

ACORDO DE COOPERAÇÃO Nº 017/2025 - SMS.G. SERMAP

PROCESSO SEI Nº: 6018.2025/ 0071541-0 ✓

**ACORDO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI
CELEBRAM A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE E A SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA
DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ**

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, doravante designada por **SECRETARIA**, com sede na Rua Dr. Siqueira Campos, nº172, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representada pelo Sr. **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, Secretário Municipal da Saúde, e a **SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ**, conhecida como **HOSPITAL JAPONES SANTA CRUZ**, doravante designada **COOPERADA**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil de utilidade pública, beneficente, de fins não econômicos, que tem por finalidade prover os meios de Assistência Médica e Hospitalar, com estatuto protocolado e prenotado sob o nº 439.968 e registrado eletronicamente sob o nº 721.913 no 4º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital, inscrita no CNPJ sob o nº 60.552.098/0001-11, com sede na Rua Santa Cruz, 398, Vila Mariana, São Paulo – SP – CEP 04.122-000, neste ato representada pelo Sr. **MASATO NINOMIYA**, Diretor Presidente, portador da Cédula de Identidade nº 4.118.309 SSP/SP e CPF/MF sob o nº 806.096.277-91, resolvem firmar o presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, consoante despacho autorizatório publicado no DOC de 18/07/2025, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente **ACORDO** tem por objeto somar esforços para o desenvolvimento de ações conjuntas de promoção e prevenção em saúde dos usuários SUS do município de São Paulo, sem ônus à municipalidade, com o desenvolvimento pela **COOPERADA** de serviço

gratuito de assistência à saúde, por meio dos sistemas SIGA/SAÚDE e/ ou CROSS e executada por equipe multiprofissional, em conformidade com o definido no Plano de Trabalho, parte integrante deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS / ATENDIMENTO

Os procedimentos pactuados e descritos no Plano de Trabalho, parte integrante deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, serão desenvolvidas em estrutura física própria da instituição, localizada na Rua Santa Cruz, 398/539, Vila Mariana, CEP 04.122-000, São Paulo – SP – inscrita no CNPJ sob o nº 60.552.098/0001-11, CNES 2082624.

Parágrafo Primeiro: O Plano de Trabalho poderá ser ajustado conforme a necessidade, de comum acordo entre as partes, por meio de celebração de **TERMO ADITIVO**.

Parágrafo segundo: A **COOPERADA** arcará diretamente com o custo do desenvolvimento das atividades com as quais se compromete por meio deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, não havendo ônus financeiro para a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** em função do desenvolvimento das atividades objeto deste **ACORDO**, e não implicará em transferência ou compartilhamento de recursos financeiros ou patrimoniais entre os parceiros, nos termos do Art. 29 da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA COOPERADA

- a) Executar as ações necessárias à consecução do objeto deste **ACORDO** em consonância com as políticas, objetivos e diretrizes técnicas fixadas pela **SECRETARIA** e/ou diretrizes estabelecidas na literatura científica atualizada, dentro da estrutura do **ACORDO**, seguindo a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- b) Dispor de espaço físico, recursos materiais e humanos necessários à execução do objeto deste **ACORDO**;

- c) Manter os registros atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- d) Manter atualizados os prontuários e o arquivo médico, de acordo com a Legislação vigente dos órgãos competentes;
- e) Identificar o paciente por meio do Cartão Nacional de Saúde/CNS;
- f) Seguir a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como as diretrizes da Coordenadoria de Regulação/SMS, observando suas normas, fluxos e protocolos pré-definidos e dispor os procedimentos/atendimentos descritos no Plano de Trabalho na agenda do Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde – SIGA/SAUDE, conforme **Portaria - SMS.G nº 255/2025**, principalmente no que se refere à disponibilização das agendas, confirmação de presença e registro do atendimento, este último devendo ser realizado até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento;
- g) Disponibilizar a equipe técnica da **SECRETARIA** o acesso às dependências onde o serviço é prestado e à documentação dos pacientes;
- h) Atender as pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- i) Seguir as normatizações da **SECRETARIA** para a implantação da Política de Atenção no Município de São Paulo, para as atividades afins aqui pactuadas e conforme orientação da Área Técnica desta **SECRETARIA**;
- j) Justificar aos pacientes ou seus representantes legais as razões técnicas alegadas quando da não realização de qualquer ato profissional previsto neste **ACORDO**;
- k) Notificar a **SECRETARIA** por escrito, as razões técnicas quando da não realização de qualquer ato profissional previsto neste **ACORDO**;
- l) Participar, quando solicitado, com os profissionais da **SECRETARIA** de reuniões de avaliação das atividades desenvolvidas;

- m) Disponibilizar no **Sistema SIGA** os procedimentos descritos no Plano de trabalho, em **Agenda Regulada** - oferta para o gestor e na **Agenda Local**, os atendimentos internos gerado partir das primeiras consultas, bem como os atendimentos de odontopediatria.
- n) Encaminhar mensalmente à **Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar/CACAC**, as informações referentes aos procedimentos efetivamente realizadas, de acordo com o modelo constante no **Anexo I e II**. Tais obrigações deverão ser encaminhadas até o quinto dia útil do mês subsequente ao atendimento, através de Ofício e Anexos, todos devidamente assinados pelo responsável. Toda a produção apresentada será validada pela **Coordenadoria de Regulação e da Coordenadoria Regional de Saúde – SUDESTE/CAB**.
- o) Apresentar mensalmente, todos os **procedimentos realizados**, conforme previsto no Plano de Trabalho, em meio eletrônico, à **CIS/Divisão de Sistemas de Produção e Cadastro SUS**, conforme cronograma de entrega estipulado e segundo as normas técnicas do Sistema Único de Saúde, por meio de apontamento no sistema **CIHA – COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**, onde serão registrados no código 03 - fonte de remuneração - Gratuito;
- p) Comunicar de imediato a **SECRETARIA** a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente **ACORDO**;
- q) Apresentar, além dos documentos e dos relatórios das atividades, outros, sempre que solicitados pela **SECRETARIA**;
- r) Prestar primeiro socorro ao paciente e se necessário encaminhá-lo para atendimento de urgência/emergência.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA

- a) Acompanhar, supervisionar, orientar e fiscalizar através da **Coordenadoria de Regulação e da Coordenadoria Regional de Saúde – SUDESTE/CAB** as ações relativas à execução do presente **ACORDO** e solicitar as alterações que se fizerem necessárias;

- b) Realizar através da **CIS/Divisão De Sistemas De Produção e Cadastro Do SUS** treinamento dos profissionais da **COOPERADA**, quando necessário, para efetivação dos registros das informações de produção no **CIHA – COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**;
- c) Orientar e viabilizar, através da **Coordenadoria de Regulação e Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação - DTIC** a capacitação da **COOPERADA** para o uso correto do Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde – SIGA/SAUDE;
- d) Orientar, através da **Coordenadoria de Regulação**, quanto às regras para disponibilização das agendas no Sistema SIGA/SAUDE;
- e) Receber mensalmente na **CACAC/Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar** as informações referentes aos procedimentos efetivamente **realizados** de acordo com o modelo constante no **Anexo I e II**.
- f) Monitorar, analisar e avaliar pela **CACAC/Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar**, o desempenho da **COOPERADA** por meio dos dados gerados no Sistema BI/SIGA/SAUDE, quais sejam: disponibilização de agenda, perda primária, absenteísmo, entre outros;
- g) Receber mensalmente, na **Divisão De Sistemas De Produção e Cadastro Do SUS**, em meio magnético, ou eletrônico, dentro do prazo legal e conforme cronograma, a produção dos procedimentos informados no **CIHA – COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL** do Ministério da Saúde;

CLÁUSULA QUINTA – DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO OBJETO

Os profissionais envolvidos na consecução do objeto deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** manterão seus vínculos com a **COOPERADA**, sem que haja qualquer previsão de remuneração por parte da **SECRETARIA**.

Parágrafo primeiro: Os serviços ora acordados serão prestados por profissionais devidamente incluídos no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Parágrafo segundo: Para os efeitos deste **ACORDO**, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento da **COOPERADA**:

I - Membro de seu corpo clínico;

II - Profissional que tenha vínculo de emprego com a **COOPERADA**;

III - Profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, preste serviço a **COOPERADA**, ou seja, por esta, autorizado a fazê-lo.

Parágrafo terceiro: Equipara-se a profissional autônomo definido no item III do §2º, empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

Parágrafo quarto: É de responsabilidade exclusiva e integral da **COOPERADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **ACORDO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **SECRETARIA**.

Parágrafo quinto: A **SECRETARIA** não reembolsará a **COOPERADA** por eventuais custos de ampliação ou de desmobilização de sua equipe técnica em função da execução do presente **ACORDO**.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA COOPERADA

A **COOPERADA** será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos da **SECRETARIA** e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais, prepostos, preceptores, alunos, estagiários e supervisores, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

Parágrafo primeiro: A fiscalização e o acompanhamento da execução deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** por órgãos da **SECRETARIA** não excluem nem reduzem a responsabilidade da **COOPERADA**.

