a 284 procedimentos hospitalares/ano, que serão realizados na Santa Casa de Laranjal Paulista, para atendimento dos municípios de Pereiras. Esta pactuação consta em ATA da CIR do Polo Cuesta nº 09/2024, Reunião Ordinária de 13/09/2024.

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

DRS	MUNICÍPIO	PPI DOS MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimentos por Sub-Grupo - Ambulatorial (*)	Valor financeiro anual a ser transferido	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes
VI BAURU	CONCHAS (IBGE 3512308)	PEREIRAS (IBGE 3537503)	(T)	0204 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	1.054,50	9,50	111
				0301 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS	46.968,25	11,20	4.193
				0414 - PROC. CIR. BUCOMAXILO FACIAL	20,10	20,10	1
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	48.042,85		4.305
	LARANJAL PAULISTA (IBGE 3526407)	PEREIRAS (IBGE 3537503)	(R)	0204 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	1.054,50	9,50	111
				0301 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS	46.968,25	11,20	4.193
				0414 - PROC. CIR. BUCOMAXILO FACIAL	20,10	20,10	1
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	48.042,85		4.305

(*) Fonte: sistema3ppi

DRS	MUNICÍPIO	PPI DOS MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimentos por Especialidades - Internação (*)	Valor financeiro anual a ser transferido	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes
VI BAURU	CONCHAS (IBGE 3512308)	PEREIRAS (IBGE 3537503)	(T)	CLÍNICA CIRÚRGICA	26.777,80	382,54	70
				CLÍNICA MÉDICA	44.166,21	365,01	121
				CLÍNICA OBSTETRICA	32.042,28	471,21	68
				PEDIATRIA CLÍNICA	9.500,75	380,03	25
				TOTAL PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	112.487,04		284
	LARANJAL PAULISTA (IBGE 3526407)	PEREIRAS (IBGE 3537503)	(R)	CLÍNICA CIRÚRGICA	26.777,80	382,54	70
				CLÍNICA MÉDICA	44.166,21	365,01	121
				CLÍNICA OBSTETRICA	32.042,28	471,21	68
				PEDIATRIA CLÍNICA	9.500,75	380,03	25
				TOTAL PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	112.487,04		284

(*) Fonte: sistema3ppi

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de Novembro de 2024.

1.2 Transferência de Teto MAC entre gestores na região de abrangência do DRS de São João da Boa Vista.

DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
		RECEBE	TRANSFERE	
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA		218.922,04	O município de CASA BRANCA, gestão Municipal, transfere o valor de R\$ 218.922,40/ano do teto MAC anual para a Gestão Estadual, para ser alocado no CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLÂNDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 / CNES 2082810) referente à realização de: - 3.297 procedimentos ambulatoriais no valor de 156.779,04/ano; - 50 procedimentos hospitalares em Clínica Cirúrgica no valor de 31.071,50/ano - 50 procedimentos hospitalares em Pediatria Cirúrgica no valor de 31.071,50/ano. OBS: Essa transferência foi pactuada na reunião de CIR da(o) CIR CONJUNTA - BAIXA MOGIANA, MANTIQUEIRA, RIO PARDO realizada na data de 14/10/2024

Transferência de teto financeiro MAC partir da competência de novembro/2024.

MEMORIA DE CÁLCULO

DRS	MUNICÍPIO/ INSTITUIÇÃO	GESTÃO	TRANSFERE (T)	PROCEDIMENTOS	QTDE FÍSICA ANUAL PROCEDIMENTOS CORRESPONDENTES	VALOR MÉDIO DO PROCEDIMENTO NA TABELA SUS	VALOR FINANCEIRO ANUAL A SER TRANSFERIDO
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0209040041 - VIDEOLARINGOSCOPIA	160	R\$ 45,00	7.200,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211060038 - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GR-FICO	48	R\$ 40,00	1.920,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	80	R\$ 24,24	1.939,20
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211070114 - AVALIACAO VOCAL	29	R\$ 4,11	119,19
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211070173 - EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	1444	R\$ 4,11	5.934,84
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211070254 - PESQUISA DE PARES CRANIANOS	13	R\$ 1,37	17,81
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211070327 - TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	41	R\$ 1,37	56,17
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211070335 - TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	41	R\$ 1,37	56,17
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0211070351 - TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	27	R\$ 12,12	327,24
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	1044	R\$ 10,00	10.440,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405030045 - FOTOCOAGULACAO A LASER	22	R\$ 107,61	2.367,42
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405030150 - VITRIOLISE A YAG LASER	2	R\$ 54,00	108,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405050020 - CAPSULOTOMIA A YAG LASER	20	R\$ 112,77	2.255,40
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405050097 - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	86	R\$ 531,60	45.717,60
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405050194 - IRIDOTOMIA A LASER	8	R\$ 45,00	360,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405050259 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	32	R\$ 25,00	800,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	0405050372 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	100	R\$ 771,60	77.160,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	CLÍNICA CIRÚRGICA	50	R\$ 621,43	31.071,50
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CASA BRANCA	MUNICIPAL	(T)	PEDIATRIA CIRÚRGICA	50	R\$ 621,43	31.071,50
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0209040041 - VIDEOLARINGOSCOPIA	160	R\$ 45,00	7.200,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211060038 - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GR-FICO	48	R\$ 40,00	1.920,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	80	R\$ 24,24	1.939,20
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211070114 - AVALIACAO VOCAL	29	R\$ 4,11	119,19
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211070173 - EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	1444	R\$ 4,11	5.934,84
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211070254 - PESQUISA DE PARES CRANIANOS	13	R\$ 1,37	17,81
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211070327 - TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	41	R\$ 1,37	56,17
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211070335 - TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	41	R\$ 1,37	56,17
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0211070351 - TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	27	R\$ 12,12	327,24
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	1044	R\$ 10,00	10.440,00

	CNES 2082810)						
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405030045 - FOTOCOAGULACAO A LASER	22	R\$ 107,61	2.367,42
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405030150 - VITRIOLISE A YAG LASER	2	R\$ 54,00	108,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405050020 - CAPSULOTOMIA A YAG LASER	20	R\$ 112,77	2.255,40
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405050097 - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	86	R\$ 531,60	45.717,60
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405050194 - IRIDOTOMIA A LASER	8	R\$ 45,00	360,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405050259 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	32	R\$ 25,00	800,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	0405050372 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	100	R\$ 771,60	77.160,00
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	CLÍNICA CIRÚRGICA	50	R\$ 621,43	31.071,50
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CONDERG - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA (CNPJ - 52.356.268/0002-45 CNES 2082810)	Estadual	(R)	PEDIATRIA CIRÚRGICA	50	R\$ 621,43	31.071,50
Total					3297		218.922,04
(**) Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro/2024							

1.3 Transferência de Teto MAC entre gestores na região de abrangência do DRS de São João da Boa Vista e do DRS de Taubaté.

DRS	MUNICIPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
		RECEBE	TRANSFERE	
TAUBATÉ	LORENA	R\$ 12.986,70		Recebe recursos no valor de R\$ 12.986,70 anual referente a diária de internação de 1 paciente (s) da Instituição INSTITUTO AMERICO BAIRRAL de ITAPIRA, CNES: 2085143, CNPJ nº: 49.914.773/0001-72, (Hospital Psiquiátrico Classe Nível IV), sob Gestão Estadual, que foi (ou foram) transferido (s) para Residência Terapêutica localizada no município de Lorena em consonância com o Plano de Ação Regional da RAPS da RRAS 15. Esta pactuação consta na Ata da CIR da(o) CIR CONJUNTA - BAIXA MOGIANA, BAIXA MOGIANA, RIO PARDO realizada na data de 12/09/2024.

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro/2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

TRANSFERÊNCIA TETO FINANCEIRO MAC ENTRE GESTORES do(s) DRS 14 - São João da Boa Vista e DRS 17 - Taubaté	MUNICIPIO/ INSTITUIÇÃO	GESTÃO	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimentos por Sub Grupos	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Valor financeiro anual a ser transferido
São João da Boa Vista	INSTITUTO AMERICO BAIRRAL , CNES: 2085143 CNPJ nº: 49.914.773/0001-72 (Hospital	GE	(T)		1 PACIENTE(S) (INTERNADO (S))	1 pac - 35,58	12.986,70

	Psiquiátrico Classe N IV)						
Taubaté	Lorena IBGE: 352720	GM	(R)		1 PACIENTE(S) (INTERNADO (S))	1 pac - 35,58	12.986,70
OBS.: Essa transferência foi pactuada na reunião de CIR da(o) CIR CONJUNTA - BAIXA MOGIANA, BAIXA MOGIANA, RIO PARDO realizada na data de 12/09/2024							
OBS**: Portaria 2.644/2009 - Procedimento 03.03.17.009-3 - Nível IV = 35,58 / Nível III = 38,59							
Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro/2024							

1.4 Transferência de Teto MAC entre gestores na região de abrangência do DRS de São João da Boa Vista.

DRS	MUNICIPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
		RECEBE	TRANSFERE	
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	14.085,35		Recebe recursos no valor de R\$ 14.085,35 anual referente a diária de internação de 1 paciente (s) da Instituição INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES de ESPÍRITO SANTO DO PINHAL, CNES: 2084384, CNPJ nº: 54.228.366/0002-22, (Hospital Psiquiátrico Classe Nível III), sob Gestão Estadual, que foi (ou foram) transferido (s) para Residência Terapêutica localizada no município de São José do Rio Pardo em consonância com o Plano de Ação Regional da RAPS da RRAS 15. Esta pactuação consta na Ata da CIR da(o) CIR CONJUNTA - BAIXA MOGIANA, MANTIQUEIRA, RIO PARDO realizada na data de 12/09/2024.

