

PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Sérgio Alberto Cunha Vêncio	Processo: 202300010002769
Endereço: Av. SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO.	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Rio Verde-GO	CNPJ do FMS: 06.190.522/0001-80
Gestor: Djan Barbosa de Freitas	CPF: 922.895.331-49
Endereço: Rua Joaquim Mota, nº257. Bairro Santo Antonio, CEP: 75906-370, Rio Verde-GO.	
Dados Bancários: 2510 Agencia: Conta Corrente: 72229-1 Operação: 001	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Fundação Cristã Angélica – Hospital do Câncer de Rio Verde-GO		CNES: 2814218
Endereço: Rua Tiradentes, nº 822, Bairro Santo Agostinho, Rio Verde-GO.		
Cidade: Rio Verde - Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Filantrópica	
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação (X) UTI (X) SADT () Hospital dia ☐ Outros:		

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Período execução: 12 (doze) meses, a partir da data da sua Homologação e publicação oficial.
--

Identificação do objeto: Custeio para Cirurgias Eletivas

Justificativa:

A Fundação Cristã Angélica – Hospital do Câncer de Rio Verde-GO é uma entidade filantrópica e possui certificação de Entidade Beneficente na Área da Saúde – CEBAS, com expressivo percentual de atendimentos oferecidos através do SUS (Sistema Único de Saúde), no modelo de complementaridade, seguindo todas as políticas públicas que norteiam esse sistema de saúde.

Integramos o Plano de Ação Regional da Rede de atenção as Urgências e Emergências da Macrorregião Sudoeste/GO, que contempla a oferta de leitos clínicos, leitos de cuidado prolongado e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que assegura a sua atuação complementar no âmbito de Rio Verde e Macrorregião Sudoeste.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

ATENDIMENTOS	
Dar suporte financeiro aos atendimentos realizados pela Instituição, auxiliando na oferta das cirurgias eletivas mencionadas na planilha anexa, as quais serão realizadas conforme demanda da Secretaria Municipal de Saúde, tendo a Central de Regulação do município como porta de entrada.	
Descrição	Quantidade (média) realizada
Cirurgias Eletivas	80

6 – PLANO DE APLICAÇÃO DO RECURSO

Aquisição de medicamentos e materiais de uso hospitalar.	R\$ 250.000,00
--	----------------

7 – VALOR DO PROJETO

Valor Total: R\$ 250.000,00	Valor Mensal: Parcela Única
-----------------------------	-----------------------------

8 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Considerando a imprevisibilidade do tempo para homologação do Plano de Trabalho, bem como, da transferência do recurso Fundo a Fundo. O cronograma de desembolso não especificará um mês para a sua execução, portanto, será executado em parcela única no valor de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) após a homologação e publicação oficial do Plano de Trabalho.

9 – OBRIGAÇÕES

9.1 – Da concedente

- I – Realizar o repasse dos recursos, na modalidade fundo a fundo, conforme cronograma de desembolso;
- II – Suspender os repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
- III – Realizar os repasses dos recursos recebidos da concedente a unidade assistida em até 05 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde

9.2 – Do Fundo de Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Proponente em até 05 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde;

9.3 – Da Unidade Assistida

- I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis.
- II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:
 - a) taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
 - b) pagamento de aposentadorias e pensões;
 - c) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
 - d) finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;
 - e) atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
 - f) despesas com publicidade;
 - g) despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e
 - h) despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.
- III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;
- IV – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente, a cada 06 (seis) parcelas;
- V – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente, aberto especificamente para este fim.

10 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestação de Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

11 – DECLARAÇÃO DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou Entidades da Administração Pública Estadual, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde - FES, na forma deste Plano de Trabalho.

Rio Verde – GO, datado e assinado digitalmente.

CELIA MENDES
RODRIGUES:
59830808149

Assinado digitalmente por CELIA MENDES RODRIGUES:59830808149
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC SOLUTI Múltipla v5,
OU=28856277000130, OU=Presencial, OU=Certificado PF A3,
CN=CELIA MENDES RODRIGUES:59830808149
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2023.05.02 15:36:28 -03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.0.0

Célia Mendes Rodrigues
Presidente Fundação Cristã Angélica

12 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Rio Verde – GO, datado e assinado digitalmente.