Parágrafo segundo: A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Parágrafo terceiro: A **COOPERADA** facilitará à **SECRETARIA** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, inclusive eventual fornecimento de dados médicos de pacientes assistidos pela **COOPERADA** especialmente para o exercício regular de direitos em processo judicial quando a **SECRETARIA** figurar como ré (Fundamento legal: Inciso VI, Art. 7º Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

A **COOPERADA** deverá arcar diretamente com o custo do desenvolvimento das atividades com as quais se compromete por meio deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, não havendo ônus financeiro para a **SECRETARIA** em função do desenvolvimento das atividades objeto do presente **ACORDO**.

CLÁUSULA OITAVA – DAS PENALIDADES

Quando a execução deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** estiver em desacordo com o plano de trabalho e com as normas da Lei nº 13.019, de 2004, do Decreto Municipal nº 57.575, de 2016, e da legislação específica, a administração pública poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à OSC as seguintes sanções:

I- Advertência;

II- Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da administração pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos; e

III- declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante o Administração pública, que será concedida sempre que a OSC ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de 2 (dois) anos da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO E DA EXTINÇÃO

O presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO** será celebrado pelo prazo de 60 (sessenta) meses, contados a partir de **21/07/2025**.

Parágrafo primeiro: Qualquer uma das partes, ao longo da vigência do presente, poderá denunciá-lo mediante notificação prévia de 90 dias.

Parágrafo segundo: Na hipótese de término ou de extinção do presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, a **COOPERADA** obriga-se a repassar à **SECRETARIA** todas as informações disponíveis sobre o objeto deste **ACORDO**.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração no presente será objeto de aditamento na forma da legislação vigente a ser ajustado de comum acordo entre as partes, desde que não contrarie o seu objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ANTICORRUPÇÃO

Para a execução deste **ACORDO**, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento,

doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A **COOPERADA** deve cumprir a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, no âmbito da execução do objeto deste **ACORDO DE COOPERAÇÃO** e observar as instruções por escrito da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP no tratamento de dados pessoais.

Parágrafo primeiro: A **COOPERADA** deve assegurar que o acesso a dados pessoais seja limitado aos empregados, prepostos ou colaboradores que necessitem conhecer/acessar os dados pertinentes, na medida em que sejam estritamente necessários para as finalidades deste **ACORDO**, e cumprir a legislação aplicável, assegurando que todos esses indivíduos estejam sujeitos a compromissos de confidencialidade ou obrigações profissionais de confidencialidade.

Parágrafo segundo: Quaisquer tratamentos de dados pessoais realizados no bojo do presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO**, ou em razão dele, deverão observar as disposições da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e de normas complementares expedidas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados e pela **SECRETARIA**.

Parágrafo terceiro: A **COOPERADA** deverá comunicar a **SECRETARIA**, imediatamente, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas da ciência do fato, a ocorrência de qualquer situação que possa acarretar potencial ou efetivo risco ou danos aos titulares dos dados pessoais, e/ou que não esteja de acordo com os protocolos e normas de proteção de dados pessoais.

Parágrafo quarto: A **COOPERADA** responderá por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados à Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP ou a terceiros decorrentes do descumprimento da Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, ou de instruções da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP, relacionadas a este Acordo, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/PMSP em seu acompanhamento.

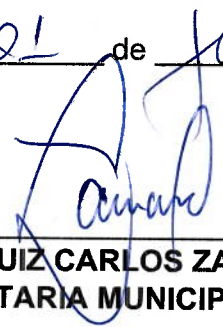
CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO E PUBLICAÇÃO

Restam acordadas entre as partes que o presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO** se encontra com fundamento legal nos termos do Decreto Municipal Nº 57.575, de 29 de dezembro de 2016, ou outra que vier a substituir, ficando eleito o foro de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes deste ajuste.

O Extrato do presente será publicado no Diário Oficial do Município no prazo máximo de 20 dias, contados da data de sua assinatura. Fica eleito o foro de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes deste ajuste.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO** em 1 (uma) via de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

São Paulo, 21 de Julho de 2025.



LUIZ CARLOS ZAMARCO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

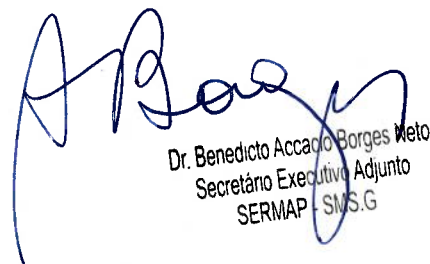


MASATO NINOMIYA
SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ

TESTEMUNHAS

EDSON MARTINS VICENTE
011. 725. 238-78




Dr. Benedicto Accacio Borges Neto
Secretário Executivo Adjunto
SERMAP - SMS.G



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias
Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar**

ANEXO I

Nome da Instituição (usar papel timbrado)

Acordo de Cooperação nº.....

Mês de Referência:

Procedimentos Ambulatoriais

[illegible]

São Paulo, xxxx de xxxxxx de 20xxxx

São Paulo, xxxx de xxxxxx de 20xxxx



Assinatura do Representante Legal

1- A COOPERADA se compromete a apresentar as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados e contido neste ANEXO, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável legal.

2- Os pacientes objeto destes atendimentos deverão ser necessariamente terem sido regulados e encaminhados única e exclusivamente pelo Sistema Siga, de acordo com os fluxos estabelecidos pela Coordenadoria de Regulação.



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias
Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar

ANEXO II

Nome da Instituição (usar papel timbrado)
Acordo de Cooperação nº.....
Mês de Referência:

Procedimentos Cirúrgicos

Competência: ____/____/____								
SIH								
Sequencia	Procedência	Nº do CNS	Nome do Paciente (usar somente iniciais)	Data de Nascimento	Nº da AIH	Código do Procedimento SUS	Descrição do Procedimento	Data da Cirurgia
1		08000.xxx.xxx.xxx.	E.P.C					
2								
3								

São Paulo, xxxx de xxxxxx de 20xxxx


Assinatura do Representante Legal

- 1- A COOPERADA se compromete a apresentar as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados e contido neste ANEXO, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável legal.
- 2- OS pacientes objeto destes atendimentos deverão ser necessariamente terem sido regulados e encaminhados única e exclusivamente pelo Sistema Siga, de acordo com os fluxos estabelecidos pela Coordenadoria de Regulação

PROCEDIMENTOS PACTUADOS
SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICÊNCIA SANTA CRUZ - CNES 2082624

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	Quantidade Estimada/ mensal		
		Demanda Interna	Agenda Regulada	TOTAL
CONSULTAS- DEMANDA EXTERNA				
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CBO:2252-70 - Cirurgião Ortopedista)	0	20	20
ESTIMATIVA MENSAL				20
CONSULTAS - DEMANDA INTERNA (RESULTANTES DAS CONSULTAS OFERTADAS)				
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CBO:2251-20 - Médico Cardiologista - Demanda Interna - Pré e Pós-operatório	1	0	1
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CBO:2251-25 - Médico Clínico - Demanda interna - Pré e Pós-operatório	1	0	1
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CBO:2251-51 - Médico Anestesiologista - demanda interna - Pré-operatório)	1	0	1
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	15	0	15
TOTAL DE CONSULTAS ESTIMADA				18
* As consultas de demanda interna nas especialidades acima, resultam das solicitações/encaminhamentos do cirurgião ortopedista, não sendo possível definir uma meta mensal/anual.				
CARDIOLOGIA - DEMANDA INTERNA (RESULTANTES DAS CONSULTAS OFERTADAS)				
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA ECG	3	0	3
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	2	0	2
02.11.02.005-2	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	2	0	2
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	2	0	2
TOTAL DE EXAMES ESTIMADO				9
* A quantidade de exames depende das solicitações/encaminhamentos do Médicos Cardiologista no pré-operatório, não sendo possível definir uma meta mensal/anual.				
FISIOTERAPIAS - DEMANDA INTERNA (RESULTANTES DAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS REALIZADAS)				
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELÉTICAS CLÍNICOS	60	0	60
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1	0	1
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	2	0	2
TOTAL DE EXAMES ESTIMADO				63
* A quantidade de atendimento depende do pedido efetuado pelo Cirurgião Ortopedista no pós-operatório, considerando a condição do paciente, não sendo possível definir uma meta mensal/anual				
RESSONÂNCIA - DEMANDA INTERNA: CONFORME DEMANDA RESULTANTE DAS CONSULTAS OFERTADAS				
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	3	0	3