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro/2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

TRANSFERÊNCIA TETO FINANCEIRO MAC ENTRE GESTORES do(s) DRS 14 - São João da Boa Vista	MUNICIPIO/ INSTITUIÇÃO	GESTÃO	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimentos por Sub Grupos	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Valor financeiro anual a ser transferido
São João da Boa Vista	INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES , CNES: 2084384 CNPJ nº: 54.228.366/0002-22 (Hospital Psiquiátrico Classe N III)	GE	(T)		1 PACIENTE(S) (INTERNADO (S))	38,59	14.085,35
São João da Boa Vista	São José do Rio Pardo IBGE: 354970	GM	(R)		1 PACIENTE(S) (INTERNADO (S))	38,59	14.085,35
OBS.: Essa transferência foi pactuada na reunião de CIR da(o) CIR CONJUNTA - BAIXA MOGIANA, MANTIQUEIRA, RIO PARDO realizada na data de 12/09/2024							
OBS**: Portaria 2.644/2009 - Procedimento 03.03.17.009-3 - Nível III = 38,59							
Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro/2024							

1.5 Transferência de Teto MAC entre gestores na região de abrangência do DRS de Barretos.

DRS	MUNICIPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
		RECEBE	TRANSFERE	
BARRETOS	OLIMPIA		7.275,24	O município de Olimpia, transfere do teto MAC (PPI-ambulatório e hospitalar), para o município de Monte Azul Paulista o valor de R\$ 7.275,24 /ano, sendo R\$ 606,27/mês, referente a 126 procedimentos ambulatoriais/ano, que serão realizados no Hospital e Maternidade Fernando Magalhães de Monte Azul Paulista, para atendimento dos municípios de Altair, Cajobi e Guaraci. Esta pactuação consta em ATA da CIR Norte nº 02/2024, Reunião Ordinária de 03/04/2024.
	MONTA AZUL PAULISTA	7.275,24		O município de Monte Azul Paulista, recebe do teto MAC (PPI-ambulatório e hospitalar), do município de Conchas o valor de R\$ 7.275,24/ano, sendo R\$ 606,27/mês, referente a 126 procedimentos ambulatoriais/ano, que serão realizados no Hospital e Maternidade Fernando Magalhães de Monte Azul Paulista, para atendimento dos municípios de Altair, Cajobi e Guaraci. Esta pactuação consta em ATA da

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

DRS	MUNICIPIO	PPI DOS MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimentos por Sub-Grupo - Ambulatorial (*)	Valor financeiro anual a ser transferido	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes
V BARRETOS	OLIMPIA (IBGE 3533908)	ALTAIR (IBGE 3500907)	(T)	030101010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA	1.097,06	57,74	19
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			
V BARRETOS	OLIMPIA (IBGE 3533908)	CAJOBI (IBGE 3509304)	(T)	030101010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA	2.887,00	57,74	50
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			
	OLIMPIA (IBGE 3533908)	GUARACI (IBGE 3517901)	(T)	030101010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA	3.291,18	57,74	57
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	7.275,24	57,74	126
(*) Fonte: sistema3ppi							
DRS	MUNICIPIO	PPI DOS MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimentos por Especialidades - Internação (*)	Valor financeiro anual a ser transferido	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes
V BARRETOS	MONTE AZUL PAULISTA (IBGE3531506)	ALTAIR (IBGE 3500907)	(R)	030101010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA	1.097,06	57,74	19
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			
V BARRETOS	MONTE AZUL PAULISTA (IBGE 3531506)	CAJOBI (IBGE 3509304)	(R)	030101010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA	2.887,00	57,74	50
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			
V BARRETOS	MONTE AZUL PAULISTA (IBGE 3531506)	GUARACI (IBGE 3517901)	(R)	030101010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA	3.291,18	57,74	57
				TOTAL PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	7.275,24	57,74	126

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro de 2024.

1.6 Transferência de Teto MAC entre gestores na região de abrangência do DRS de Marília.

DRS	MUNICIPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
		RECEBE	TRANSFERE	
MARÍLIA	ADAMANTINA	258.000,00		O município de Adamantina recebe recurso no valor anual de R\$ 258.000,00 que corresponde a R\$ 21.500,00/mês, referente a 80 (oitenta) exames de Ressonância Magnética/mês, Ambulatorial e Urgência, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HC FAMEMA, CNES 2025507, CNPJ 09.161.265/0001-46, Gestão Estadual. Esta pactuação teve aprovação na Ata da CIR de Adamantina realizada na data de 07/08/2024.

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

DRS	MUNICIPIO/ INSTITUIÇÃO	GESTÃO	TRANSFERE (T) RECEBE (R)	Procedimento s por Sub Grupos	Quantidade Física anual Procedimentos Correspondentes	Valor Médio do Procedimento na tabela SUS	Valor financeiro anual a ser transferido
IX-Marília	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HC FAMEMA - CNES 2025507- CNPJ 09.161.265/0001-46	Estadual	T	207	960	R\$ 268,75	R\$ 268,75 X 960 = R\$ 258.000,00
IX-Marília	Adamantina	Municipal	R	207	960	R\$ 268,75	R\$ 268,75 X 960 = R\$ 258.000,00

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência de novembro de 2024.

1.7 Transferência de Gestão e de Teto MAC entre Gestores na região de abrangência do DRS de Franca.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
13	FRANCA	PATROCÍNIO PAULISTA	959.305,08		Recebe a importância de R\$ 959.305,08/anual da gestão estadual, referente a transferência de teto financeiro MAC para a Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio Paulista, CNES 2078449, em decorrência da mudança, da gestão estadual para a gestão municipal da referida instituição. O município de Patrocínio Paulista assumirá a gestão da Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio Paulista, conforme procedimentos e as referências pactuadas, para os municípios de Patrocínio Paulista e Itapuã. A reunião da CIR Três Colinas do DRS VIII - Franca, realizada em 22/10/2024, aprovou a referida transferência de teto e de gestão.

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

S.I.A - MÉDIA COMPLEXIDADE					
CÓDIGO	AGRUPAMENTO	FÍSICO/MÊS	FINANCEIRO/MÊS	FÍSICO/ANO	FINANCEIRO/ANO
02.01	Coleta de Material	6	R\$ 188,25	72	2.259,00
02.02	Diagnóstico em laboratório clínico	2700	R\$ 10.332,70	32400	123.992,40
02.03	Anatomocitopatológico	3	R\$ 122,34	36	1.468,08
02.04	SADT - RX	510	R\$ 4.126,69	6120	49.520,28
02.05	SADT - Ultrassonografia	203	R\$ 5.600,10	2436	67.201,20
02.09	Diagnóstico por endoscopia	33	R\$ 2.363,28	396	28.359,36
02.11	Diagnósticos em especialidades	8	R\$ 41,20	96	494,40
03.01	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1529	R\$ 11.450,43	18348	137.405,16
03.03	Tratamentos Clínicos (outras	7	R\$ 215,63	84	2.587,56

	especialidades)				
03.09	Terapias Especializadas	1	R\$ 11,26	12	135,12
04.01	Pequenas cirurgias e cirurgias de pele,tec.subcutâneo e mucosa	14	R\$ 278,12	168	3.337,44
04.04	Cirurgias das vias aéreas sup.,da face, da cabeça e do pescoço	1	R\$ 5,98	12	71,76
04.08	Cirurgia do sistema osteomuscular	4	R\$ 157,41	48	1.888,92
TOTAL		4659	R\$ 34.893,39	55908	418.720,68
S.I.H - MÉDIA COMPLEXIDADE					
CÓDIGO	ESPECIALIDADE	FÍSICO/MÊS	FINANCEIRO/MÊS	FÍSICO/ANO	FINANCEIRO/ANO
0.1	Cirúrgico	30	R\$ 15.361,90	360	184.342,80
0.2	Obstétricos	14	R\$ 8.244,60	168	98.935,20
0.3	Clínico	45	R\$ 18.618,30	540	223.419,60
0.7	Pediátricos	2	R\$ 729,39	24	8.752,68
TOTAL		91	R\$ 42.954,19	1092	515.450,28
INCENTIVOS FEDERAIS					
INTERGRASUS - Portaria MS/GM 3.168 23/11/2017			Valor/mês	2.094,51	
			Valor/ano	25.134,12	
TOTAL S.I.A + S.I.H - MÉDIA COMPLEXIDADE E INCENTIVOS			Valor/mês	79.942,09	
			Valor/ano	959.305,08	

2. Proposta de aprovação de transferências de Teto MAC, de acordo com a Resolução SS nº 198, de 29/12/2023, republicada em 19/07/2024, referente ao plano de expansão de ofertas de serviços. Competência outubro de 2024.

