



RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Em atendimento ao Artigo 105, inciso IV¹ das Instruções nº 02/16 do Egrégio Tribunal de Contas a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS vem por meio de este Relatório apresentar ao Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente – DRS – XI a prestação de contas referente ao repasse concedido pela Secretaria de Estado da Saúde.

Data	25/02/2026
Processo	SES-PRC-2024-00633-DM
Interessado	SANTA CASA DE MISERICORDIA PADRE JOAO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS
CNPJ	52.268.596/0001-09,
Convênio	001491/2024
Valor:	R\$ 200.000,00
Data Assinatura:	26/09/2024
Vigência:	31/12/2025
UGE Pagadora	090196

Relatório Referente às Metas Pactuadas e os Resultados Alcançados no Exercício de 2025.

I- LOCALIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E FINALIDADE.

O Hospital de Caridade de Martinópolis hoje Santa Casa de Misericórdia, que funciona à Rua José Henrique de Mello, 236, foi fundada em 14 de outubro de 1945, numa idealização do padre João Schneider. O objetivo era atender as pessoas pobres do município. Até então, em Martinópolis só existiam consultórios médicos, sendo que alguns deles realizavam cirurgias de pequeno porte. Se o paciente necessitasse de internação hospitalar, era levado para Presidente Prudente.

¹ Art. 105. Para fins de fiscalização (...)

IV – relatório anual do conveniado das atividades desenvolvidas com recursos próprios e as verbas públicas repassadas por fontes de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados.



II- OBJETO DO CONVÊNIO

A – Identificação do Objeto

Custeio - Prestação de serviço

B – Objetivo

Melhorar a rede de assistência da porta de entrada e a rede Hospitalar do SUS, adquirir materiais de consumo: produtos de lavanderia, produtos de limpeza, materiais de enfermagem, medicamentos e contratação de empresa médica para prestação de serviços no pronto socorro da Santa Casa por 30 dias, visando manter as metas previstas com gestor municipal.

III- Metas

a) Qualitativas

META PROPOSTA	RESULTADO ALCANÇADO
Implantar em 120 dias a partir do primeiro dia do mês subsequente ao recebimento do recurso, a Alta Responsável com agendamento na contra referência e orientações aos pacientes pós Cirúrgicos com Alta Hospitalar.	O serviço implantou o serviço de Alta Hospitalar oficialmente na data de 03 de março do ano de 2026, havendo um sensível atraso devido a necessidade de ajustes técnicos na composição de Recursos Humanos, equipe de gestão e equipe assistencial. Segue em anexo Protocolo, formulários e Ata de Implantação do Serviço de Alta Hospitalar.



b) Quantitativas

META PROPOSTA	RESULTADO ALCANÇADO																																
Realizar 100% dos procedimentos ambulatoriais/SUS/ano (Subgrupo 0211-Métodos diagnósticos em especialidades 1.032/ano), conveniada com Gestor Municipal, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao recebimento do recurso, por 12 meses.	A Santa Casa possui conveniada com Gestor Municipal, 1.032/ano, resultando em 86 procedimentos/mês procedimentos de diagnósticos em especialidades, e, executou o quantitativo conforme relatório abaixo, referente aos meses de Novembro/2024 à Novembro/2025: <table><tr><td>TOTAL</td><td>2.938</td></tr><tr><td>2024</td><td>327</td></tr><tr><td>Novembro/2024</td><td>152</td></tr><tr><td>Dezembro/2024</td><td>175</td></tr><tr><td>2025</td><td>2.611</td></tr><tr><td>Janeiro/2025</td><td>201</td></tr><tr><td>Fevereiro/2025</td><td>189</td></tr><tr><td>Março/2025</td><td>160</td></tr><tr><td>Abril/2025</td><td>131</td></tr><tr><td>Maió/2025</td><td>182</td></tr><tr><td>Junho/2025</td><td>192</td></tr><tr><td>Julho/2025</td><td>184</td></tr><tr><td>Agosto/2025</td><td>165</td></tr><tr><td>Setembro/2025</td><td>144</td></tr><tr><td>Outubro/2025</td><td>771</td></tr><tr><td>Novembro/2025</td><td>292</td></tr></table> Uma média mensal de 233 procedimentos ao mês.	TOTAL	2.938	2024	327	Novembro/2024	152	Dezembro/2024	175	2025	2.611	Janeiro/2025	201	Fevereiro/2025	189	Março/2025	160	Abril/2025	131	Maió/2025	182	Junho/2025	192	Julho/2025	184	Agosto/2025	165	Setembro/2025	144	Outubro/2025	771	Novembro/2025	292
TOTAL	2.938																																
2024	327																																
Novembro/2024	152																																
Dezembro/2024	175																																
2025	2.611																																
Janeiro/2025	201																																
Fevereiro/2025	189																																
Março/2025	160																																
Abril/2025	131																																
Maió/2025	182																																
Junho/2025	192																																
Julho/2025	184																																
Agosto/2025	165																																
Setembro/2025	144																																
Outubro/2025	771																																
Novembro/2025	292																																