02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	2	0	2
ESTIMATIVA MENSAL				2
* A quantidade de exames de Ressonância Magnética pode ou não ultrapassar a estimativa mensal/anual, pois também depende do pedido efetuado pelo Cirurgião Ortopedista, durante o pré-operatório.				
TOMOGRAFIA - DEMANDA INTERNA (RESULTANTES DAS CONSULTAS OFERTADAS)				
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	1	0	1
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	1	0	1
TIPOS DE EXAMES POSSIVEIS		2	0	2
ESTIMATIVA MENSAL				1
* A quantidade de exames de Tomografia Computadorizada pode ou não ultrapassar a estimativa mensal/anual, pois também depende do pedido efetuado pelo Cirurgião Ortopedista durante o pré-operatório.				
RADIOGRAFIA - DEMANDA INTERNA (RESULTANTES DAS CONSULTAS OFERTADAS)				
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)	3	0	3
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	3	0	3
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+OBLIQUA+3 AXIAIS)	3	0	3
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LAT)	2	0	2
ESTIMATIVA MENSAL				11
* A quantidade de exames de radiologia pode ou não ultrapassar a estimativa mensal/anual, pois também depende do pedido efetuado pelo Cirurgião Ortopedista durante o pré-operatório.				
EXAMES LABORATORIAIS				
GRUPO 02/02 GRUPO 03/06	PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	153	0	153
TOTAL DE EXAMES ESTIMADO				153
* A quantidade de exames depende das solicitações/encaminhamentos dos especialistas, não sendo possível definir uma meta mensal/anual				
CIRURGIA - ORTOPEDIA JOELHO - 3 CIRURGIAS POR MÊS				
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	0	1	1
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	0	1	1
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL	0	1	1
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	0	1	1
CIRURGIA - TIPOS POSSIVEIS DE REALIZAÇÃO		0	4	4
ESTIMATIVA MENSAL				3
PROGRAMA ODONTOLOGIA - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA IDOSOS				
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA	0	10	10
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	0	10	10
TOTAL DE CONSULTAS ESTIMADA				20
* encaminhados pela Regulação exames reg. sudeste no SIGA – Agenda Regulada (1ª VEZ)				

PROGRAMA ODONTOLOGIA - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS				
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA	8	0	8
07.01.07.008-0	PLANO INCLINADO	8	0	8
07.01.07.012-9	PROTESE TOTAL MANDIBULAR (inf)	3	0	3
07.01.07.013-7	PROTESE TOTAL MAXILAR (sup)	5	0	5
07.01.07.009-9	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR (inf) REMOVIVEL	4	0	4
07.01.07.010-2	PROTESE PARCIAL MAXILAR (sup) REMOVIVEL	2	0	2
03.07.04.016-0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	10	0	10
03.07.04.014-3	ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (ajuste)	32	0	32
03.07.04.015-1	AJUSTE OCLUSAL	14	0	14
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTÁRIA	1	0	1
03.07.04.013-5	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	1	0	1
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	1	0	1
07.01.07.014-5	PRÓTESES CORONARIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO)	1	0	1
07.01.07.004-8	COROA DE AÇO E POLICARBOXILATO	1	0	1
07.01.07.005-6	COROA PROVISORIA	1	0	1
07.01.07.007-2	PLACA OCLUSAL (CONFECCÃO)	1	0	1
03.07.04.001-1	COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA (AJUSTES + ORIENTAÇÕES)	1	0	1
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORP-MANDIBULARES	1	0	1
01.01.02.010-4	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	10	0	10
TOTAL DE PROCEDIMENTOS ESTIMADO				105
PROGRAMA ODONTOLOGIA - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS-EXCEÇÃO: CLINICO - DEMANDA INTERNA				
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	2	0	2
03.07.03.007-5	TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA ORAL	1	0	1
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA	1	0	1
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA	1	0	1
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	1	0	1
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	1	0	1
TOTAL DE PROCEDIMENTOS ESTIMADO				7
* para não ter que devolver o paciente para a UBS				
PROGRAMA ODONTOLOGIA - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS - ENFERMAGEM				
02.14.01.001-5	GLICEMIA CAPILAR	45	0	45
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	45	0	45
03.01.10.025-0	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA	45	0	45
03.01.01.038-2	ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	45	0	45
02.11.03.004-0	AValiaÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATÓRIA	45	0	45
02.11.08.004-7	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)	45	0	45
TOTAL DE EXAMES ESTIMADO				270
Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica*aos pacientes atendidos para segurança do paciente				

PROGRAMA ODONTOLOGIA - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS- ASSISTÊNCIA SOCIAL & Eventos				
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	5	0	5
01.01.01.001-0	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	5	0	5
01.01.01.002-8	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	5	0	5
TOTAL DE PROCEDIMENTOS/ATIVIDADES ESTIMADO				15



Plano de Trabalho 1
Programa Ortopedia:
Cirurgia de Joelho

1. Objetivo Geral

Realizar procedimentos cirúrgicos ortopédicos de joelho em média e alta complexidade, bem como atendimento em reabilitação.

2. Objetivos Específicos

- Realizar procedimentos cirúrgicos ortopédicos de joelho e sua reabilitação com sessões de fisioterapia.
- Promover melhor prognóstico e qualidade de vida reduzindo o tempo da lesão e o procedimento cirúrgico alcançando melhores resultados.
- Colaborar com o retorno social e laboral dos pacientes acometidos por lesões ortopédicas.

3. Local de Atendimento

- Procedimentos Cirúrgicos: Hospital Japonês Santa Cruz, 398 – Vila Mariana – São Paulo
- Atendimento Fisioterápico para Reabilitação: Rua Santa Cruz, 539 – Vila Mariana São Paulo – S.P - Centro de Ação Social Santa Cruz do Hospital Japonês Santa Cruz.

4. Horário de Atendimento

Dias úteis, de 2ª a 6ª das 8h:00 às 17h:00.

5. Forma de Acesso

- Agenda Regulada SIGA – Reserva Técnica
- Procedimento Cirúrgico – com AIH

6. Disponibilidade de Procedimentos

Os procedimentos cirúrgicos executados por meio deste plano de trabalho são: 3 cirurgias de joelho ao mês ou 36 cirurgias ano.

7. Procedimentos Cirúrgicos a serem Realizados

04.08.05.016-0 – RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)
04.08.05.017-9 – RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)
04.08.05.089-6 – TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL
04.08.06.071-9 – VIDEOARTROSCOPIA



ANEXO 1/3

8. Reabordagem Cirúrgica (reopen)

Reabordagem cirúrgica nos **casos exclusivos** em que a cirurgia de origem foi realizada nesta Instituição, em que se faz necessário para intervenção das complicações posteriores as Cirurgias indicadas acima.

04.08.06.044-1 – TENÓLISE

04.08.06.055-7 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES

9. Fatores de Exclusão

Entende-se como fatores de exclusão para as cirurgias descritas neste protocolo, a apresentação de doenças sistêmicas, as quais impediriam uma cirurgia de grande porte, e/ou demais critérios para exclusão, conforme descritos abaixo:

- ✓ Idade inferior a 18anos e superior a 45 anos
- ✓ Obesidade mórbida
- ✓ Doenças Oncológicas
- ✓ Pneumopatias crônicas
- ✓ Doenças sistêmicas crônicas
- ✓ Cardiopatias
- ✓ Insuficiência renal
- ✓ Alteração da cognição
- ✓ Alteração psicomotora (psiquiátricos)
- ✓ Diabetes graves e descompensadas
- ✓ Sequela de osteomielites fêmur, joelho ou perna
- ✓ Insuficiência vascular periférica nos membros inferiores
- ✓ Lesões cutâneas nos MMSS e MMII (Úlceras venosas, úlceras arteriais, Úlceras Neuropática por Diabete/ Hanseníase, Erisipela, Celulites, Lesão por Pressão)
- ✓ Distrofias
- ✓ Atrofias
- ✓ Varizes
- ✓ Artrodese ou Anquilose previa
- ✓ Cirurgias de Revisão de Artroplastia
- ✓ Paralisia infantil de membros inferiores
- ✓ Alterações sistêmicas graves que impeçam cirurgia de pequeno e médio porte, ou seja, os pacientes classificados como ASA III ou mais pela classificação da *American Society of Anesthesiologists*.
- ✓ Apresentar 3 faltas em consultas médicas e em tratamento fisioterápico sem justificativa.



ANEXO 1/3

10. Profissionais Envolvidos

Médicos especialistas (ortopedia, cardiologia, clínico, anestesista), SADT, Equipe de Enfermagem (Enfermeiros, técnico e auxiliares de Enfermagem), Assistente Social, Fisioterapeutas entre outros profissionais.

11. Instrumentais de Registro dos Atendimentos

Sistema Informatizado SIGA – Agenda Regulada e Atendimento Reduzido, e Sistema de Gestão Hospitalar – TASY; eletrônico e físico, Ficha de Atendimento com assinatura do paciente e dos profissionais envolvidos, Relatório de Monitoramento das Faltas.

