

|         |                                                         |            |     |
|---------|---------------------------------------------------------|------------|-----|
| 8016305 | PENITENCIARIA WELLINGTON RODRIGO SEGURA PRES PRUDENTE   | 8.049,26   | SAP |
| 8016364 | CENTRO DE DETENCAO PROVISORIO DE BAURU CDP DE BAURU     | 3.791,44   | SAP |
| 8016380 | PENITENCIARIA DR EDUARDO DE OLIVEIRA VIANNA DE BAURU II | 3.147,32   | SAP |
| 8016399 | PENITENCIARIA OSIRIS SOUZA E SILVA DE GETULINA          | 5.486,51   | SAP |
| 8016402 | PENITENCIARIA I DR WALTER F PEREIRA QUEIROZ PIRAJUI     | 2.158,36   | SAP |
| 8016410 | PENITENCIARIA DR LUIZ GONZAGA VIEIRA DE PIRAJUI II      | 1.581,94   | SAP |
| 8016429 | PENITENCIARIA DR DANILO PINHEIRO SOROCABA               | 4.185,56   | SAP |
| 8016437 | PENITENCIARIA ANTONIO SOUZA NETO DE SOROCABA            | 5.141,47   | SAP |
| 8016445 | CENTRO DE DETENCAO PROVISORIA DE SOROCABA               | 4.941,97   | SAP |
| 8016453 | PENITENCIARIA II ITAPETININGA                           | 3.330,39   | SAP |
| 8016461 | PENITENCIARIA JAIRO DE ALMEIDA BUENO ITAPETININGA       | 2.274,48   | SAP |
| 8016496 | PENITENCIARIA ODON RAMOS MARANHAO IPERO                 | 1.707,16   | SAP |
| 9085114 | CENTRO DE PROGRESSAO PENITENCIARIA DE JARDINOPOLIS      | 1.232,46   | SAP |
| 9089330 | PENITENCIARIA FEMININA II DE TREMEMBE                   | 3.791,44   | SAP |
| 9246096 | PENITENCIARIA DE FLORINEA                               | 2.590,07   | SAP |
| 9773991 | CENTRO DE DETENCAO PROVISORIA I DE PACAEMBU             | 1.274,85   | SAP |
| 9774009 | CENTRO DE DETENCAO PROVISORIA II DE PACAEMBU            | 1.232,46   | SAP |
| 9816054 | CENTRO DE DETENCAO PROVISORIA DE NOVA INDEPENDENCIA     | 1.357,80   | SAP |
|         | TOTAL                                                   | 535.150,19 |     |

| ANEXO II – RELATÓRIO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| PRESTAÇÃO DE CONTAS DO COMPLEMENTO DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                      |       |                                        | Competência (mês/ ano): XXX/XXXX |                                                  |                                       |                                     |
| FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES/ SUS/ RECURSO FEDERAL                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Nome do Órgão Concessionário: Secretaria de Estado de Saúde                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Portaria GM/MS nº 1.135, de 16/05/2023; Portaria GM/MS nº 1.677, de 26/10/2023 e Portaria GM/MS nº 1.298, de 14/09/2023 - Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.                             |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Objeto: Complemento Piso Salarial de Enfermagem                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Período: XXX/XXXX a XXX/XXXX                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |       |                                        | CNPJ:                            |                                                  | CNES:                                 |                                     |
| Nome da Instituição/ Estabelecimento de Saúde:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                      |       |                                        | N.º da Ordem Bancária (OB):      |                                                  | Data do Crédito Bancário: XXX/XX/XXXX |                                     |
| Endereço Completo:                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Valor Repassado: R\$                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS BENEFICIADOS COM O COMPLEMENTO DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM                                                                                                                                              |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| SEQ.                                                                                                                                                                                                                                 | NOME DO BENEFICIÁRIO                                                                                                                                 | CARGO | N.º REGISTRO NO CONSELHO DE ENFERMAGEM | N.º DO CPF                       | NATUREZA DA DESPESA (PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS) | DATA DO PAGAMENTO                     | VALOR DO COMPLEMENTO SALARIAL (R\$) |
| 1                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| ...                                                                                                                                                                                                                                  | PREENCHER COM A QUANTIDADE DE LINHAS QUE FOREM NECESSÁRIAS, PARA REGISTRAR TODOS OS BENEFICIÁRIOS QUE RECEBERAM O COMPLEMENTO DO PISO DE ENFERMAGEM. |       |                                        |                                  |                                                  |                                       | TOTAL                               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | (DEVERÁ SER IGUAL AO VALOR REPASSADO)                                                                                                                |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Declaro (juntos, na qualidade de responsável (s) da instituição/ estabelecimento de saúde supra registrada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados. |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |
| Assinatura (s)<br>Nome, cargo e n.º do CPF<br>Representante (s) legal (s)<br>Nome da Instituição/ Estabelecimento de Saúde                                                                                                           |                                                                                                                                                      |       |                                        |                                  |                                                  |                                       |                                     |