JOSÉ JAILSON DOS PASSOS
PROVEDOR


ELIDAMAR BATISTA CAMARA
GERENTE ADM.



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE
MARTINÓPOLIS**

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP
19500-000 FONE: (18) 3275-1000

NA

DATA DE 03 DE MARÇO DE 2026, REUNIRAM-SE, ADMINISTRAÇÃO DA SANTA CASA DE MARTINÓPOLIS E COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MARTINÓPOLIS, JUNTAMENTE COM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROFISISONAIS DE ENFERMAGEM DA SANTA CASA DE MARTINÓPOLIS, PARA DISCUSSÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE ALTA RESPONSÁVEL/QUALIFICADA.

A ALTA HOSPITALAR TEM COMO DEFINIÇÃO CONSTRUIR UM PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DE CUIDADOS DO PACIENTE, DE MANEIRA ARTICULADA ENTRE OS PROFISSIONAIS DO ÂMBITO HOSPITALAR, UNIDADES DA BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS). A ALTA QUALIFICADA CONSISTE EM UM PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA:

- 1- TRANSFERÊNCIA E PLANEJAMENTO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO, ATRAVÉS DE ORIENTAÇÕES AOS USUÁRIOS E FAMILIARES/CUIDADORES, PROPORCIONANDO AUTONOMIA PARA O AUTOCUIDADO;
- 2- ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS SETORES DAS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE, COM FOCO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE;
- 3- IMPLANTAÇÃO DA REDUÇÃO DO TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO, VISANDO À CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE
MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 - CEP
19500-000 FONE: (18) 3275-1000

OBJETIVO: REDUÇÃO DA DEMANDA HOSPITALAR, REDUÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO. HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO VISANDO À AUTONOMIA DOS INDIVÍDUOS, ADOTANDO MEDIDAS DE EQUIDADE, ACOLHIMENTO E INTEGRALIDADE EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENDIMENTO DA ASSISTÊNCIA. E AINDA ADOTAR MEDIDAS DE CUIDADO POR MEIO DE PRÁTICAS CLÍNICAS BASEADO NAS NECESSIDADES DO USUÁRIO, REDUZINDO A FRAGMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E VALORIZANDO O TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. **RESPONSABILIDADE:** EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (MÉDICO, ENFERMEIRO, ASSISTENTE SOCIAL, PSICÓLOGA, NUTRICIONISTA, FARMACÊUTICA, FISIOTERAPEUTA).