12. Instrumentais Administrativos

Controle de agendamento, avaliação de serviço prestado para o usuário preencher, relatórios de atendimento, controle dos custos, faturamento dos atendimentos, contabilização, etc.

13. Faturamento e Prestação de Contas

Todos os atendimentos e suas despesas serão “faturadas em modo gratuidade” (no TASY) com preço de custo (Nota Fiscal de MAT/MED/OPME e NF Serviços sem margem), Tabela de Diárias e Taxas básica do HJSC. Cabendo ao HJSC a absorção total dos custos.

14. Prestação de Contas

Conforme orientação da Secretaria, enviado até o quinto dia útil do mês seguinte, por e-mail, contendo:

- Ofício de Encaminhamento
- Relatório CATE 1875 - Resumo dos Procedimentos Realizados Cirurgias Ortopédicas – Gratuidade
- Relatório CATE 2965 – Prestação de Contas dos Atendimentos Cirurgias Gratuidade “LGPD”

Todos documentos vistados e assinados pelo Gestor responsável do HJSC e enviados para o setor: SERMAP/CACAC – Divisão de Avaliação e Qualificação da Assistência Complementar.

15. Metodologia

1. 1ª Consulta com Cirurgião Ortopedista para avaliação;
2. Se elegíveis para Cirurgia e não tiver exames recentes = RNM;
3. Se RNM elegível para cirurgia = Exames Pré-Operatórios: Laboratoriais e ECG. Se não elegíveis = devolvidos para unidade origem;
4. Entrevista com a Assistente Social para orientações sobre o Protocolo;
5. Na data da cirurgia apresenta os Exames Pré-Operatórios: Laboratoriais e ECG, e passa com o Anestesista para Avaliação Anestésica, Realiza a cirurgia e sai com pedido de Fisioterapia no CAS;
6. Após 8 dias passa no PA para retirada de pontos e inicia a Fisioterapia Motora Hospitalar no CAS, com duração de 3 a 6 meses;
7. Retorna com o médico para avaliação e Alta. Após Alta Médica retorna para a unidade origem para seguimento;
8. Se intercorrência derivada do procedimento cirúrgico, paciente atendido no HJSC.



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 1/3

16. Status do Programa:

Procedimentos realizados no período: 01/01/2020 até 26/05/2025

Procedimentos	Código	Qt
Ácido Fólico (Rie)	28010060	1
Ácido Úrico	28010175	21
Aferição de Frequência Cardíaca	93060056	3.680
Aferição de Frequência Respiratória	93060057	3.680
Aferição de Pressão Arterial	93060031	3.680
Aferição de Saturação	93060058	3.680
Aferição de Temperatura Axilar	93060059	3.680
Anticorpos Anti - Núcleo, Ifi para	28060148	2
Anticorpos Contra Antígeno Hbc)	28060067	2
Anticorpos Contra Antígeno Hbe)	28060075	4
Anticorpos Contra Antígeno Superfície da Hepatite B (Anti - Hbs)	28060083	2
Anticorpos Hepatite C	28061659	5
Antígeno Austrália (Hbsag)	31120059	3
Antígeno e Hepatite B (HBeAg)	28060237	3
Artroscopia Cirúrgica em Joelho, Tornozelo, Cotovelo e Punho para Sutura Meniscal Dupla, Reparação,	52260054	75
Artroscopia do Joelho p Cirurgia	52130061	75
Artroscopia do Joelho p/ Diagnóstico	52130053	1
Artroscopia paara Diagnóstico - Outras Articulações	52250075	1
Avaliacao Da Composicao Corporal Por Antropometria Inclui Consulta	20101090	1
Bilirrubinas Total e Frações	28010299	1
Cálcio Ionizável	28010337	1
Cisto Sinovial - Ressecção	52180069	1
Coagul. TsTc Prova do Laço Retr. do Coag. Cont. de Plaq. Tempo de ProtrTempo de Tromb. Parc. Ativad	28040139	167
Colesterol LDL	28011511	6
Colesterol (Hdl)	28010493	6
Colesterol Total	28010507	6
Colesterol VLDL	28011520	6
Consulta ambulatorial em fisioterapia	50000144	143
Consulta de Emergencia P.A.	10073	6



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 1/3

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	301010048	685
Consulta em Consultório	10014	1.398
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	301010072	3
COVID19 IgG e IgM teste rápido	82000281	1
Creatinina	40301630	4
Creatinina Creat	28010540	166
Creatino Fosfoquinase - Fração Mb (CPK-MB)	28010566	1
Creatino Fosfoquinase (CPK)	28010558	3
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	202080080	1
Curativos	50020021	39
Desidrogenase Láctica (Ldh)	28010655	1
Diária de Enfermaria	90040001	166
Distúrbios Circulatórios Artério - Venosos e Linfáticos	25030019	17
DOSAGEM DE UREIA	202010694	1
Dosagem Peptideo C	28011686	1
Ecocardiograma Bidimensional com Mapeamento de Fluxo à Cores	20010141	4
Ecodoppler de Esforço ou Stress Farmacológico	20010150	1
Eletrocardiograma - Ecg	20010010	155
Eletrocardiograma de Alta Resolução - Determinação de Potenciais Tardios	20010265	8
Eletroforese de Proteínas	28010736	1
Exame Anátomo Patológico de Peça Radical	21010021	1
Exame Muscular	25010050	9
Fator Reumatóide, Teste do Látex para	28060504	2
Ferimentos Infectados e Mordidas de Animais (Desbridamento)	48010286	1
Ferritina	28010795	1
Ferro Sérico (Fe)	28010809	1
Fisioterapia Respiratória em Doente Clínico Internado	25040014	14
Fonte de Luz / Uso	95010024	4
Garrote Pneumático	95010026	66
Gasometria	28010965	2
Glicose	28010973	83
Hemoglobina, Dosagem de	28040422	4
Hemoglobina Glicosilada	28011023	10



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 1/3

Hemograma Com Contagem De Plaquetas Ou Fracos Eritrograma Leucograma Plaquetas	40304361	4
HEMOGRAMA COMPLETO	202020380	1
Hemograma Completo Eritrograma Leucograma Avaliação de Plaquetas	28040481	172
Hemossedimentação, Determinação da Velocidade de	28040490	20
Hepatite B - PCR	28062469	12
Hepatite B Qualitativo PCR	40314073	4
Hepatite C - Antígeno HCV (Qualitativo)	28170083	1
Hiv 1 + Hiv 2 (Determinação Conjunta)	28061691	7
Imobilização não Gessadas - Qualquer Segmento	52250105	9
Infiltração ou Punção Articular	52250067	2
Insulina (Rie)	28050355	1
Lesões Agudas Complexas do Joelho (Ligamentos + Menisco + Fratura)	52130223	2
Magnésio (Mg)	28011120	3
Meniscectomia Dupla	52130274	2
Meniscectomia Simples	52130339	2
Menisccorrafia	52130398	4
Microalbuminúria (Rie)	28130456	1
Paratormônio - Pth (Rie)	28050754	1
Pesquisa do Vírus HIV-1 por Técnica de Amplificação de DNA (PCR)	27040976	4
Potássio (K)	28011210	169
Proteína C Reativa, Determinação Quantitativa da	28060865	11
Proteína C Reativa, Pesquisa de	28060873	19
Proteínas Totais e Frações	28011244	1
PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	202020495	1
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	204060133	2
Radioscopia para Acompanhamento de Procedimento	32110022	61
Recuperação F. Pós Operatório ou Pós Imobilização Gessada de Pat. Ort. ou Traum. com Comp. Neur. M	25060171	4.000
Retirada de Pontos	93010001	82
Rm da Coluna Cervical	36010022	3
Rm da Coluna Lombo - Sacra	36010049	1
RM Joelho Unilateral	36010154	169
Rotina de Urina (Caracteres Físicos, Elementos Anormais e Sedimentoscopia) Exame de	28130367	2



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 1/3

RX Bacia	32040016	3
RX Coxa	32040059	2
RX Escanometria	32040121	1
RX Incidencia Adicional De Membro Inferior	40804135	2
RX Joelho (A.P. - Lat. - Axial)	32040075	31
RX Joelho (A.P. - Lateral)	32040067	87
RX Panorâmica de Membros Inferiores	32040156	4
RX Perna	32040083	2
RX Tórax: P. A.	32050038	78
RX Tórax: P. A. - Lat	32050054	27
RX Tornozelo	32040091	3
Sirolimus, dosagem	40321568	1
Sódio (Na)	28011279	153
Tempo de Protrombina	28040732	12
Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado	28040791	11
Teste de Glicemia Enfermagem	93010048	3680
Tireostimulante (Tsh), Hormônio (Rie)	28050703	2
Tiroxina (T- 4) (Rie)	28050711	2
Tomografia Comp. das Articulações	34010025	3
Transaminase Oxalacética (TGO)	28011368	2
Transaminase Pirúvica (TGP)	28011376	2
Transferrina	28011384	1
Tratamento Fisiátrico de Patologia Ortopédica que Afeta um Membro	25060139	4
Triglicerídios (TG)	28011392	6
Triiodotironina (T- 3) (Rie)	28050738	1
Uréia (U)	28011414	153
Urina com Contagem de Colônias, Cultura de	28100549	1
U.S. Articulações	33010048	1
U.S. Estudo de 3 ou mais Vasos com Doppler Convencional	33010234	20
U.S. Órgãos e Estruturas Superficiais	33010129	1
Vdrl, Inclusive Quantitativo Reação de	28061004	1
Visita Hospitalar Paciente Internado	20010	42
Vitamina B- 12 (Rie)	28011449	2