| ANEXO III - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA)                                                           |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA                                                                                         | VALOR          |
| UGO: 09001 - ADMINISTRACAO SUPERIOR SECRETARIA E SEDE                                                              | R\$ 535.150,19 |
| AÇÃO: 10302093055320000 - ATEND.AMB.HOSP.SERV.CONTR./CONV.GEST.ESTADUAL                                            | R\$ 161.728,82 |
| 335043 - SUBVENCoes SOCIAIS                                                                                        | R\$ 161.728,82 |
| AÇÃO: 10302381390090000 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS CUSTODIADOS                                              | R\$ 373.421,37 |
| 319111 - APLICACOES DIRETAS INTRAORÇAMENTÁRIAS                                                                     | R\$ 373.421,37 |
| FONTE RECURSO: 160.550.001 - ASSIST.FIN. COMPL. PISO SAL.ENFERMAG-PORTARIA GM/MS Nº 1.135, DE 16 DE AGOSTO DE 2023 | R\$ 535.150,19 |

RESOLUÇÃO SS Nº 172, DE 21 DE AGOSTO DE 2026

Dispõe sobre o complemento financeiro referente a julho de 2026, do repasse da assistência financeira complementar da União, destinada ao piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, dos estabelecimentos administrados por Organizações Sociais de Saúde - OSS

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

- A Lei Federal n.º14.434, de 04/08/2022, que altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira;
- A Portaria GM/MS nº 1.135, de 16/05/2023, publicada em edição extra do D.O.U. de 16/05/2023, alterada pela Portaria GM/MS nº 1.677, de 26/10/2023 e Portaria GM/MS nº 1.298, de 14/09/2023, gerando a nova redação ao Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de

setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

- Portaria GM/MS nº 12.036, de 27 de julho de 2026, publicada no DOU de 28 de julho de 2026, que dispõe sobre os valores referente à parcela do mês de julho de 2026, relativo ao repasse da assistência financeira complementar referente ao exercício de 2026.
- O processo periódico de levantamento de dados dos profissionais da enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, que atuam em estabelecimentos que atendem pelo menos 60% dos seus pacientes pelo SUS, nos estados e municípios, que foi realizado pelo Ministério da Saúde e resultou na necessidade de ajuste financeiro, com base nos dados atualizados e nos critérios estabelecidos para a apuração dos valores a serem repassados a cada ente da federação.

**Resolve:**

**Artigo 1º** - Autorizar o repasse complementar, do recurso financeiro da competência julho de 2026, destinado ao piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, contemplados no ANEXO I.

**Artigo 2º** - São elegíveis para o recebimento da assistência financeira, de que trata esta resolução:

- I - Autarquias e fundações da área da saúde, sob a gestão do Estado de São Paulo;
- II - Entidades privadas sem fins lucrativos, com Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS na área de saúde; e
- III - entidades privadas contratualizadas ou conveniadas pela Secretaria do Estado da Saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, que atendam, pelo menos, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

**Artigo 3º** - Mensalmente, as instituições/estabelecimentos de saúde beneficiados estão obrigados a apresentar a prestação de contas, devendo ser elaborado um relatório para cada competência, comprovando que os recursos foram integralmente repassados para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, até o quinto dia útil do mês subsequente ao repasse, conforme ANEXO II.