2.1 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 2.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
2	DRS I	GUARULHOS	6.391.089,60		O Município de Guarulhos, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 6.391.089,60/ano equivalente a R\$ 532.590,80 /mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, como previsto na citada Resolução SS. Data da realização da CIR: 25/09/2024

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência Novembro de 2024

MEMÓRIA DE CÁLCULO

CPLX (A)	Código (B)	Procedimento (C)	IMPACTO FINANCEIRO			
			Quantidade Física Mês (D)	Valor Unitário SIGTAP (E)	Expansão do Teto MAC (D x E)	Expansão com recurso Estadual TSP (D x H)
	211020010	CATETERISMO CARDIACO	100	772,80	77.280,00	32.226,00
	406030030	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLNATE DE STENT	60	1.986,20	119.172,00	256.219,80
	406030022	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLNATE DE DOIS STENTS	20	1.986,20	39.724,00	85.406,60
	702040533	STENT	100	2.037,50	203.750,00	-
	702050342	INTRODUTOR	80	97,48	7.798,40	-
	702040380	FIO GUIA	80	240,38	19.230,40	-
	702040134	CATETER GUIA	80	195,45	15.636,00	-
	702040088	CATETER BALÃO	100	500,00	50.000,00	-
					-	-
		MÊS		7.816,01	532.590,80	373.852,40
		ANUAL		93.792,12	6.391.089,60	4.486.228,80

2.2 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 5.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
5	GRANDE SÃO PAULO	OSASCO	984.077,04		Transferência Gestão Estadual, valor de R\$ 984.077,04/anual equivalente a R\$ 82.006.42/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, como previsto na citada Resolução SS. Data da realização da CIR: 26/09/2024.

Transferência de teto financeiro MAC à partir da competência Novembro de 2024

MEMÓRIA DE CÁLCULO

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO (B)	PROCEDIMENTO (C)	IMPACTO FINANCEIRO			
							Quantidade Física Ano (D)	Valor Unitário SIGTAP (E)	Expansão do Teto MAC (D x E)	Expansão com recurso Estadual TSP (D x F)
5	1	Osasco	9736867	ONE LAUDOS DIAGNOSTICOS MEDICOS	204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	24	R\$ 8,38	R\$ 201,12	R\$ 100,56
					204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	24	R\$ 6,96	R\$ 167,04	R\$ 83,52
					204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	24	R\$ 8,38	R\$ 201,12	R\$ 100,56
					204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	48	R\$ 6,88	R\$ 330,24	R\$ 165,12
					204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	60	R\$ 9,15	R\$ 549,00	R\$ 274,50
					204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	192	R\$ 7,52	R\$ 1.443,84	R\$ 721,92
					204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	24	R\$ 5,74	R\$ 137,76	R\$ 68,88
					204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	12	R\$ 9,03	R\$ 108,36	R\$ 54,18
					204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	12	R\$ 7,20	R\$ 86,40	R\$ 43,20
					204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	120	R\$ 8,38	R\$ 1.005,60	R\$ 502,80
					204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	12	R\$ 7,98	R\$ 95,76	R\$ 47,88
					204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	168	R\$ 7,32	R\$ 1.229,76	R\$ 614,88
					204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	12	R\$ 7,20	R\$ 86,40	R\$ 43,20
					204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	24	R\$ 3,51	R\$ 84,24	R\$ 42,12
					204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	12	R\$ 9,03	R\$ 108,36	R\$ 54,18
					204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	96	R\$ 8,33	R\$ 799,68	R\$ 399,84
					204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	48	R\$ 8,19	R\$ 393,12	R\$ 196,56
					204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	72	R\$ 10,29	R\$ 740,88	R\$ 370,44
					204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	72	R\$ 10,96	R\$ 789,12	R\$ 394,56
					204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	72	R\$ 14,90	R\$ 1.072,80	R\$ 536,40
					204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	24	R\$ 16,88	R\$ 405,12	R\$ 202,56
					204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	144	R\$ 9,16	R\$ 1.319,04	R\$ 659,52
					204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	144	R\$ 9,73	R\$ 1.401,12	R\$ 700,56
					204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	12	R\$ 15,58	R\$ 186,96	R\$ 93,48
					204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	24	R\$ 7,80	R\$ 187,20	R\$ 93,60
					204030030	MAMOGRAFIA	24	R\$ 22,50	R\$ 540,00	R\$ 270,00
					204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	60	R\$ 8,37	R\$ 502,20	R\$ 251,10
					204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	12	R\$ 19,24	R\$ 230,88	R\$ 115,44
					204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	12	R\$ 7,98	R\$ 95,76	R\$ 47,88
					204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	24	R\$ 5,56	R\$ 133,44	R\$ 66,72
					204030137	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	24	R\$ 14,32	R\$ 343,68	R\$ 171,84
					204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	48	R\$ 12,02	R\$ 576,96	R\$ 288,48

					204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1800	R\$ 9,50	R\$ 17.100,00	R\$ 8.550,00
					204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	12	R\$ 6,55	R\$ 78,60	R\$ 39,30
					204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1800	R\$ 6,88	R\$ 12.384,00	R\$ 6.192,00
					204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	1800	R\$ 45,00	R\$ 81.000,00	R\$ 40.500,00
					204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	288	R\$ 6,42	R\$ 1.848,96	R\$ 924,48
					204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	48	R\$ 7,40	R\$ 355,20	R\$ 177,60
					204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	192	R\$ 7,40	R\$ 1.420,80	R\$ 710,40
					204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	24	R\$ 7,40	R\$ 177,60	R\$ 88,80
					204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	168	R\$ 7,77	R\$ 1.305,36	R\$ 652,68
					204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	96	R\$ 7,40	R\$ 710,40	R\$ 355,20
					204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	168	R\$ 5,90	R\$ 991,20	R\$ 495,60
					204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	168	R\$ 5,62	R\$ 944,16	R\$ 472,08
					204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	384	R\$ 6,30	R\$ 2.419,20	R\$ 1.209,60
					204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	120	R\$ 6,00	R\$ 720,00	R\$ 360,00
					204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	240	R\$ 7,98	R\$ 1.915,20	R\$ 957,60
					204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	216	R\$ 6,91	R\$ 1.492,56	R\$ 746,28
					204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	216	R\$ 10,73	R\$ 2.317,68	R\$ 1.158,84
					204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	216	R\$ 15,30	R\$ 3.304,80	R\$ 1.652,40
					204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	216	R\$ 7,17	R\$ 1.548,72	R\$ 774,36
					204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	216	R\$ 7,77	R\$ 1.678,32	R\$ 839,16
					204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	24	R\$ 7,77	R\$ 186,48	R\$ 93,24
					204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	144	R\$ 6,50	R\$ 936,00	R\$ 468,00
					204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	144	R\$ 7,77	R\$ 1.118,88	R\$ 559,44
					204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	96	R\$ 6,50	R\$ 624,00	R\$ 312,00
					204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	96	R\$ 8,94	R\$ 858,24	R\$ 429,12
					204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	288	R\$ 6,78	R\$ 1.952,64	R\$ 976,32
					204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	288	R\$ 7,16	R\$ 2.062,08	R\$ 1.031,04
					204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	96	R\$ 9,29	R\$ 891,84	R\$ 445,92
					204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	432	R\$ 6,78	R\$ 2.928,96	R\$ 1.464,48
					204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	312	R\$ 8,94	R\$ 2.789,28	R\$ 1.394,64
					204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	12	R\$ 9,29	R\$ 111,48	R\$ 55,74
					205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	480	R\$ 39,60	R\$ 19.008,00	R\$ 19.008,00
					205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	840	R\$ 42,90	R\$ 36.036,00	R\$ 36.036,00
					205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	192	R\$ 24,20	R\$ 4.646,40	R\$ 4.646,40
					205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	360	R\$ 37,95	R\$ 13.662,00	R\$ 13.662,00
					205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	144	R\$ 24,20	R\$ 3.484,80	R\$ 3.484,80
					205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	192	R\$ 24,20	R\$ 4.646,40	R\$ 4.646,40
					205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	72	R\$ 24,20	R\$ 1.742,40	R\$ 1.742,40
					205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	72	R\$ 24,20	R\$ 1.742,40	R\$ 1.742,40
					205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	192	R\$ 24,20	R\$ 4.646,40	R\$ 4.646,40
					205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	192	R\$ 24,20	R\$ 4.646,40	R\$ 4.646,40
					205020135	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	24	R\$ 24,20	R\$ 580,80	R\$ 580,80
					205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	192	R\$ 24,20	R\$ 4.646,40	R\$ 4.646,40
					205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	216	R\$ 39,60	R\$ 8.553,60	R\$ 8.553,60
					205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	192	R\$ 24,20	R\$ 4.646,40	R\$ 4.646,40
					205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	24	R\$ 24,20	R\$ 580,80	R\$ 580,80
					205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	216	R\$ 24,20	R\$ 5.227,20	R\$ 5.227,20
					206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	264	R\$ 86,76	R\$ 22.904,64	R\$ 11.452,32
					206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	936	R\$ 101,10	R\$ 94.629,60	R\$ 47.314,80
					206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	96	R\$ 86,76	R\$ 8.328,96	R\$ 4.164,48