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 1/3

A Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz é engajada com os 17 ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável):



ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES



REDUZIR A DESIGUALDADE ATRAVÉS DA OFERTA DE SERVIÇOS à COMUNIDADE CARENTE



FORTALECER OS MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO E REVITALIZAR PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Revisão: Rose 28/05/2025



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

Plano de Trabalho 2 **Programa Odontologia:** **Atendimento Odontológico para Idosos**

1) Objetivo Geral

Promover a reabilitação bucal e consequentemente a promoção de saúde, prestando atendimento odontológico corretivo através de fornecimento de próteses odontológicas (totais e parciais removíveis) para idosos encaminhados pelo SUS – SMS, de forma gratuita.

2) Objetivos Específicos

- Contribuir para a melhoria da saúde bucal e consequentemente para a saúde geral dos idosos atendidos (melhora da mastigação, da digestão e absorção dos nutrientes, etc).
- Promover a qualidade de vida (recuperar o prazer pelo ato alimentar, do convívio familiar e social), incentivar hábitos saudáveis e benéficos para a faixa etária.
- Aumentar a autoestima, permitindo recuperar o prazer em se cuidar, se apresentar publicamente e se manifestar emocionalmente (conversar e sorrir).
- Colaborar para a inserção social (incentivando e encaminhando para atividades grupais evitando o isolamento) e econômica (com a saúde bucal restaurada muitos buscam novas colocações de trabalho / geração de renda).

3) Local de Atendimento

Rua Santa Cruz, 539 – Vila Mariana São Paulo – S.P - Centro de Ação Social do Hospital Santa Cruz.

4) Horário de Atendimento

Dias úteis, de 2ª a 6ª das 8h:00 às 17h:00.

5) Forma de acesso

Idosos encaminhados pela Regulação exames.reg.sudeste no SIGA – Agenda Regulada (1ª VEZ):
TERMO DE PARCERIA Nº 04/2020-SMS. G - VIGENTE 21/07/2025

6) Requisitos para inscrição no Programa

- Acima de 60 (sessenta) anos, podendo abrir exceção para faixa dos 50 anos, conforme solicitação da Secretaria
- Residir na região Vila Mariana, Vila Clementino, Moema, Saúde, Santa Cruz e Ipiranga
- Apresentar situação de baixa e média complexidade social (não temos condições de atender alta complexidade = ex. moradores de rua, dependentes químicos, deficientes cognitivos e mentais e etc).
- Apresentar RG, CPF, Comprovante de Residência e Cartão do SUS.
- **Estar apto clinicamente (sem raízes residuais e lesões orais) para confecção e instalação das próteses.**



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

7) VAGAS

- Disponibilização de 30 vagas por trimestre;
- Posteriormente, mediante alta dos pacientes que estão em tratamento;
- E a qualquer momento na oferta de mais vagas (a critério do HJSC).

8) METODOLOGIA

- **Vagas 1ª VEZ** = serão ofertadas no sistema SIGA – Agenda Regulada.
- **Retornos** = serão lançados no Sistema SIGA – Atendimento Reduzido e no Sistema TASY (sistema de gestão hospitalar).
- **Todos** os atendimentos serão previamente agendados. Os agendamentos ocorrerão conforme entrega dos trabalhos pelo Laboratório de Próteses (terceirizado). Com média de intervalo de quinze dias.

9) **Duração do tratamento** = 5/6 sessões para confecção + sessões p/ ajustes = em média 3 meses.

10) **Exclusão do Programa** = Serão excluídos do Programa os pacientes que faltarem à 3 consultas, subsequentes ou não, e os desistentes; e aberto nova vaga para reposição. Os pacientes excluídos (se conseguirmos contato) serão orientados a procurar a UBS – origem.

11) **Alta do atendimento** = As altas dos tratamentos realizados serão efetuadas pela Cirurgiã-Dentista que está realizando o tratamento e pela Assistente Social.

Obs: A alta finaliza o atendimento desses pacientes no CAS e os prontuários são encaminhados para o SAME.

12) Fluxo de Atendimento:

- Na 1ª vez do paciente no CAS = eles passarão pela Cirurgiã Dentista para avaliação e definição do Plano de Trabalho, pela Enfermagem para Admissão do Paciente ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HJSC) e Diabetes Mellitus (DM) e pela Assistente Social para acolhimento e identificação das demandas sociais relacionadas com os objetivos específicos deste programa;
- Nos retornos = eles passarão com a Técnica de Enfermagem para aferição dos sinais vitais e, acompanhamento e orientação, com a Cirurgiã Dentista para o tratamento e se necessário com a Assistente Social;
- Na ALTA = definida a alta do tratamento pela Cirurgiã Dentista, os pacientes deverão fazer a entrevista final com a Assistente Social para avaliação do atendimento e resolatividade.
- Obs1: No caso de alteração dos sinais vitais, o paciente será orientado quanto aos cuidados com a saúde e encaminhado para a UBS – origem e/ou hospital público mais próximo.
- Obs2: Em caso de emergência/urgência o paciente será encaminhado para a rede pública, via SAMU.



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

13) Serviços prestados:

Serviços odontológicos:

- anamnese sobre saúde geral e bucal,
- exames intra e extra oral,
- confecção e instalação de próteses totais, próteses parciais, superior e inferior, removíveis
- confecção de próteses coronárias, intra-radulares e fixas / adesivas, por elemento
- confecção placa de oclusal
- outras atividades correlatas de fundo informativo – ações coletivas (distribuição de folhetos informativos sobre saúde bucal, palestras sobre saúde bucal, etc).

Procedimentos:

CÓDIGO Sigtap	SIGTAP
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
07.01.07.008-0	PLANO INCLINADO
07.01.07.012-9	PROTESE TOTAL MANDIBULAR (inf)
07.01.07.013-7	PROTESE TOTAL MAXILAR (sup)
07.01.07.009-9	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR (inf) REMOVIVEL
07.01.07.010-2	PROTESE PARCIAL MAXILAR (sup) REMOVIVEL
03.07.04.016-0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
03.07.04.014-3	ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (ajuste)
03.07.04.015-1	AJUSTE OCLUSAL
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA
03.07.04.013-5	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA
07.01.07.014-5	PRÓTESES CORONARIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO)
07.01.07. 004-8	COROA DE AÇO E POLICARBOXILATO
07.01.07.005-6	COROA PROVISORIA
07.01.07.007-2	PLACA OCLUSAL (CONFECÇÃO)
03.07.04.001-1	COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA (AJUSTES + ORIENTAÇÕES)
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORP-MANDIBULARES
01.01.02.010-4	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL
	EXCEÇÃO: CLINICO - para não ter que devolver o paciente para o Posto



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.03.007-5	TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA ORAL
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL
	ENFERMAGEM
02.14.01.001-5	GLICEMIA CAPILAR
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
03.01.10.025-0	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA
03.01.01.038-2	ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR
02.11.03.004-0	AValiação DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATÓRIA
02.11.08.004-7	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)
	ASSISTÊNCIA SOCIAL & Eventos
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
01.01.01.001-0	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
01.01.01.002-8	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Serviços de Enfermagem ref. ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica*:

* Incorporado aos Programas de Promoção de Saúde do HJSC, esse programa tem o objetivo de detectar variações nos sinais vitais dos beneficiários, evitar riscos na realização dos procedimentos e cirurgias odontológicas e prestar orientações de medidas de intervenção, fatores de risco, prevenção e encaminhamento para tratamento.

- Antes da Consulta: Verificação do Sinais Vitais com finalidade de assegurar os Procedimentos:
 - Aferição de Frequência Cardíaca
 - Aferição de Glicemia Capilar
 - Aferição de Pressão Arterial
 - Aferição de Frequência Respiratória
 - Aferição de Saturação
 - Aferição de Temperatura Axilar
- Durante/pós a Consulta: Estabilização do Paciente, se necessário.