UNIDADE	NOME	ASSINATURA
CAPS AD II	Ricardo da Silva Passo	
CAPS ad II	Regina Angeloni	
Santa Casa	Marcia Rossi B. Periato	
CAPS I	Erica Cláudia Ceguer	
CAPS I	Estela Sant Ana Sachano	
ESF Vila Encócia	Alexandra morishita	
UBS Martinópolis	Luciana Ap. Soares	
ESF Eramiranda	Nasira D. Acovimian	
Secretaria Municipal de Saúde	Thaís de Almeida Santor	
ESF Latores Imigrantes	Benedito Agenio B. de la	
ESF. Gravelha	Que Cristina Pinis Alw	
ESF Nides Nogueira	Deborah Cristina J. Saung	
ESF Brochodo	Luís Carlos de Lencastre	
ESF Dr. Rubens	Silvane S. Santos do Jêdo	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE
MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 - CEP

19500-000 FONE: (18) 3275-1000

E.S.F. Jardim Paulista	amanda fagundes	af.
Dono casa	Elisângela Medeiros	Elisângela Medeiros
Sendo casa	Lenis sp. Moura	af.
Panta casa	Maria Lohr Blum	af.

MARTINÓPOLIS, 03 DE MARÇO DE 2026.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP 19500-000 FONE: (18) 3275-1000

MARTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ALTA RESPONSÁVEL/QUALIFICADA	Edição 01/01
	Data Emissão: 08/01/2026
	Prox. Revisão: 08/2027
	Pag. 01/05
	Elaborado por: Maria Roseli Bovolenta Previato. CPF 065428068-14
	Revisado por: Elidamar Batista Camara – CPF: 045.362.778-11

DEFINIÇÃO: A alta hospitalar tem como definição construir um processo de ampliação de cuidados do paciente, de maneira articulada entre os profissionais do âmbito hospitalar, unidades da Básicas de Saúde (UBS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A alta qualificada consiste em um processo de definição da:

- 1- Transferência e planejamento da continuidade do cuidado, através de orientações aos usuários e familiares/cuidadores, proporcionando autonomia para o autocuidado;
- 2- Articulação com os demais setores das Redes de Atenção em Saúde, com foco nas Unidades Básicas de Saúde;
- 3- Implantação da redução do tempo de hospitalização, visando à continuidade do tratamento em domicílio.

OBJETIVO: Redução da demanda hospitalar, redução do período de internação. Humanização no atendimento visando à autonomia dos indivíduos, adotando medidas de equidade, acolhimento e integralidade em todos os níveis de atendimento da assistência. E ainda adotar medidas de cuidado por meio de práticas clínicas baseado nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho da equipe multidisciplinar.

RESPONSABILIDADE: Equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, psicóloga, nutricionista, farmacêutica, fisioterapeuta)

LOCAL DE APLICAÇÃO: Âmbito hospitalar.

MATERIAL UTILIZADO: Impresso específico para preenchimento da alta.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ALTA RESPONSÁVEL/QUALIFICADA	Edição 01/01
	Data Emissão: 08/01/2026
	Prox. Revisão: 08/2027
	Pag. 01/05
	Elaborado por: Maria Roseli Bovolenta Previato. CPF 065428068-14
	Revisado por: Elidamar Batista Camara – CPF: 045.362.778-11

MÉTODO:

1. No momento da admissão será realizado um planejamento da alta hospitalar;
2. O médico irá passar nas enfermarias para dar alta aos pacientes;
3. Compete ao médico preencher a orientação de alta médica ou receituário, assinar e entregar as vias impressas ao profissional da equipe (enfermeiro responsável da unidade);
4. O médico vai até o paciente entrega o receituário (quando houver), dando as orientações necessárias e informando que o paciente só estará liberado após o enfermeiro entregar o impresso de alta (alta médica e alta qualificada);
5. Compete ao enfermeiro, comunicar à equipe multidisciplinar sobre a alta;
6. Compete a cada profissional, a realização de suas orientações e o preenchimento do impresso (Orientações de alta qualificada – equipe multidisciplinar – em anexo). Fornecendo relatório adequado de forma que possa garantir a continuidade do cuidado pela equipe da Atenção Básica;
7. O impresso de orientação de alta qualificada terá os seguintes descritivos:
 - Nome do paciente;
 - Data de nascimento;
 - Idade;
 - Número do prontuário;
 - Telefone de contato;
 - Endereço completo (Rua/Avenida, número, lote, bairro, município, estado e CEP);
 - Motivo do atendimento pelo qual estava internado;
 - Data de admissão;
 - Data de alta;