					206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	192	R\$ 86,75	R\$ 16.656,00	R\$ 8.328,00
					206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	192	R\$ 86,75	R\$ 16.656,00	R\$ 8.328,00
					206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	24	R\$ 97,44	R\$ 2.338,56	R\$ 1.169,28
					206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	912	R\$ 97,44	R\$ 88.865,28	R\$ 44.432,64
					206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	72	R\$ 86,75	R\$ 6.246,00	R\$ 3.123,00
					206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	480	R\$ 136,41	R\$ 65.476,80	R\$ 32.738,40
					206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	744	R\$ 138,63	R\$ 103.140,72	R\$ 51.570,36
					206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	192	R\$ 86,75	R\$ 16.656,00	R\$ 8.328,00
					206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	696	R\$ 138,63	R\$ 96.486,48	R\$ 48.243,24
					207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	24	R\$ 268,75	R\$ 6.450,00	R\$ 3.225,00
					207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	120	R\$ 268,75	R\$ 32.250,00	R\$ 16.125,00
					207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	24	R\$ 268,75	R\$ 6.450,00	R\$ 3.225,00
					207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	24	R\$ 268,75	R\$ 6.450,00	R\$ 3.225,00
					207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	24	R\$ 361,25	R\$ 8.670,00	R\$ 4.335,00
					207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	24	R\$ 268,75	R\$ 6.450,00	R\$ 3.225,00
					207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	48	R\$ 268,75	R\$ 12.900,00	R\$ 6.450,00
					207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	24	R\$ 268,75	R\$ 6.450,00	R\$ 3.225,00
					Total				R\$ 984.077,04	R\$ 551.286,72

2.3 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 7.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
7	4	SANTOS	28.578,00		O Município de Santos, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 28.578,00/ ano equivalente a R\$ 2.381,50/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previsto na citada Resolução SS. A transferência do recurso se dará no período de 01(um) ano a partir de novembro de 2024 até outubro de 2025.O recurso será destinado ao atendimento de pacientes dos 9 municípios do DRS IV- Baixada Santista. Data da realização da CIR 13/09/2024

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência Novembro de 2024

MEMÓRIA DE CÁLCULO

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO E PROCEDIMENTO	IMPACTO FINANCEIRO			
						Quantidade Física ANUAL	Valor Médio (do Prestador) na Tabela SUS	Expansão do Teto MAC *	Valor Previsto Complementação Tabela SUS Paulista *
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020502004-6 ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL DE	120	R\$ 37,95	R\$ 4.554,00	R\$ 4.554,00
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020502005-4 ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO DE	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	R\$ 2.904,00
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020502009-7 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	R\$ 2.904,00
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020502016-0 ULTRASSONOGRAFIA	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	R\$ 2.904,00

					PÉLVICA				
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020502006-2 ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO - OMBRO	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	R\$ 2.904,00
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020501004-0 ULTRASSONOGRAMA COLORIDA DE VASOS - ARTERIAL MEMBROS INFERIOR	120	R\$ 39,60	R\$ 4.752,00	R\$ 4.752,00
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020501004-0 ULTRASSONOGRAMA COLORIDA DE VASOS - VENOSO MEMBROS INFERIOR	120	R\$ 39,60	R\$ 4.752,00	R\$ 4.752,00
7	4	Santos	2025752	Santa Casa de Santos	020502010-0 ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	R\$ 2.904,00
TOTAL								R\$ 28.578,00	
* O valor da Complementação da Tabela SUS Paulista será transferido , mediante a produção registrada , até o limite ora definido									
Obs.: transferência a partir da competência NOVEMBRO/2024									

2.4 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 15.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
15	7	SERRA NEGRA	2.178.349,43		O Município de Serra Negra, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 2.178.349,43/ano equivalente a R\$ 181.529,18/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 12 meses (novembro/2024 à outubro/2025). Data da realização da CIR:02/08/2024

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência Novembro de 2024

MEMÓRIA DE CÁLCULO

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO E PROCEDIMENTO	IMPACTO FINANCEIRO			
						Quantidade Física ANUAL (A)	Valor Sigtap do procedimento (SIA) ou Valor Médio do Prestador (SIH) na Tabela SUS (B)	Expansão do Teto MAC (A x B)	Valor Previsto Complementação Tabela SUS Paulista (A X Complemento procedimento TSP)
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409040240 VASECTOMIA	5	522,87	2.614,35	4.827,57
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409050083 POSTECTOMIA	5	225,52	1.127,60	2.410,32
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	040702027-6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	3	363,90	1.091,70	3.111,35
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0401020070 - EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE	10	144,52	1.445,20	3.089,98
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0401020100 - EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	10	158,11	1.581,10	3.399,37
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	5	833,48	4.167,40	8.959,91
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0406020574 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	5	692,19	3.460,95	7.441,04
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0408020326 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	5	241,15	1.205,75	2.712,94
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0403020123 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	5	347,62	1.738,10	3.736,92
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0407030026 Colectistectomia Sem Colangiografia	100	998,45	99.844,68	348.719,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0407030034 Colectistectomia Sem Colangiografia Por Video	84	992,45	83.365,80	292.886,37
15	CAMPINAS	SERRA	2081393	HOSPITAL	0407040129 Herniorrafia	120	436,84	52.420,34	148.766,58

		NEGRA		SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	Umbilical				
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0407040099 Hérnioplastia Inguinal	120	610,06	73.207,20	208.640,52
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0407040080 Hernioplastia Incisional	120	540,92	64.910,40	184.652,64
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0407020284 Hemorroidectomia	24	315,94	7.582,56	21.610,30
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0408050888 Tratamento Cirúrgico de Rotura de menisco com sutura meniscal	180	578,89	104.200,20	234.450,45
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0408050896 Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco Com Meniscectomia	180	475,80	85.644,00	192.699,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0408050160 Reconstrução Ligamentar Intra Articular do Joelho	252	2.294,32	578.168,64	1.300.879,44
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060038 Excisão Tipo 3 do Colo Uterino	12	443,66	5.323,92	11.712,62
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409070149 Exerese de Cisto Vaginal	24	372,54	8.940,96	19.670,11
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409070157 Exerese de Glandula de Bartholin/Skene	12	224,68	2.696,16	5.931,55
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060119 Histerectomia c/ anexectomia (uni/bilateral)	60	1.103,64	66.218,40	145.680,48
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060127 Histerectomia Subtotal	35	781,93	27.367,55	60.208,61
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060135 Histerectomia Total	84	907,93	76.266,12	167.785,46
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060100 Histerectomia via vaginal	72	658,83	47.435,76	104.358,67
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060186 Laqueadura Tubaria	36	485,48	17.477,28	38.450,02
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060194 Miomectomia	12	528,94	6.347,28	13.964,02
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060216 Ooforectomia / Ooforoplastia	24	509,86	12.236,64	26.920,61
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409070203 Operação de Burch	24	457,67	10.984,08	24.164,98
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0409060046 Curetagem semiotica c/ous/ dilatação do colo do utero	24	167,42	4.018,08	8.839,78
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0310010039 Parto Normal	24	443,40	10.641,60	42.566,40
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0411010034 Parto Cesariano	48	693,42	33.284,29	78.585,12
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0411010042 Parto Cesariano c/ Laqueadura Tubaria	48	689,11	33.077,28	78.585,12
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	300	24,20	7.260,00	7.260,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	299	37,95	11.347,05	11.347,05
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	244	24,20	5.904,80	5.904,80
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	240	24,20	5.808,00	5.808,00

15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	84	24,20	2.032,80	2.032,80
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	132	24,20	3.194,40	3.194,40
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	132	24,20	3.194,40	3.194,40
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	132	24,20	3.194,40	3.194,40
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	120	24,20	2.904,00	2.904,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020135 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	60	24,20	1.452,00	1.452,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	240	24,20	5.808,00	5.808,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	132	39,60	5.227,20	5.227,20
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	120	24,20	2.904,00	2.904,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	300	24,20	7.260,00	7.260,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010095 PET CET/PET SCAN	12	2.107,22	25.286,64	12.643,32
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	60	86,76	5.205,60	2.602,80
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	60	101,10	6.066,00	3.033,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	60	86,76	5.205,60	2.602,80
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	36	86,75	3.123,00	1.561,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	60	86,75	5.205,00	2.602,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	60	97,44	5.846,40	2.923,20
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	180	97,44	17.539,20	8.769,60
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	60	86,75	5.205,00	2.602,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	300	86,75	26.025,00	13.012,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	300	136,41	40.923,00	20.461,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	300	138,63	41.589,00	20.794,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	120	86,75	10.410,00	5.205,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	180	138,63	24.953,40	12.476,70
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207010021 RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	36	268,75	9.675,00	4.837,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA	0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA	60	268,75	16.125,00	8.062,50

				DE LIMA DE SERRA NEGRA	CERVICAL/PESCOÇO				
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207010048 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	60	268,75	16.125,00	8.062,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207010056 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	60	268,75	16.125,00	8.062,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	240	268,75	64.500,00	32.250,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207010072 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	60	268,75	16.125,00	8.062,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	60	268,75	16.125,00	8.062,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207020035 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	60	268,75	16.125,00	8.062,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	108	268,75	29.025,00	14.512,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	108	268,75	29.025,00	14.512,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	108	268,75	29.025,00	14.512,50
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0209010029 Colonoscopia	636	112,66	71.651,76	71.651,76
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0211050105 POLISSONOGRAFIA	120	125,00	15.000,00	15.000,00
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	0405050020 Capsulotomia Yag Laser	120	112,77	13.532,40	5.412,96
15	CAMPINAS	SERRA NEGRA	2081393	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SERRA NEGRA	TOTAL ANO	7.931		2.178.349,43	4.200.264,42