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

Assistência Social:

- Realizar o acolhimento e a inserção do paciente e acompanhe/familiares na linha de cuidado proposta pelo CAS e HJSC, apresentando os fluxos de atendimento e a importância da aderência aos requisitos e cronograma;
- Acompanhar as faltas e manter o monitoramento dos pacientes mais vulneráveis; com o objetivo de conscientizar sobre a importância da adesão ao tratamento e a prevenção de complicações.
- Monitorar pessoalmente ou via telefone, os casos de maior vulnerabilidade. Se necessário, encaminhá-los para a rede de proteção social para que o paciente possa ter acesso aos serviços de suas necessidades básicas, acesso aos direitos e equipamentos públicos.
- Proporcionar um ambiente de acolhimento e suporte aos pacientes e familiares, minimizando as dificuldades emocionais e sociais decorrentes da situação de saúde, visando o bem-estar e qualidade de vida.
- Garantir que os pacientes e seus familiares tenham acesso a direitos sociais, além de oferecer suporte e orientação em diversas áreas, encaminhamento para outros serviços de apoio emocional e social, considerando os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença.

14) Profissionais:

- **Profissionais (CLT):** 1 Supervisora, 1 Assistente Social, 1 Técnica de Enfermagem, e 1 Auxiliar de Saúde Bucal, um Auxiliar Administrativo e um Líder de Recepção e 1 Analista Administrativa.
- **Profissionais (terceiros):** 4 Cirurgiões-Dentistas especializados (sendo: 1 Responsável Técnico), 1 Farmacêutico (HJSC), Palestrantes, Laboratório de Próteses.
- Todos os profissionais envolvidos são altamente qualificados e experientes para prestar atendimento de qualidade.

15) Instrumentais de registro dos atendimentos:

Sistema de Informatizado SIGA – Agenda Regulada e Atendimento Reduzido Local e Sistema de Gestão Hospitalar – TASY; eletrônico e físico, Ficha de Atendimento com assinatura do paciente e dos profissionais envolvidos, Relatório de Monitoramento das Faltas.

16) Instrumentais técnicos:

Prontuário de Atendimento Odontológico (Ficha de Anamnese da Odonto, Prescrição e Evolução Odonto), Prontuário de Atendimento de Enfermagem (Evolução de Enfermagem), Prontuário de Atendimento Farmacêutico (Evolução do Farmacêutico), Prontuário Social (Ficha de Entrevista, Evolução da Assistente Social, Folha de Encaminhamento para outros serviços e Planilha de Monitoramento dos Indicadores Sociais), eletrônico e físico.

Os documentos oriundos da Assistência Social ficam arquivados no setor. Os demais documentos ficam arquivados no Prontuário Médico do Paciente (arquivado no CAS durante o tratamento e no SAME após a alta). Relatórios de Atendimentos efetuados.



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

17) Instrumentais administrativos:

Controle de agendamento, avaliação de serviço prestado para o usuário preencher, relatórios de atendimento, controle dos custos, faturamento dos atendimentos, contabilização, etc.

18) Faturamento:

Todos os atendimentos e suas despesas serão “faturadas em modo gratuidade” (no TASY) com preço de custo (Nota Fiscal de MAT/MED sem margem, Tabela CFO vigente – procedimentos odontológicos, Nota Fiscal de terceiros (Cirurgiões Dentistas e Laboratório(s) de próteses), Tabela de Diárias e Taxas básica do HJSC. Cabendo ao HJSC a absorção total dos custos.

19) Prestação de Contas:

Conforme orientação da Secretaria, enviado até o quinto dia útil do mês seguinte, por e-mail, contendo:

- Ofício de Encaminhamento
- Relatório CATE 2477 - Resumo dos Procedimentos Realizados em Odontologia – Gratuidade
- Relatório CATE 2964 – Prestação de Contas dos Atendimentos em Odontologia Prótese Total “LGPD”

Todos documentos vistados e assinados pelo Gestor responsável do HJSC e enviados para o setor: SERMAP/CACAC – Divisão de Avaliação e Qualificação da Assistência Complementar.

20) Sistema de avaliação e monitoramento da qualidade do programa

No último atendimento, a Assistente Social solicita a avaliação dos serviços para o usuário.

Os idosos respondem a questionário previamente elaborado, baseados nos seguintes serviços:

- Atendimento da Recepção
- Atendimento da Equipe de Dentistas
- Atendimento de Enfermagem
- Atendimento de Assistência Social
- Instalações
- Resolutividade

21) Justificativa do Programa

- Como instituição beneficente e filantrópica, ter um programa contínuo de promoção de saúde para a comunidade
- Aceitação e ótima avaliação do Programa pela Comunidade
- Alta Demanda
- Fortalecer o vínculo com a SMS/SUS, contribuindo para a diminuição de filas e custos com os usuários.

22) Status do Programa

- 1ª Turma Set/2019
- Turma atual: 21ª = Início Abril/25
- TOTAL GERAL DE PRÓTESES FORNECIDAS = 1.208
- TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS ATÉ 30/04/2025 = 636



SANTA CRUZ
HOSPITAL JAPONÊS

ANEXO 2/3

A Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz é engajada com os 17 ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável):



ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES



REDUZIR A DESIGUALDADE ATRAVÉS DA OFERTA DE SERVIÇOS à COMUNIDADE CARENTE



FORTALECER OS MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO E REVITALIZAR PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Revisão: Rose 06/06/2025

Plano de Trabalho 3
Programa Odontologia:

Assistência Odontológica para Pacientes do TMO – SUS

1) Objetivo Geral

Compor as diretrizes dos cuidados básicos estabelecidos no Protocolo de Transplante de Medula Óssea – TMO, realizado pelo Hospital Japonês Santa Cruz para o Sistema Único de Saúde - SUS.

2) Objetivos Específicos

- Oferecer ao paciente TMO-SUS, avaliação e condicionamento odontológico, de forma especializada.
- Integrar a equipe multidisciplinar do HJSC, desde o início do processo de TMO - SUS.

3) Introdução

A Odontologia e o TMO:

“O estado de saúde bucal do paciente submetido ao transplante de medula óssea (TMO) tem sido considerado nos últimos anos como um fator que interfere diretamente no grau de morbidade durante o tratamento. Os fatores de risco de origem na cavidade bucal com potencial de gerar complicações durante a terapia mieloablativa ainda não estão suficientemente esclarecidos. É sabido, contudo, que os efeitos da quimioterapia e radioterapia sobre a mucosa oral e os tecidos dentais podem causar intenso desconforto ao paciente, interferindo em seu estado sistêmico, principalmente nutricional, aumentando o risco de infecções.”

Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

Ana C. Luiz¹; Fernanda P. Eduardo¹; Letícia M. Bezinelli¹; Luciana Correa^{II}

4) Envolvidos

- CAS - Atendimento Odontológico. Realizado por odontólogos especializados em procedimentos de Odontologia Hospitalar, Buco-maxilo Facial e OPNE da equipe da TETRIS DENTISTAS ASSOCIADOS LTDA (Iniciamos com a implantação da odontologia do CAS, desde o planejamento inicial do público alvo a ser atendido; instalação, aquisição e reforma do ambulatório; confecção dos protocolos técnicos; elaboração dos materiais dentários, medicamentos e ferramentais específicos utilizados neste tipo de atendimento; tipos de procedimentos que realizamos; inserção nos protocolos eletrônicos, seleção dos profissionais que atuam; fluxo da equipe, entre outros. Até o presente momento, não temos nenhuma ocorrência adversa que desabone a nossa atuação dentro das dependências do HJSC)
- Serviço Social
- TMO – Encaminhados pelo SUS

Anexo 3/3

5) Procedimentos

A Assistência Odontológica para o Paciente TMO-SUS, devem ocorrer em quatro fases:

1. Avaliação Odontológica nos pacientes elegíveis para o TMO-SUS;
2. Assistência Odontológica Pré TMO (antes da internação, realizada nas dependências do CAS), seguindo o protocolo estabelecido em conjunto com as equipes envolvidas no TMO;
3. Monitoramento Odontológico (durante a internação) – Odontólogos especializados em atendimentos em leito e UTI (TETRIS DENTISTAS ASSOCIADOS LTDA);
4. Acompanhamento Odontológico (período após alta internação – APLASIA MEDULAR e antes da Alta do TMO pelo HJSC) - no CAS.

5.1) Avaliação Odontológica

Consiste em **avaliar e diagnosticar** as possíveis lesões e focos orais, inflamatórios e infecciosos, que possam ocasionar num agravante e/ou provocar o insucesso do TMO e/ou outras complicações, potencializando o risco à saúde do paciente e o sucesso do transplante.

5.2) Assistência Odontológica Pré-TMO (antes da Internação) - realizada no CAS

Consiste em **tratar e/ou estabilizar** possíveis lesões e focos orais, inflamatórios e infecciosos, que possam ocasionar num agravante e/ou provocar o insucesso do TMO e/ou outras complicações, potencializando o risco à saúde do paciente e o sucesso do transplante.