Parágrafo 1º - O relatório para prestação de contas, deverá ser destinado para o Gabinete do Coordenador, da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde - CGCSS. Devendo ser entregue e protocolado na Central de Protocolo, Expedição e Arquivo – CPEA, sito a Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – Térreo, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, para análise, conferência.

Parágrafo 2º - o descumprimento do estabelecido no artigo 3º, no sexto dia útil, automaticamente bloqueará futuros repasses financeiros, até que o relatório para a prestação de contas, seja recebido, analisado e aprovado;

Parágrafo 3º - se for detectado pela Secretaria de Estado da Saúde, qualquer irregularidade ou se houver necessidade de esclarecimento adicional sobre o pagamento aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, automaticamente bloqueará repasses futuros, até que as irregularidades sejam sanadas e as dúvidas esclarecidas, assegurado o direito de ampla defesa;

Parágrafo 4º - As entidades públicas e privadas que receberem recursos da assistência financeira complementar de que trata esta Resolução, deverão manter em arquivo, pelo prazo de cinco anos, os documentos comprobatórios da realização do pagamento da complementação aos profissionais beneficiados.

Parágrafo 5º - Eventual depuração de dados, prestação de contas ou fiscalização pelo Ministério da Saúde - MS ou pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/SP ou qualquer órgão da União ou do Estado, não afasta ações de responsabilização, tampouco elimina o dever de zelo pelo patrimônio público por parte dos representantes legais/gestores envolvidos nos processos de que trata esta Resolução.

**Artigo 4º** - o cálculo do piso é aplicado considerando o vencimento básico e as gratificações de caráter geral, fixas e permanentes, não incluídas as de cunho pessoal.

**Artigo 5º** - O não repasse pelo Ministério da Saúde dos valores constantes desta resolução não transfere para a Secretaria de Estado da Saúde – SES/SP a obrigação de complementar o piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

**Artigo 6º** - O recurso orçamentário objeto desta Resolução correm à conta das dotações próprias aprovadas pelo Ministério da Saúde alocadas no orçamento do estado, conforme detalhado no ANEXO III

**Artigo 7º** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

| ANEXO I – VALOR POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE |                                                                                                       |                            |                                  |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| CNES                                         | ENTIDADES/HOSPITAIS                                                                                   | OSS - GERENCIA DORA        | Complement o Mensal JULHO - 2026 |
| 0092894                                      | HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE                                                                    | Instituto Sócrates Guanaes | 41.209,85                        |
| 2058332                                      | HOSPITAL MANOEL DE ABREU BAURU                                                                        | FAMESP                     | 48.169,40                        |
| 2077434                                      | HOSPITAL DR LEOPOLDO BEVLACQUA                                                                        | CONSAUD E                  | 207.844,00                       |
| 2078287                                      | CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAUDE DA MULHER SAO PAULO                                                     | SECONCI                    | 630,53                           |
| 2081695                                      | CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA                                                                          | SECONCI                    | 10.582,81                        |
| 2088576                                      | HOSPITAL DE TRANS DO EST DE SP EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI/UN. GESTAO ASSISTENCIAL V-HOSP. BRIGADEIRO | SPDM                       | 224,85                           |
| 2750511                                      | HOSPITAL ESTADUAL DR ODILIO ANTUNES DE SIQUEIRA P PRUDENTE                                            | Lar São Francisco          | 15.685,66                        |
| 2750546                                      | HOSPITAL ESTADUAL PORTO PRIMAVERA ROSANA                                                              | Lar São Francisco          | 14.416,72                        |
| 2755130                                      | HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE                                               | Lar São Francisco          | 281.209,72                       |