2.5 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 16.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
16	7	ATIBAIA	102.834,96		O Município de Atibaia, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 102.834,96/ano equivalente a R\$ 8569,58/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 12 meses (novembro/2024 à outubro/2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 26/09/2024
16	7	BRAGANÇA PAULISTA	1.475.056,32		O Município de Bragança Paulista, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 1.475.056,32/ano equivalente a R\$ 122.921,36/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 12 meses (novembro/2024 à outubro/2025). Data da realização DA CIR: 26/09/2024

16	7	SOCORRO	804.299,46	O Município de Socorro, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 804.299,46/ano equivalente a R\$ 67.024,96/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 12 meses (novembro/2024 à outubro/2025) 26/09/2024
----	---	---------	------------	--

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência novembro de 2024

MEMORIA DE CÁLCULO

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO E NOME DO PROCEDIMENTO	IMPACTO FINANCEIRO			
						Quantidade Física ANUAL (A)	Valor Sigtap do procedimento (SIA) ou Valor Médio do Prestador (SIH) na Tabela SUS (B)	Expansão do Teto MAC (A x B)	Valor Previsto Complementação Tabela SUS Paulista (A X Complemento procedimento TSP)
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206030010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	42	R\$ 138,63	R\$ 5.822,46	R\$ 2.911,44
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206030029 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	132	R\$ 86,75	R\$ 11.451,00	R\$ 5.726,16
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206010028 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE	111	R\$ 101,10	R\$ 11.222,10	R\$ 5.611,05
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206030037 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	151	R\$ 138,63	R\$ 20.933,13	R\$ 10.467,32
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206020023 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	15	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25	R\$ 650,17
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	41	R\$ 136,41	R\$ 5.592,81	R\$ 2.796,61
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	355	R\$ 97,44	R\$ 34.591,20	R\$ 17.295,60
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206020015 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	1	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 43,38
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206010036 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	5	R\$ 86,76	R\$ 433,80	R\$ 216,90
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206010044 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	7	R\$ 86,75	R\$ 607,25	R\$ 303,66
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	206010052 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	3	R\$ 86,75	R\$ 260,25	R\$ 127,14
16	7	Atibaia	5366828	Santa Casa de Atibaia	409040240 - VASECTOMIA	24	R\$ 438,87	R\$ 10.532,88	R\$ 23.172,24
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	206010010 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	8	R\$ 86,76	R\$ 694,08	R\$ 347,04
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	206010028 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	8	R\$ 101,10	R\$ 808,80	R\$ 404,40
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	206010036 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	4	R\$ 86,76	R\$ 347,04	R\$ 173,52
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	11	R\$ 97,44	R\$ 1.071,84	R\$ 535,92
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	206020031 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	6	R\$ 136,41	R\$ 818,46	R\$ 409,23
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207010021 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	183	R\$ 268,75	R\$ 49.181,25	R\$ 24.591,54
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207010030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	435	R\$ 268,75	R\$ 116.906,25	R\$ 58.455,30
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207010048 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	1028	R\$ 268,75	R\$ 276.275,00	R\$ 138.142,64
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207010056 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	232	R\$ 268,75	R\$ 62.350,00	R\$ 31.176,16
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207010064 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	834	R\$ 268,75	R\$ 224.137,50	R\$ 112.072,92
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207010072 - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	107	R\$ 268,75	R\$ 28.756,25	R\$ 14.378,66
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207020019 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	17	R\$ 361,25	R\$ 6.141,25	R\$ 3.070,63
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207020027 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO	519	R\$ 268,75	R\$ 139.481,25	R\$ 69.743,22

					SUPERIOR (UNILATERAL)				
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207020035 - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	56	R\$ 268,75	R\$ 15.050,00	R\$ 7.525,28
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207030014 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	389	R\$ 268,75	R\$ 104.543,75	R\$ 52.273,82
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207030022 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	856	R\$ 268,75	R\$ 230.050,00	R\$ 115.029,28
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207030030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	712	R\$ 268,75	R\$ 191.350,00	R\$ 95.678,56
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	207030049 - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	60	R\$ 268,75	R\$ 16.125,00	R\$ 8.062,80
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	407030255 - COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA TERAPÉUTICA	48	R\$ 2.023,53	R\$ -	R\$ 276.818,88
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	407030255 - COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA TERAPÉUTICA	20	R\$ 2.023,53	R\$ -	R\$ 115.341,20
16	7	Bragança Paulista	2688433	Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista	417010060 - SEDACAO	724	R\$ 15,15	R\$ 10.968,60	R\$ 10.968,60
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	401020045 - EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	58	R\$ 356,81	R\$ 20.694,98	R\$ 44.494,12
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	373	R\$ 833,48	R\$ 310.888,04	R\$ 668.408,54
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	406020574 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	87	R\$ 692,19	R\$ 60.220,53	R\$ 129.474,27
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	407020136 - DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	34	R\$ 159,15	R\$ 5.411,10	R\$ 15.421,72
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	407020284 - HEMORROIDECTOMIA	55	R\$ 315,94	R\$ 17.376,70	R\$ 49.523,65
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	407030026 - COLECISTECTOMIA	75	R\$ 996,34	R\$ 74.725,50	R\$ 261.539,25
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	52	R\$ 637,97	R\$ 33.174,44	R\$ 94.546,92
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409060038 - EXCISAO TIPO 3 DO COLO UTERINO	34	R\$ 443,66	R\$ 15.084,44	R\$ 33.185,70
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409060046 - CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO	32	R\$ 167,42	R\$ 5.357,44	R\$ 11.786,24
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409060127 - HISTERECTOMIA SUBTOTAL	71	R\$ 781,93	R\$ 55.517,03	R\$ 122.137,75
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL	136	R\$ 907,93	R\$ 123.478,48	R\$ 271.653,20
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409060216 - OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	68	R\$ 509,86	R\$ 34.670,48	R\$ 76.274,92
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409070050 - COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	42	R\$ 472,43	R\$ 19.842,06	R\$ 43.652,70
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409070203 - OPERACAO DE BURCH	35	R\$ 457,67	R\$ 16.018,45	R\$ 35.240,45
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	409070262 - TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	37	R\$ 119,35	R\$ 4.415,95	R\$ 9.715,09
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040048 - HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	1	R\$ 808,13	R\$ 808,13	R\$ 2.303,17
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040056 - HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)	1	R\$ 830,90	R\$ 830,90	R\$ 2.368,07
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040064 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	1	R\$ 801,73	R\$ 801,73	R\$ 2.284,93
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040072 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	1	R\$ 361,54	R\$ 361,54	R\$ 1.030,39
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040080 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1	R\$ 539,92	R\$ 539,92	R\$ 1.538,77
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040099 - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	5	R\$ 610,06	R\$ 3.050,30	R\$ 8.693,35
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040110 - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	1	R\$ 596,33	R\$ 596,33	R\$ 1.699,54
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro	0407040129 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1	R\$ 434,99	R\$ 434,99	R\$ 1.239,72
16	7	Socorro	2079704	Santa Casa de Socorro					
					TOTAL	8345		R\$ 2.382.190,66	R\$ 3.092.733,73

Obs.: transferência a partir da competência novembro/2024

2.6 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 10.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
10	9	ADAMANTINA	202.142,64		O Município de Adamantina, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 202.142,64/ano equivalente a R\$ 16.845,22/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 á Fevereiro/2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 20/09/2024

10	9	ASSIS	614.742,96	O Município de Assis, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$614.742,96 /ano equivalente a R\$ 51.228,58/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 á Fevereiro/2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 20/09/2024
10	9	BERNARDINO DE CAMPOS	245.934,00	O Município de Bernardino de Campos, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$245.934,00 /ano equivalente a R\$ 20.494,5/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 á Fevereiro/2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 20/09/2024
10	9	GARÇA	340.236,60	O Município de Garça, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 340.236,60 /ano equivalente a R\$ 28.353,05/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 12 meses (novembro/2024 á Outubro /2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 12/09/2024
10	9	MARÍLIA	1.612.955,04	O Município de Marília, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 1.612.955,04 /ano equivalente a R\$ 134.412,92/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 12 meses (novembro/2024 á Outubro /2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 12/09/2024
10	9	PALMITAL	30.235,20	O Município de Palmital, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 30.235,20/ano equivalente a R\$ 2.519,60 /mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 á Fevereiro/2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 20/09/2024
10	9	PARAGUAÇU PAULISTA	262.407,36	O Município de Paraguaçu Paulista, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 262.407,36/ano equivalente a R\$ 21.867,28 /mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS. Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 á Fevereiro/2025). DATA DA REALIZAÇÃO DA CIR: 20/09/2024
10	9	POMPÉIA	368.042,40	O Município de Pompéia, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 368.042,40/ano equivalente a R\$ 30.670,2 /mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 á Fevereiro/2025)

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência Novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