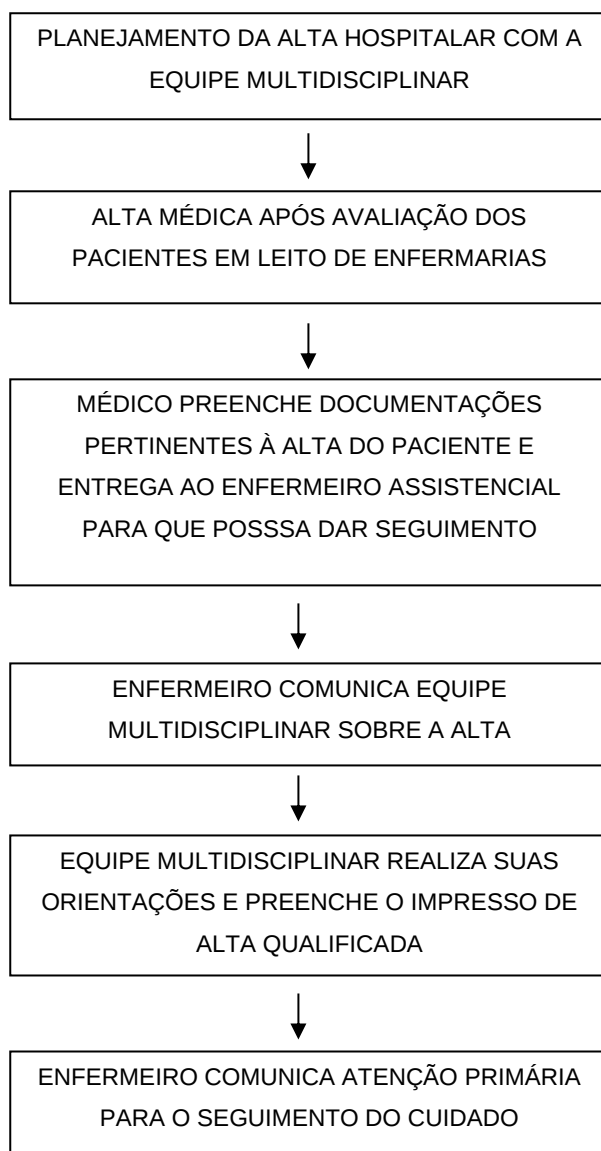
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ALTA RESPONSÁVEL/QUALIFICADA	Edição 01/01
	Data Emissão: 08/01/2026
	Prox. Revisão: 08/2027
	Pag. 01/05
	Elaborado por: Maria Roseli Bovolenta Previato. CPF 065428068-14
	Revisado por: Elidamar Batista Camara – CPF: 045.362.778-11

- Dias de internação;
 - Quadro clínico de entrada;
 - Evolução e intercorrências;
 - Hipóteses diagnósticas;
 - Exames realizados;
 - Orientações para seguimento em unidade básica de saúde;
 - Data de preenchimento do impresso;
 - Assinatura e carimbo do profissional;
 - Assinatura do paciente e/ou responsável (familiar/cuidador).
8. O impresso deverá ser duas (02) vias, onde uma será entregue ao paciente ou familiar/cuidador e a segunda via será armazenada no prontuário do paciente;
 9. Após a finalização da documentação de alta qualificada, o enfermeiro deverá tirar uma foto do impresso e colocar no grupo institucional do whatsapp criado pela Secretaria Municipal de Saúde de Martinópolis/PR;
 10. Orientar usuários e familiares/cuidadores a cerca da autonomia do paciente por meio do autocuidado;
 11. Realizar articulação com os demais pontos de Atenção Primária no período em que o paciente estiver internado, até o momento da sua alta hospitalar, para que possamos oferecer um cuidado de maior qualidade, voltado para a gestão de riscos e promoção de saúde.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ALTA RESPONSÁVEL/QUALIFICADA	Edição 01/01
	Data Emissão: 08/01/2026
	Prox. Revisão: 08/2027
	Pag. 01/05
	Elaborado por: Maria Roseli Bovolenta Previato. CPF 065428068-14
	Revisado por: Elidamar Batista Camara – CPF: 045.362.778-11