|         |                                                               |                            |              |
|---------|---------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| 2790556 | HOSPITAL DE BASE DE BAURU                                     | FAMESP                     | 315.389,19   |
| 2790580 | MATERNIDADE SANTA ISABEL                                      | FAMESP                     | 130.819,81   |
| 2790602 | HOSPITAL ESTADUAL BAURU                                       | FAMESP                     | 347.676,37   |
| 2831503 | AME VALE DO JURUMIRIM                                         | Santa Casa de Franca       | 49.381,03    |
| 3058808 | HOSPITAL REGIONAL DE BEBEDOURO HRB                            | Fundação Pio XII           | 81.049,30    |
| 3996344 | CENTRO ESTADUAL DE ANÁLISES CLÍNICAS DA ZONA NORTE SAO PAULO  | AFIP                       | 31.357,61    |
| 4390563 | AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIBEIRAO PRETO        | Santa Casa de Franca       | 24.890,60    |
| 5618401 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE VOTUPORANGA       | Santa Casa de Votupora nga | 51.692,79    |
| 5744415 | CENTRO DE REABILITACAO LUCY MONTORO DE PRESIDENTE PRUDENTE    | Lar São Francisco          | 2.116,89     |
| 5967945 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SANTA FE DO SUL   | Santa Casa de Votupora nga | 28.648,98    |
| 6236596 | HOSPITAL ESTADUAL JOAO PAULO II SAO JOSE DO RIO PRETO         | Lar São Francisco          | 118.020,88   |
| 6289304 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES BARRETOS             | Fundação Pio XII           | 17.746,82    |
| 6335497 | AME AMBULATORIO MED DE ESPECIALIDADES DRACENA                 | Santa Casa de Dracena      | 9.412,91     |
| 6359620 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES BAURU                | FAMESP                     | 13.009,98    |
| 6365213 | AME AMBUL. MED DE ESPECIALIDADES AVELINO FERNANDES JALES      | Santa Casa de Votupora nga | 24.596,55    |
| 6476058 | AME DR ANTONIO CARLOS FONTOURA DA SILVA PRES PRUDENTE         | Lar São Francisco          | 18.917,76    |
| 6568459 | AME AMB MÉDICO DE ESP ELIANA N Z M GIAN TOMASSI CASA BRANCA   | Santa Casa de Franca       | 11.717,30    |
| 6604862 | AME ITAPEVA EDISON OLIVEIRA MARTHO                            | SECONCI                    | 22.140,36    |
| 6607179 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES ATIBAIA              | Lar São Francisco          | 2.889,53     |
| 6607330 | AME AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE TUPA             | FAMESP                     | 840,57       |
| 6639658 | AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE AME DE ITAPETININGA       | FAMESP                     | 8.322,71     |
| 6669727 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE FRANCA            | Santa Casa de Franca       | 56.490,87    |
| 6752233 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE GERAL BARRETOS        | Fundação Pio XII           | 13.256,70    |
| 7033702 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE ITUVERAVA         | Santa Casa de Ituverava    | 13.047,84    |
| 7049730 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES CATANDUVA            | Fundação Padre Albino      | 5.621,41     |
| 7188676 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE OURINHOS          | Santa Casa de Ourinhos     | 32.503,06    |
| 7209517 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE ASSIS             | Santa Casa de Assis        | 32.931,15    |
| 9442642 | AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES AME SAO CARLOS           | Santa Casa de Franca       | 606,00       |
| 9491252 | DR RUBENS SAVASTANO HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS  | Instituto Sócrates Guanaes | 242.031,05   |
| 9503196 | AME AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES BOTUCATU             | Santa Casa de Assis        | 35.806,12    |
| 9519688 | SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE SERV REAB LUCY MONTORO BOTUCATU | FAMESP                     | 2.894,86     |
| 9642927 | CENTRO DE REABILITACAO LUCY MONTORO DE SOROCABA               | Fundação do ABC            | 2.606,18     |
|         | TOTAL                                                         |                            | 2.368.406,72 |

| ANEXO II – RELATÓRIO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS |  |  |  |
|-----------------------------------------------|--|--|--|
|-----------------------------------------------|--|--|--|