RRA S	DR S	MUNICÍPI O	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO E NOME DO PROCEDIMENTO		IMPACTO FINANCEIRO			
							Quantida de Física ANUAL (A)	Valor Sigtap do procediment o (SIA) ou Valor Médio do Prestador (SIH) na Tabela SUS (B)	Expansã o do Teto MAC (A x B)	Valor Previsto Complementa ção Tabela SUS Paulista (A X Complemento procedimento TSP)
10	9	Adamanti na	20776 47	Santa Casa de Adamantina	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	240	R\$ 67,86	R\$ 16.286,4 0	R\$ 16.286,40
10	9	Adamanti na	20776 47	Santa Casa de Adamantina	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	120	R\$ 907,93	R\$ 108.951, 60	R\$ 239.694,00
10	9	Adamanti na	20776 47	Santa Casa de Adamantina	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	48	R\$ 1.602,18	R\$ 76.904,6 4	R\$ 173.035,68
10	9	Assis	20810 83	Santa Casa de Assis	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	1200	R\$ 67,86	R\$ 81.432,0 0	R\$ 81.432,00
10	9	Assis	20810 83	Santa Casa de Assis	211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	360	R\$ 30,00	R\$ 10.800,0 0	R\$ 10.800,00
10	9	Assis	20810 83	Santa Casa de Assis	409060194	MIOMECTOMIA	48	R\$ 528,94	R\$ 25.389,1 2	R\$ 55.856,16
10	9	Assis	20810 83	Santa Casa de Assis	409010596	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCOPICA	120	R\$ 756,15	R\$ 90.738,0 0	R\$ 199.623,60
10	9	Assis	20810 83	Santa Casa de Assis	205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	3000	R\$ 37,95	R\$ 113.850, 00	R\$ 113.850,00
10	9	Assis	20810 83	Santa Casa de Assis	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	48	R\$ 907,93	R\$ 43.580,6 4	R\$ 95.877,60

10	9	Assis	2081083	Santa Casa de Assis	409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	120	R\$ 472,43	R\$ 56.691,60	R\$ 124.722,00
10	9	Assis	2081083	Santa Casa de Assis	408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	60	R\$ 1.602,18	R\$ 96.130,80	R\$ 216.294,60
10	9	Assis	2081083	Santa Casa de Assis	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	60	R\$ 1.602,18	R\$ 96.130,80	R\$ 216.294,60
10	9	Bernardino de Campos	2082497	SANTA CASA JESUS MARIA JOSÉ	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	60	R\$ 1.602,18	R\$ 96.130,80	R\$ 216.294,60
10	9	Bernardino de Campos	2082497	SANTA CASA JESUS MARIA JOSÉ	205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	480	R\$ 37,95	R\$ 18.216,00	R\$ 18.216,00
10	9	Bernardino de Campos	2082497	SANTA CASA JESUS MARIA JOSÉ	209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOS COPIA	480	R\$ 48,16	R\$ 23.116,80	R\$ 23.116,80
10	9	Bernardino de Campos	2082497	SANTA CASA JESUS MARIA JOSÉ	209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	240	R\$ 112,66	R\$ 27.038,40	R\$ 27.038,40
10	9	Bernardino de Campos	2082497	SANTA CASA JESUS MARIA JOSÉ	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	1200	R\$ 67,86	R\$ 81.432,00	R\$ 81.432,00
10	9	Garça	9680500	Santa Casa de Garça	409010596	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCOPICA	180	R\$ 756,15	R\$ 136.107,00	R\$ 299.435,40
10	9	Garça	9680500	Santa Casa de Garça	209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	276	R\$ 112,66	R\$ 31.094,16	R\$ 31.094,16
10	9	Garça	9680500	Santa Casa de Garça	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	108	R\$ 1.602,18	R\$ 173.035,44	R\$ 389.330,28
10	9	Marília	9377255	Clínica Aconchego	211020036	ELETROCARDIOGRAMA	456	R\$ 5,15	R\$ 2.348,40	R\$ 2.348,40
10	9	Marília	9377255	Clínica Aconchego	409020095	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	240	R\$ 208,21	R\$ 49.970,40	R\$ 109.934,40
10		Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	04.01/04.04/04.07/04.09 **		672	R\$ 1.002,80	R\$ 673.881,60	R\$ 1.633.511,04
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	211020036	ELETROCARDIOGRAMA	120	R\$ 5,15	R\$ 618,00	R\$ 618,00
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	708	R\$ 67,86	R\$ 48.044,88	R\$ 48.044,88
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	600	R\$ 37,95	R\$ 22.770,00	R\$ 22.770,00
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	1200	R\$ 30,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	24	R\$ 907,93	R\$ 21.790,32	R\$ 47.938,80
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	409060194	MIOMECTOMIA	72	R\$ 528,94	R\$ 38.083,68	R\$ 83.784,24
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24	R\$ 472,43	R\$ 11.338,32	R\$ 24.944,40
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	24	R\$ 1.602,18	R\$ 38.452,32	R\$ 86.517,84
10	9	Marília	5860490	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	24	R\$ 1.602,18	R\$ 38.452,32	R\$ 86.517,84
10	9	Marília	2083116	Santa Casa de Marília	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	1800	R\$ 67,86	R\$ 122.148,00	R\$ 122.148,00
10	9	Marília	2083116	Santa Casa de Marília	211020036	ELETROCARDIOGRAMA	384	R\$ 5,15	R\$ 1.977,60	R\$ 1.977,60
10	9	Marília	2083116	Santa Casa de Marília	408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	180	R\$ 1.602,18	R\$ 288.392,40	R\$ 648.883,80
10	9	Marília	2083116	Santa Casa de Marília	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	60	R\$ 1.602,18	R\$ 96.130,80	R\$ 216.294,60
10	9	Marília	2083116	Santa Casa de Marília	208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCADIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES)	300	R\$ 408,52	R\$ 122.556,00	R\$ 61.278,00
10	9	Palmital	2080958	Santa Casa de Palmital	211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COM BRONCODILATADOR	180	R\$ 6,36	R\$ 1.144,80	R\$ 1.144,80
10	9	Palmital	20809	Santa Casa	209010029	COLONOSCOPIA	60	R\$	R\$	R\$

			58	de Palmital		(COLOSCOPIA)		112,66	6.759,60	6.759,60
10	9	Palmital	2080958	Santa Casa de Palmital	209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOS COPIA	180	R\$ 48,16	R\$ 8.668,80	R\$ 8.668,80
10	9	Palmital	2080958	Santa Casa de Palmital	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	360	R\$ 37,95	R\$ 13.662,00	R\$ 13.662,00
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	24	R\$ 1.602,18	R\$ 38.452,32	R\$ 86.517,84
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	409060194	MIOMECTOMIA	48	R\$ 528,94	R\$ 25.389,12	R\$ 55.856,16
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	1800	R\$ 67,86	R\$ 122.148,00	R\$ 122.148,00
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	211020036	ELETROCARDIOGRAMA	456	R\$ 5,15	R\$ 2.348,40	R\$ 2.348,40
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	240	R\$ 10,07	R\$ 2.416,80	R\$ 2.416,80
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	240	R\$ 30,00	R\$ 7.200,00	R\$ 7.200,00
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COM BRONCODILATADOR	60	R\$ 6,36	R\$ 381,60	R\$ 381,60
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	24	R\$ 112,66	R\$ 2.703,84	R\$ 2.703,84
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOS COPIA	180	R\$ 48,16	R\$ 8.668,80	R\$ 8.668,80
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	384	R\$ 37,95	R\$ 14.572,80	R\$ 14.572,80
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	24	R\$ 907,93	R\$ 21.790,32	R\$ 47.938,80
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	409020095	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	24	R\$ 208,21	R\$ 4.997,04	R\$ 10.993,44
10	9	Paraguacu Paulista	2082519	Santa Casa de Paraguacu Paulisita	409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24	R\$ 472,43	R\$ 11.338,32	R\$ 24.944,40
10	9	Pompeia	2080621	Santa Casa de Pompéia	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	3000	R\$ 67,86	R\$ 203.580,00	R\$ 203.580,00
10	9	Pompeia	2080621	Santa Casa de Pompéia	211020036	ELETROCARDIOGRAMA	456	R\$ 5,15	R\$ 2.348,40	R\$ 2.348,40
10	9	Pompeia	2080621	Santa Casa de Pompéia	211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	600	R\$ 10,07	R\$ 6.042,00	R\$ 6.042,00
10	9	Pompeia	2080621	Santa Casa de Pompéia	211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	240	R\$ 30,00	R\$ 7.200,00	R\$ 7.200,00
10	9	Pompeia	2080621	Santa Casa de Pompéia	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	2400	R\$ 37,95	R\$ 91.080,00	R\$ 91.080,00
10	9	Pompeia	2080621	Santa Casa de Pompéia	209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOS COPIA	1200	R\$ 48,16	R\$ 57.792,00	R\$ 57.792,00

Obs.: transferência a partir da competência Novembro de 2024

2.7 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 17.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
17	17	CRUZEIRO	1.986.891,00		O Município de Cruzeiro, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 1.986.891,00 /ano equivalente a R\$ 165.574,25/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 4 meses (novembro/2024 à fevereiro/2025)

					data da realização da CIR: 23/09/2024
17	17	GUARATINGUETÁ	1.369.236,40		O Município de Guaratinguetá, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 1.369.236,40/ano equivalente a R\$114.103,03 /mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 04 meses (novembro/2024 à fevereiro/2025). Data da realização da CIR: 23/09/2024
17	17	JACAREÍ	607.980,56		O Município de Jacareí, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 607.980,56/ano equivalente a R\$ 50.665,05 /mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 04 meses (novembro/2024 à fevereiro/2025). Data da realização da CIR: 24/09/2024
17	17	LORENA	648.691,52		O Município de Lorena, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 648.691,52/ano equivalente a R\$54.057,63/mês, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024. O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, nos critérios previstos na citada resolução SS. OBS.: Será pelo período de 04 meses (novembro/2024 à fevereiro/2025). Data da realização da CIR: 23/09/2024.