FLUXOGRAMA DA ALTA QUALIFICADA





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP 19500-000 FONE: (18) 3275-1000

MARTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ALTA RESPONSÁVEL/QUALIFICADA	Edição 01/01
	Data Emissão: 08/01/2026
	Prox. Revisão: 08/2027
	Pag. 01/05
	Elaborado por: Maria Roseli Bovolenta Previato. CPF 065428068-14
	Revisado por: Elidamar Batista Camara – CPF: 045.362.778-11

BIBLIOGRAFIA:

INDICADOR ALTA RESPONSÁVEL. Disponível em:

<https://saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel>. Acesso em: 31 de julho de 2024.

Ministério da Saúde, Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 31 de julho de 2024.

Martinópolis, 03 de Março de 2026.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP 19500-000 FONE: (18) 3275-1000

MARTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO – ALTA QUALIFICADA

Nome do paciente:		
Data de nascimento: / /	Idade:	Sexo:
Endereço:		
Telefone: ()	Motivo Internação:	
Data internação: / /	Data alta: / /	Dias internação:
() Médico () Enfermagem () Nutrição () Fisioterapia () Assistência Social () Farmácia () Psicóloga		
• Quadro clínico de entrada: • Evolução e intercorrências: • Hipóteses diagnósticas: • Exames realizados: • Orientações para seguimento:		

Data: / /

Assinatura do paciente ou representante legal:

Profissional responsável (carimbo/assinatura)



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP 19500-000 FONE: (18) 3275-1000

MARTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO

ALTA QUALIFICADA – PUÉRPERAS

Nome: _____ Idade: _____ anos

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Data de Internação: ____/____/____.

Data de Alta Hospitalar: ____/____/____.

Tipo de parto: () Cesárea () Parto vaginal

Idade Gestacional: ____ semanas.

Implantação de DIU () SIM ()

ORIENTAÇÕES MÉDICAS:

Assinatura do médico

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Assinatura do enfermeiro



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP 19500-000 FONE: (18) 3275-1000

MARTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO

ALTA QUALIFICADA – BERÇÁRIO

RN de Nome: _____ RN: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____. Data de Alta Hospitalar: ____/____/____.

Tipo de parto: () Cesárea () Parto vaginal Idade Gestacional: ____ semanas.

Condições de Nascimento:

Apgar: ____ _____. Peso: ____ kg. Estatura: ____ cm. Peso da Alta: _____. Tipagem sanguínea: _____.

Perímetro Cefálico: ____ cm. Perímetro Torácico: ____ cm. Perímetro Abdominal: ____ cm.

Teste do Olhinho: _____ Teste do Coraçãozinho: _____

Teste do pezinho realizado () SIM () NÃO Teste da Orelhinha agendado para: ____/____/____.

ORIENTAÇÕES PEDIÁTRICA:

Assinatura do médico

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Assinatura do enfermeiro



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

CNPJ: 52.268.596/0001-09 - RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, 236 – CEP 19500-000 FONE: (18) 3275-1000

MARTINÓPOLIS – ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO – ALTA RESPONSÁVEL

Nome do paciente:		
Data de nascimento: / /	Idade:	Sexo:
Endereço:		
Telefone: ()	Motivo Internação:	
Data internação: / /	Data alta: / /	Dias internação:
() Médico () Enfermagem () Nutrição () Fisioterapia () Assistência Social () Farmácia () Psicóloga		
• Quadro clínico de entrada: • Evolução e intercorrências: • Hipóteses diagnósticas: • Exames realizados: • Orientações para seguimento:		

Data: / /

Assinatura do paciente ou representante legal:

Profissional responsável (carimbo/assinatura)