A Avaliação Preparatória tem a finalidade de identificar, diagnosticar, tratar ou estabilizar:

- Focos inflamatórios, infecciosos e seus agentes fúngicos, protozoários, virais e/ou bacterianas
- Doença Cáries
- Gengivites
- Doença Periodontal
- Mucosite Oral (OM) e outras lesões de mucosa (laserterapia)
- Biópsias
- Outros

O Tratamento dispensado ao paciente neste momento tem finalidade técnica curativa ou de condicionamento bucal, que é descrito no protocolo técnico do CAS. Deve haver uma comunicação e perfeita sincronia com o que será realizado com o corpo médico envolvido no TMO, antes do início dos procedimentos odontológicos.

A Cirurgiã Dentista que finalizar os procedimentos Pré-TMO, efetuará a avaliação final e a liberação para o corpo médico e multiprofissional dar seguimento com o Protocolo TMO.

Anexo 3/3

5.3) Monitoramento Odontológico durante o TMO (a partir do d zero, no leito)

Durante o **TMO**, a equipe assistencialista deve orientar e/ou providenciar a higienização adequada e os cuidados com a saúde bucal do paciente (conforme prescritos pelo C. Dentista) possibilitando diagnosticar precocemente lesões orais e/ou infecções. É fundamental que o paciente nesse período esteja com a saúde bucal estabilizada e sadia. Se detectado alguma lesão, a equipe deve acionar o C.Dentista da TETRIS para conduta e cuidado.

Não está indicado nenhum procedimento nesta fase imediata.

A **Assistência Odontológica durante a Internação** tem a finalidade de:

- Monitorar, orientar e esclarecer os pacientes dos eventuais acometimentos da saúde oral e geral e/ou cuidar das possíveis enfermidades bucais que podem aparecer pela terapêutica do TMO;
- Colaborar com a equipe multidisciplinar e as ações do protocolo de TMO.

5.4) Acompanhamento pós Alta da Internação (e antes da alta do TMO) - realizado no CAS

Na ALTA hospitalar o Médico responsável deve emitir um novo Relatório Médico de Encaminhamento para o CAS, relatando o Diagnóstico, Tipo de Procedimento realizado, o estado geral de saúde, indicação/queixa clínica se houver, e liberação para acompanhamento e tratamento (se possível); e orientar o paciente a agendar a Consulta Odontológica pelo telefone 5080-2127.

O Acompanhamento do paciente TMO-SUS, Pós Transplante e Alta Hospitalar, será realizado pela Cirurgiã Dentista do CAS, em sessões agendadas e programadas conforme o Plano Terapêutico Estabelecido.

Após a ALTA do TMO-SUS-HJSC, encerra-se os atendimentos para esses pacientes.

É importante que a CD do CAS e o Médico responsável pelo tratamento oncológico, na ALTA do TMO-SUS-HJSC, emitam Relatório de Encaminhamento para o Posto de Saúde, relatando o Diagnóstico, Tipo de Procedimento, o estado geral de saúde, indicação/queixa clínica se houver, e liberação para acompanhamento e tratamentos.

6) Operacionalização

6.1) Avaliação Odontológica do Paciente TMO SUS

As Agendas 1ª vez do Pacientes TMO-SUS/CD CAS devem estar sincronizadas, de forma que a Avaliação odontológica seja realizada em sequência à Avaliação Médica. Se paciente elegível para o TMO, ele já passa com o C. Dentista para avaliação.

6.2) Assistência Odontológica Pré - TMO (Antes da Internação) - realizada no CAS

A **Assistência Odontológica Pré TMO** é realizada no CAS, na fase preparatória ambulatorial do Protocolo TMO e antes do início do tratamento quimioterápico/radioterápico, e fará parte do contexto multiprofissional do atendimento.

Ao admitir o paciente para o Protocolo TMO-SUS, e identificado na Avaliação do C. Dentista, lesões e focos orais que precisam ser tratadas no CAS, o Médico Responsável deverá emitir um Relatório de Encaminhamento para o CAS, liberando o paciente para o Tratamento, e informando possíveis

Anexo 3/3

restrições e cuidados a serem considerados e o prazo para execução do tratamento conforme Cronograma TMO-SUS e orientar o paciente a agendar o atendimento no CAS pelo telefone 5080-2127.

A Cirurgiã Dentista do CAS, fará a Anamnese do Paciente conforme Rotina e Protocolo específico, a definição do Plano Terapêutico e a programação de acordo com o prazo para execução estabelecido pelo Médico Responsável. Na Alta ou na impossibilidade de prosseguir, deverá emitir o Relatório de Atendimento. O Relatório de Atendimento deverá conter o Diagnóstico Odontológico, Tratamento realizado e/ou impeditivos e observações/recomendações importantes para subsidiar a equipe na internação do paciente.

Na admissão do paciente, a Assistente Social do CAS irá realizar a Entrevista Social de Admissão, acompanhamento e alta. Se identificado alguma demanda seguirá conforme rotina estabelecida e o seguimento, durante a internação, será realizado pelo Serviço Social do HJSC. Toda assistência social será realizada, em comunhão de setores, até a alta final do TMO.

Todos os processos de atendimento no CAS seguirão rotinas padrão.

6.3) Monitoramento e Acompanhamento Odontológico (durante a internação) - realizada no leito TMO e/o UTI

O monitoramento e acompanhamento da saúde bucal do paciente durante a internação será realizado pela equipe multi assistencial e pela Odontologia Hospitalar do HJSC -TETRIS DENTISTAS ASSOCIADOS Ltda, não havendo nenhum tipo de envolvimento da C Dentista do CAS.

6.4) Acompanhamento Pós Alta da Internação (e antes da Alta do TMO) - realizado no CAS

Após a alta hospitalar e até que ocorra a alta do Protocolo TMO-SUS, o paciente poderá agendar consultas de acompanhamento e condicionamento das lesões bucais, conforme liberação médica.

6.5) Atendimento Odontológico Pós TMO: Seguimento do Paciente no Posto de Saúde

Após a Alta do Protocolo TMO-SUS, a Cirurgiã Dentista do CAS emitirá um Relatório Médico de Encaminhamento ao Posto de Saúde para dar continuidade após a conclusão total do tratamento oncológico; relatando o tratamento realizado e os que precisam ser realizados.

7) Requisitos para inscrição no Programa no CAS

- Encaminhamento do Médico Responsável dos Pacientes elegíveis para o TMO - SUS que realização o transplante no HJSC.
- Apresentação dos Documentos Pessoais, inclusive Cartão SUS.
- Consentimento na Documentação do CAS para atendimento.
- Adesão às regras e rotinas de atendimento do CAS.

8) Critérios de Exclusão

- Falta de Relatório Médico encaminhando e liberando o paciente para tratamento odontológico.
- Descontrole das doenças crônicas (em definitivo).

Anexo 3/3

- Doenças Mentais, Psíquicas e/ou Deficiências Físicas que impeçam a realização dos procedimentos pela Cirurgiã Dentista.
- Recusa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Faltas ou impossibilidade de presença que impeçam o tratamento dentro do cronograma TMO-SUS.
- Faltas e/ou não comprometimento com o Programa proposto pela C. Dentista.
- Recusa e/ou discordância do tratamento proposto pela profissional Cirurgiã Dentista, incluindo os materiais fornecidos.
- Descumprimento das regras operacionais do CAS.
- Desrespeito e/ou agressão física e verbal aos profissionais e/ou instalações do Centro e/ou demais frequentadores.
- Portadores de armas de fogo e armas brancas.

9) Serviços Prestados:

9.1) Serviços odontológicos CAS:

- anamnese sobre saúde geral e bucal, com base no Protocolo Odontológico específico para TMO,
- exames intra e extra oral, inclusive de imagens;
- tratamentos endodônticos em dentes vivos e em condições de ficar em espera do tratamento endodôntico(condicionamento de demora), exceto necroses pulpares (exodontia);
- exodontias, biópsias, drenagem de abscessos e avaliação de extração intencional;
- tratamentos periodontais (condicionamento e controle da inflamação), drenagem de abscessos e gengivectomias;
- dentística restauradora (condicionamento), iniciar e finalizar um tratamento restaurador, se possível;
- orientação de cuidados e prevenção, orientações alimentares; alimentos com restrições, cuidados com a infecção bucal por agentes externos, etc.

9.2) Serviços Odontológicos no TMO- Internação:

- tratar e acompanhar a mucosite e focos infecciosos;
- orientar a equipe multi assistencial para prevenção e tratamento da mucosite e focos infecciosos.

9.3) Serviços de Enfermagem CAS ref. ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica*:

* Incorporado aos Programas de Promoção de Saúde do HJSC, esse programa tem o objetivo de detectar variações nos sinais vitais dos beneficiários, evitar riscos na realização dos procedimentos e cirurgias odontológicas e prestar orientações de medidas de intervenção, fatores de risco, prevenção e encaminhamento para tratamento.