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO E NOME DO PROCEDIMENTO	IMPACTO FINANCEIRO			
						Quantidade Física ANUAL (A)	Valor Sigtap do procedimento (SIA) ou Valor Médio do Prestador (SIH) na Tabela SUS (B)	Expansão do Teto MAC (A x B)	Valor Previsto Complementação Tabela SUS Paulista (A X Complemento procedimento TSP)
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0201010410 BIOPSIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL	240	R\$ 202,81	R\$ 48.674,40	R\$ 48.674,40
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0202050017 - ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1560	R\$ 3,70	R\$ 5.772,00	R\$ -
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0202020070 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	1560	R\$ 2,73	R\$ 4.258,80	R\$ -
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	1560	R\$ 4,11	R\$ 6.411,60	R\$ -
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	240	R\$ 16,42	R\$ 3.940,80	R\$ -
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA	1380	R\$ 40,78	R\$ 56.276,40	R\$ 56.276,40
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1560	R\$ 9,50	R\$ 14.820,00	R\$ 7.410,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	1080	R\$ 67,86	R\$ 73.288,80	R\$ 73.288,80
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	720	R\$ 24,20	R\$ 17.424,00	R\$ 17.424,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	240	R\$ 24,20	R\$ 5.808,00	R\$ 5.808,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	240	R\$ 24,20	R\$ 5.808,00	R\$ 5.808,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	600	R\$ 24,20	R\$ 14.520,00	R\$ 14.520,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	600	R\$ 24,20	R\$ 14.520,00	R\$ 14.520,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	720	R\$ 138,63	R\$ 99.813,60	R\$ 49.910,40
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	960	R\$ 138,63	R\$ 133.084,80	R\$ 66.547,20
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE	0209010037	720	R\$	R\$	R\$

				CRUZEIRO	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA		48,16	34.675,20	34.675,20
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	1560	R\$ 5,15	R\$ 8.034,00	R\$ 8.034,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	9720	R\$ 10,00	R\$ 97.200,00	R\$ -
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0407030026 COLECISTECTOMIA	360	R\$ 996,34	R\$ 358.682,40	R\$ 1.255.388,40
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0407030034 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	360	R\$ 992,45	R\$ 357.282,00	R\$ 1.255.226,40
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0409040231 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	240	R\$ 257,56	R\$ 61.814,40	R\$ 135.991,20
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0409060135 HISTERECTOMIA TOTAL	360	R\$ 907,93	R\$ 326.854,80	R\$ 719.082,00
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0409060186 LAQUEADURA TUBARIA	240	R\$ 485,48	R\$ 116.515,20	R\$ 256.334,40
17	17	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE CRUZEIRO	0407030255 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA TERAPEUTICA	60	R\$ 2.023,53	R\$ 121.411,80	R\$ 346.023,60
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0407030026 COLECISTECTOMIA	240	R\$ 996,34	R\$ 239.121,60	R\$ 836.925,60
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0407040102 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120	R\$ 637,97	R\$ 76.556,40	R\$ 218.185,74
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0407040064 HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	120	R\$ 801,73	R\$ 96.207,60	R\$ 274.191,60
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2900	R\$ 10,00	R\$ 29.000,00	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	480	R\$ 2,73	R\$ 1.310,40	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	480	R\$ 4,11	R\$ 1.972,80	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	480	R\$ 3,70	R\$ 1.776,00	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	480	R\$ 9,50	R\$ 4.560,00	R\$ 2.280,00
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	480	R\$ 5,15	R\$ 2.472,00	R\$ 2.472,00
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0205010038 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	480	R\$ 67,86	R\$ 32.572,80	R\$ 32.572,80
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0205020038 ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR	480	R\$ 24,20	R\$ 11.616,00	R\$ 11.616,00
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	480	R\$ 138,63	R\$ 66.542,40	R\$ 33.273,60
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	480	R\$ 138,63	R\$ 66.542,40	R\$ 33.273,60
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	480	R\$ 48,16	R\$ 23.116,80	R\$ 23.116,80
17	17	Guaratinguetá	2867257	CENTRO HOSPITALAR DA VINCI GUARATINGUETÁ	0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGI	480	R\$ 40,78	R\$ 19.574,40	R\$ 19.574,40
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0407030026 COLECISTECTOMIA	360	R\$ 996,34	R\$ 358.682,40	R\$ 1.255.388,40
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0407040102 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120	R\$ 637,97	R\$ 76.556,40	R\$ 218.185,20
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2900	R\$ 10,00	R\$ 29.000,00	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	480	R\$ 2,73	R\$ 1.310,40	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	480	R\$ 4,11	R\$ 1.972,80	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	480	R\$ 3,70	R\$ 1.776,00	R\$ -
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	480	R\$ 9,50	R\$ 4.560,00	R\$ 2.280,00
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	480	R\$ 5,15	R\$ 2.472,00	R\$ 2.472,00
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0205010038 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	480	R\$ 67,86	R\$ 32.572,80	R\$ 32.572,80
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0205020038 ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR	480	R\$ 24,20	R\$ 11.616,00	R\$ 11.616,00
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	480	R\$ 138,63	R\$ 66.542,40	R\$ 33.273,60
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	480	R\$ 138,63	R\$ 66.542,40	R\$ 33.273,60
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	480	R\$ 48,16	R\$ 23.116,80	R\$ 23.116,80
17	17	Guaratinguetá	2081512	SANTA CASA DE GUARATINGUETÁ	0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGI	480	R\$ 40,78	R\$ 19.574,40	R\$ 19.574,40
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	0201010410 BIOPSIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL	96	R\$ 202,81	R\$ 19.469,76	R\$ 19.469,76
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	336	R\$ 2,73	R\$ 917,28	R\$ -
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	336	R\$ 4,11	R\$ 1.380,96	R\$ -
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	96	R\$ 16,42	R\$ 1.576,32	R\$ -

				ASSIS						
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	336	R\$ 3,70	R\$ 1.243,20	R\$ -
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGI	336	R\$ 40,78	R\$ 13.702,08	R\$ 13.702,08
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	336	R\$ 9,50	R\$ 3.192,00	R\$ 1.596,00
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	336	R\$ 67,86	R\$ 22.800,96	R\$ 22.800,96
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	336	R\$ 24,20	R\$ 8.131,20	R\$ 8.131,20
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	96	R\$ 24,20	R\$ 2.323,20	R\$ 2.323,20
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	96	R\$ 24,20	R\$ 2.323,20	R\$ 2.323,20
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	288	R\$ 138,63	R\$ 39.925,44	R\$ 19.962,72
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	288	R\$ 138,63	R\$ 39.925,44	R\$ 19.962,72
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	336	R\$ 5,15	R\$ 1.730,40	R\$ 1.730,40
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2100	R\$ 10,00	R\$ 21.000,00	R\$ -
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0407020284 HEMORROIDECTOMIA	48	R\$ 315,94	R\$ 15.165,12	R\$ 43.220,64
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0407030026 COLECISTECTOMIA	48	R\$ 996,34	R\$ 47.824,32	R\$ 167.385,12
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0407040099 HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	48	R\$ 610,06	R\$ 29.282,88	R\$ 83.456,16
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0407040102 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	48	R\$ 637,97	R\$ 30.622,56	R\$ 87.274,08
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0407040129 HERNIOPLASTIA UMBILICAL	48	R\$ 434,99	R\$ 20.879,52	R\$ 59.506,56
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	336	R\$ 48,16	R\$ 16.181,76	R\$ 16.181,76
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0409010596 URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCOPICA	48	R\$ 756,15	R\$ 36.295,20	R\$ 79.849,44
17	17	Jacarei	2085194	HOSPITAL FRANCISCO ASSIS	SÃO DE	0409040231 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	48	R\$ 257,56	R\$ 12.362,88	R\$ 27.198,24
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	180	R\$ 2,73	R\$ 491,40	R\$ -
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	180	R\$ 4,11	R\$ 739,80	R\$ -
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	180	R\$ 3,70	R\$ 666,00	R\$ -
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGI	60	R\$ 40,78	R\$ 2.446,80	R\$ 2.446,80
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	180	R\$ 9,50	R\$ 1.710,00	R\$ 855,00
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0204060176 RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	120	R\$ 9,29	R\$ 1.114,80	R\$ 558,00
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	120	R\$ 7,16	R\$ 859,20	R\$ 429,60
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0204040094 RADIOGRAFIA DE MÃO	120	R\$ 6,30	R\$ 756,00	R\$ 378,00
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0204040086 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	120	R\$ 5,62	R\$ 674,40	R\$ 337,20
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	180	R\$ 67,86	R\$ 12.214,80	R\$ 12.214,80
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	60	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00	R\$ 1.452,00
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0206020023 TOMOGRAFIA COMP SEGMENTOS APEND - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	120	R\$ 86,75	R\$ 10.410,00	R\$ 5.205,60
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	60	R\$ 138,63	R\$ 8.317,80	R\$ 4.159,20
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	120	R\$ 138,63	R\$ 16.635,60	R\$ 8.318,40
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	120	R\$ 268,75	R\$ 32.250,00	R\$ 16.125,60
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	120	R\$ 268,75	R\$ 32.250,00	R\$ 16.125,60
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	60	R\$ 48,16	R\$ 2.889,60	R\$ 2.889,60
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	180	R\$ 5,15	R\$ 927,00	R\$ 927,00
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	1100	R\$ 10,00	R\$ 11.000,00	R\$ -
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0407020284 HEMORROIDECTOMIA	24	R\$ 315,94	R\$ 7.582,56	R\$ 21.610,32
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0407030026 COLECISTECTOMIA	12	R\$ 996,34	R\$ 11.956,08	R\$ 41.846,28
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0407030034 COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA	12	R\$ 992,45	R\$ 11.909,40	R\$ 41.840,88
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0407040099 HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	12	R\$ 610,06	R\$ 7.320,72	R\$ 20.864,04
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0403020123 TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO	12	R\$ 347,62	R\$ 4.171,44	R\$ 8.968,56
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0408020148 RECONSTRUCAO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MAO	12	R\$ 205,53	R\$ 2.466,36	R\$ 5.549,28
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	DE	0408020610 TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA / DESINSERCAO / ARRANCAMENTO	12	R\$ 258,26	R\$ 3.099,12	R\$ 6.973,08

					CAPSULO-TE				
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	0408050888 TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BI	12	R\$ 578,89	R\$ 6.946,68	R\$ 15.630,00
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	0408050896 TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL /	12	R\$ 475,80	R\$ 5.709,60	R\$ 12.846,60
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	0408060212 RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	12	R\$ 91,49	R\$ 1.097,88	R\$ 2.470,20
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	0408060476 TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO	12	R\$ 680,20	R\$ 8.162,40	R\$ 18.365,40
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	0408060484 TENORRAFIA UNICA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO	12	R\$ 421,30	R\$ 5.055,60	R\$ 11.375,16
17	17	Jacarei	2096412	SANTA CASA DE JACAREÍ	0408060573 TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MAO E PE)	24	R\$ 268,41	R\$ 6.441,84	R\$ 14.494,08
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0201010470 BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	240	R\$ 23,73	R\$ 5.695,20	R\$ 5.695,20
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	240	R\$ 1,85	R\$ 444,00	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	240	R\$ 3,51	R\$ 842,40	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	240	R\$ 3,51	R\$ 842,40	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	240	R\$ 1,85	R\$ 444,00	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	240	R\$ 15,24	R\$ 3.657,60	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	480	R\$ 3,70	R\$ 1.776,00	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	480	R\$ 2,73	R\$ 1.310,40	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	480	R\$ 4,11	R\$ 1.972,80	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	240	R\$ 17,16	R\$ 4.118,40	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOSTIMULANTE (TSH)	240	R\$ 8,96	R\$ 2.150,40	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	240	R\$ 43,13	R\$ 10.351,20	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	240	R\$ 8,76	R\$ 2.102,40	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGE / PARAFINA POR PEÇA CIRURGI	300	R\$ 40,78	R\$ 12.234,00	R\$ 12.234,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFL)	480	R\$ 9,50	R\$ 4.560,00	R\$ 2.280,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	96	R\$ 7,77	R\$ 745,92	R\$ 373,44
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	192	R\$ 7,16	R\$ 1.374,72	R\$ 687,36
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0204060176 RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	192	R\$ 9,29	R\$ 1.783,68	R\$ 892,80
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0205010032 ECGCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	480	R\$ 67,86	R\$ 32.572,80	R\$ 32.572,80
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	240	R\$ 39,60	R\$ 9.504,00	R\$ 9.504,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	144	R\$ 24,20	R\$ 3.484,80	R\$ 3.484,80
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	240	R\$ 24,20	R\$ 5.808,00	R\$ 5.808,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA DE COLUMNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	240	R\$ 86,76	R\$ 20.822,40	R\$ 10.411,20
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	240	R\$ 86,75	R\$ 20.820,00	R\$ 10.411,20
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	240	R\$ 138,63	R\$ 33.271,20	R\$ 16.636,80
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	240	R\$ 138,63	R\$ 33.271,20	R\$ 16.636,80
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	96	R\$ 268,75	R\$ 25.800,00	R\$ 12.900,48
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	96	R\$ 268,75	R\$ 25.800,00	R\$ 12.900,48
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0208030026 CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTACAO	240	R\$ 77,28	R\$ 18.547,20	R\$ 3.710,40
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	144	R\$ 48,16	R\$ 6.935,04	R\$ 6.935,04
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	480	R\$ 5,15	R\$ 2.472,00	R\$ 2.472,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2900	R\$ 10,00	R\$ 29.000,00	R\$ -
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0401020096 EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	36	R\$ 480,06	R\$ 17.282,16	R\$ 37.156,68
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0402010027 PARATIREOIDECTOMIA	24	R\$ 833,30	R\$ 19.999,20	R\$ 49.998,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0402010035 TIREOIDECTOMIA PARCIAL	24	R\$ 425,63	R\$ 10.215,12	R\$ 25.537,92
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0402010043 TIREOIDECTOMIA TOTAL	48	R\$ 451,37	R\$ 21.665,76	R\$ 54.164,64
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0404020143 GLOSSECTOMIA PARCIAL	36	R\$ 718,10	R\$ 25.851,60	R\$ 55.581,12
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0404020275 RESSECCAO DE LESAO MALIGNA E BENIGNA DA REGIAO CRANIO E BUCOMAXILOFACI	72	R\$ 1.162,56	R\$ 83.704,32	R\$ 179.964,00
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0407030026 COLECISTECTOMIA	48	R\$ 996,34	R\$ 47.824,32	R\$ 167.385,12
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0407040080 HERNIOPLASTIA INCISIONAL	48	R\$ 539,92	R\$ 25.916,16	R\$ 73.860,96
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0407040129 HERNIOPLASTIA UMBILICAL	48	R\$ 434,99	R\$ 20.879,52	R\$ 59.506,56
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0408050470 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	24	R\$ 336,60	R\$ 8.078,40	R\$ 18.176,40
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0408060476 TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO	48	R\$ 680,20	R\$ 32.649,60	R\$ 73.461,60
17	17	Lorena	2087111	SANTA CASA DE LORENA	0408060484 TENORRAFIA UNICA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO	24	R\$ 421,30	R\$ 10.111,20	R\$ 22.750,32
					TOTAL	65.780	R\$ 32.666,30	R\$ 4.612.799,48	R\$ 9.445.597,98

Obs.: transferência a partir da competência novembro 2024

2.8 Transferência de Teto Financeiro MAC entre Gestores na região de abrangência da RRAS 12.

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	ALTERAÇÃO CIB		MOTIVO
			RECEBE	TRANSFERE	
12	DRS II	PIRANGI	643.582,40		O Município de Pirangi, recebe da Gestão Estadual o valor de R\$ 652.382,40/ano (Seiscentos e cinquenta e dois mil, trezentos e oitenta e dois reais e quarenta centavos) equivalente a R\$ 54.365,20/mês (Cinquenta e quatro mil, trezentos e sessenta e cinco reais e vinte centavos), nos meses Novembro , Dezembro, Janeiro e Fevereiro de 2025, referente à expansão de oferta de serviços, de acordo com a Resolução SS 198, de 29 de dezembro de 2023, republicada em DOE de 19/07/2024 e de 23/09/2024 O valor ora transferido do Limite Financeiro do Teto MAC da Gestão Estadual, será restituído da Gestão Municipal para a Gestão Estadual, como previsto na citada Resolução SS. Data da realização da CIR: 18/09/2024

Transferência de teto financeiro MAC a partir da competência Novembro de 2024.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

RRAS	DRS	MUNICÍPIO	CNES	INSTITUIÇÃO	CÓDIGO E PROCEDIMENTO	IMPACTO FINANCEIRO			
						Quantidade e Física ANUAL	Valor Médio (do Prestador) na Tabela SUS	Expansão do Teto MAC*	Valor Previsto Complementação o Tabela SUS Paulista*
XII	DRS II	PIRANGI	2079909	Hospital Beneficente de Pirangi	04.04.01.003-2 - Amigdalectomia com Adenoidectomia	480	R\$ 1.339,13	R\$ 642.782,40	R\$ 348.009,60
XII	DRS II	PIRANGI	2079909	Hospital Beneficente de Pirangi	03.01.01.007-2 - Consulta Médica em Atenção Especializada	960	R\$ 10,00	R\$ 9.600,00	R\$ 0,00
TOTAL						1440	R\$ 1.349,13	R\$ 652.382,40	R\$ 348.009,60
* O valor da Complementação da Tabela SUS Paulista será transferido, mediante a produção registrada, até o limite ora definido									
Obs.: transferência a partir da competência NOVEMBRO/2024									

O remanejamento intraestadual de recursos do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), conforme previsto no Art. 637 da Portaria GM/MS 3.257, foi operacionalizado por meio do Módulo de Remanejamento, que integra o Sistema de Controle do Teto MAC (SISMAC) sob o protocolo de nº **235415012411**.