- Antes da Consulta: Verificação do Sinais Vitais com finalidade de assegurar os Procedimentos:
 - Aferição de Frequência Cardíaca
 - Aferição de Glicemia Capilar
 - Aferição de Pressão Arterial
 - Aferição de Frequência Respiratória
 - Aferição de Saturação
 - Aferição de Temperatura Axilar
- Durante/pós a Consulta: Estabilização do Paciente, se necessário.

Anexo 3/3

9.4) Assistência Social CAS e HJSC:

- Realizar o acolhimento e a inserção do paciente e acompanhe/familiares na linha de cuidado proposta pelo CAS e HJSC, apresentando os fluxos de atendimento e a importância da aderência aos requisitos e cronograma;
- Acompanhar as faltas e manter o monitoramento dos pacientes mais vulneráveis; com o objetivo de conscientizar sobre a importância da adesão ao tratamento e a prevenção de complicações.
- Monitorar pessoalmente ou via telefone, os casos de maior vulnerabilidade. Se necessário, encaminhá-los para a rede de proteção social para que o paciente possa ter acesso aos serviços de suas necessidades básicas, acesso aos direitos e equipamentos públicos.
- Proporcionar um ambiente de acolhimento e suporte aos pacientes e familiares, minimizando as dificuldades emocionais e sociais decorrentes da situação de saúde, visando o bem-estar e qualidade de vida.
- Garantir que os pacientes e seus familiares tenham acesso a direitos sociais, além de oferecer suporte e orientação em diversas áreas, encaminhamento para outros serviços de apoio emocional e social, considerando os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença.

9.5) Procedimentos Realizados:

CÓDIGO Sigtap	SIGTAP
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL (1ª Consulta = 6 radiografias, Retornos = conforme a necessidade) - A.C. Dentista lança na Prescrição
03.07.04.015-1	AJUSTE OCLUSAL
01.01.02.005-8	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)
01.01.02.006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR
07.01.07.005-6	COROA PROVISÓRIA
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTÁRIA
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO
03.03.01.013-4	TRATAMENTO DE INFECÇÕES VIRAIS CARACTERIZADAS POR LESÕES DE PELE E MUCOSAS (B00 A B09)
03.03.01.013-4	TRATAMENTO DE INFECÇÕES VIRAIS CARACTERIZADAS POR LESÕES DE PELE E MUCOSAS (B00 A B09)
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
03.07.03.007-5	TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA ORAL
04.14.02.015-4	GINGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO / RADICLECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
01.01.02.010-4	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA

Anexo 3/3

03.07.04.013-5	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
03.07.02.004-5	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
03.07.02.006-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)
04.14.02.038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.03.006-7	TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE AGUDA (GUNA)
	ENFERMAGEM
02.14.01.001-5	GLICEMIA CAPILAR
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
03.01.10.025-0	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA
03.01.01.038-2	ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR
02.11.03.004-0	AValiação DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATÓRIA
02.11.08.004-7	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)
	ASSISTÊNCIA SOCIAL
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Obs: o corpo clínico pode incorporar novos procedimentos conforme a demanda dos pacientes.

10) Dos Recursos Envolvidos:

Recursos Humanos: Todos os profissionais envolvidos são especializados, altamente qualificados e experientes para prestar atendimento de qualidade. **Compõe a Equipe:**

- **Profissionais (CLT):** 1 Supervisora, 1 Analista Administrativa, 1 Assistente Social, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal e 2 Assistentes de Atendimento.
- **Profissionais (autônomos):** 5 Cirurgiões-Dentistas.

Infraestrutura: 2 Consultórios Odontológicos, 1 Consultório Multiprofissional, 1 Escritório exclusivo para Odonto, 1 Sala de Enfermagem, 1 Sala de Recuperação, Expurgo, Recepção, Sala de Espera e Sanitários.

Instrumentais de registro dos atendimentos: Sistema de Gestão Hospitalar – Tasy, eletrônico e físico, Ficha de Atendimento com assinatura do paciente e dos profissionais envolvidos, Temos de Consentimentos, Relatório de Atendimentos efetuados, Relatório de Monitoramento das Faltas.



Anexo 3/3

Instrumentais técnicos: Prontuário de Atendimento Odontológico (Ficha de Anamnese da Odonto, Prescrição e Evolução Odonto), Prontuário de Atendimento de Enfermagem (Evolução de Enfermagem), Prontuário Social (Ficha de Entrevista, Evolução da Assistente Social, Formulário de Encaminhamento para outros serviços, Planilha de Monitoramento dos Indicadores Sociais e Plano de Desenvolvimento do Usuário), eletrônico e físico.

Instrumentais administrativos: controle de agendamento, avaliação de serviço prestado para o usuário preencher, relatórios de atendimento, controle dos custos, faturamento dos atendimentos, contabilização, etc.

11) Sistema de avaliação e monitoramento da qualidade do programa:

No último atendimento do Tratamento/Alta, a Assistente Social solicita a avaliação dos serviços para o usuário.

Os pacientes respondem a um questionário previamente elaborado, baseados nos seguintes serviços:

- Atendimento da Recepção
- Atendimento da Equipe de C.Dentistas
- Atendimento de Enfermagem
- Atendimento de Assistência Social
- Instalações
- Resolutividade

Todas as avaliações são analisadas pela Supervisão do Programa que se necessário intervem com ações de melhoria.

12) Justificativa do Programa

Compor a Linha de Cuidados do TMO-SUS suprimindo a dificuldade de conciliar a Assistência Odontológica no Posto de Saúde com o planejamento/cronograma do Protocolo HJSC.

13) Faturamento

Todos os atendimentos e suas despesas serão “faturadas em modo gratuidade” (no TASY) com preço de custo (Nota Fiscal de MAT/MED sem margem, Tabela CFO vigente – procedimentos odontológicos/SIGTAP, Nota Fiscal de terceiros (Cirurgiões Dentistas e Laboratório(s) de próteses), Tabela de Diárias e Taxas básica do HJSC. Cabendo ao HJSC a absorção total dos custos.

14) Local de Atendimento

- Procedimentos TMO: Hospital Japonês Santa Cruz, 398 - Vila Mariana - São Paulo
- Atendimento Odontológico - TMO: Rua Santa Cruz, 539 - Vila Mariana - São Paulo no Centro de Ação Social Santa Cruz do Hospital Japonês Santa Cruz. Horário de Atendimento: Segunda feira a Sexta feira das 08:00 às 17:00 horas.

Anexo 3/3

15) Status do Programa:

Implantação = Março 2021

Procedimentos Realizados no CAS de Jan/2019 até Nov/2023

Código	Procedimentos	Qt
93060056	Aferição de Frequencia Cardiaca	21
93060057	Aferição de Frequência Respiratória	21
93060031	Afericao de Pressao Arterial	21
93060058	Aferição de Saturação	21
93060059	Aferição de Temperatura Axilar	21
94010123	Ajuste oclusal por desgaste seletivo (por sessao)	4
10980047	Capeamento Pulpar (excluindo restaur. final) Odontologicos	2
94010129	Conserto em protese total / parcial	1
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	15
10980052	Controle de Placa Bacteriana (por sessão) Odontológicos	2
10980054	Exodontia (por elemento) Odontológicos	2
94010072	Fotografia - unidade	5
94010117	Odonto-seccao - por elemento	1
10980019	Orientação de Higiene Bucal (Odontológicos)	1
94010078	Orientação de higiene oral	8
10980018	Profilaxia: Polimento Coronário (quatro hemiarçadas) (Odontológicos)	7
32010214	Radiografia Peri - Apical	22
10980030	Restauração de Ionômero de Vidro (face) Odontológicos	8
10980031	Restauração Preventiva (ionômero + selante) Odontológicos	4
94010089	Restauração temporária em dentística	7
93010048	Teste de Glicemia Enfermagem	21
94010104	Tratamento não cirúrgico periodontal leve (p/ segmento) - baixo risco	2
		217

16) Prestação de Contas

Conforme orientação da Secretaria, enviado até o quinto dia útil do mês seguinte, por e-mail, contendo:

- ✓ Ofício de Encaminhamento
- ✓ Relatório CATE xxxx - Resumo dos Procedimentos Realizados em Odontologia TMO SUS – Gratuidade
- ✓ Relatório CATE xxxx – Prestação de Contas dos Atendimentos em Odontologia TMO SUS “ LGPD”

Todos documentos vistados e assinados pelo Gestor responsável do HJSC e enviados para o setor: SERMAP/CACAC – Divisão de Avaliação e Qualificação da Assistência Complementar.



Anexo 3/3

A Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz é engajada com os 17 ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável):



ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES



REDUZIR A DESIGUALDADE ATRAVÉS DA OFERTA DE SERVIÇOS à COMUNIDADE CARENTE



FORTALECER OS MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO E REVITALIZAR PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Revisão: Rose 27/06/2025