DJAN
BARBOSA DE
FREITAS:92289
533149

Assinado de forma
digital por DJAN
BARBOSA DE
FREITAS:92289533149
Dados: 2023.05.09
09:55:46 -03'00'

Djan Barbosa de Freitas
Gestor do Fundo Municipal de Saúde Rio Verde-GO

13 – APROVAÇÃO DA CONCEDENTE

Ante a manifestação favorável das áreas técnicas da SES/GO envolvidas na avaliação da viabilidade de execução do presente Plano de Trabalho, conforme pareceres e despachos acostados nos autos, o Secretário de Estado da Saúde **APROVARÁ** o Plano de Trabalho por meio da homologação da Portaria a ser publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás, determinando sua execução, observadas as regras da Portaria que instituiu o financiamento.

ANEXO I

TABELA DE REFERÊNCIA DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS	
CIRURGIA GERAL	VALOR PROCEDIMENTO
Colecistectomia	R\$3.130,00
Gastroplastia	R\$17.700,00
Herniorrafia inguinal unilateral	R\$2.200,00
Herniorrafia umbilical	R\$2.100,00
Herniorrafia incisional	R\$2.700,00
PNEUMO	
Broncoscopia	R\$2.900,00
Traqueostomia	R\$1.950,00
Toracostomia exploradora	R\$8.517,47
Toracostomia com drenagem pleural	R\$4.015,97
Drenagem de torax	R\$4.015,97
Toracostomia Exploradora + Biopsia pilmonar à céu aberto c/ drenagem de toras Direito	R\$4.015,97
MASTOLOGIA	
Retirada de nódulo de mama	R\$1.800,00
Exérese de mama supranumerária	R\$2.350,00
UROLOGIA	
Pieloplastia laparoscopica	R\$9.350,00
Ureterorrenolitotripsia rigida	R\$7.750,00
Ureterorrenolitotripsia flexivel	R\$8.350,00
Ureterolitotomia - laparoscopica	R\$7.600,00

Retirada de duplo jota	R\$2.350,00
Passagem de duplo jota	R\$3.550,00
Ressecação Endoscópica da Prostata	R\$5.550,00
Prostatectomia á céu aberto	R\$5.500,00
Cistoscopia/ ureteroscopias/ ureteroscopia	R\$3.250,00
Nefrectomia - laparoscopica	R\$6.950,00
GINECOLOGIA	
Colpoperineoplastia ant+pos	R\$2.650,00
Batholinctomia	R\$2.100,00
PAN - Histerectomia qualquer via	R\$3.200,00
Curetagem semiótica com ou sem dilatação	R\$2.400,00
Ooforectomia	R\$3.000,00
HIPERTROFIA DE PEQUENOS LABIOS (ninfoplastia)	R\$2.550,00
Miomectomia	R\$2.900,00
Laqueadura	R\$2.400,00
PROCTOLOGIA	
Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal	R\$1.900,00
Fistulectomia e fistulotomia anal	R\$1.900,00
Exérese de cisto sacrococcígeo	R\$1.900,00
Drenagem de abscesso anu-retal	R\$1.900,00
Drenagem de abscesso isquiorretal	R\$1.900,00
Drenagem de hematoma / abscesso retro-retal	R\$1.900,00
Excisão de lesão / tumor anu-retal	R\$1.900,00
Fistulectomia / fistulotomia anal	R\$1.900,00
Hemorroidectomia	R\$1.900,00

Tratamento cirúrgico de prolapso anal	R\$1.900,00
Tratamento cirúrgico de prurido anal	R\$1.900,00
Plástica anal externa / esfínteroplastia anal	R\$2.250,00
OTORRINO	
Amigdalectomia	R\$2.300,00
Turbinectomia	R\$2.100,00
Adenoamigdalectomia	R\$2.300,00
Septoplastia	R\$2.300,00
ORTOPEDIA	
Reconstrução de lca	R\$7.575,00
Meniscectomia	R\$5.625,00
Ruptura do manguito	R\$7.010,00
Fratura /luxação ombro	R\$5.150,00
Artroplastia escapulo umeral (parcial)	R\$10.600,00
Artroplastia escapulo umeral (total)	R\$11.900,00
Artroplastia total de joelho	R\$11.925,00
Osteotomias ao nível do joelho	R\$11.725,00
Descompressão tunel do carpo	R\$4.230,00
VASCULAR	
Varizes - safenectomia bilateral/unilateral	R\$2.735,00
GASTRO	
CPRE	R\$6.300,00
CPRE com dilatação	R\$6.300,00
CPRE com dilatação + protese biliar	R\$7.300,00
CPRE+papilotomia+dilatação	R\$6.300,00
Endoscopia p/ reti. De corpo estranho	R\$1.800,00



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



HOSPITAL DO CÂNCER DE
RIO VERDE
FUNDAÇÃO CRISTÃ ANGÉLICA

Endoscopia c/ gastrostomia	R\$3.590,00
endoscopia - troca de boton	R\$4.300,00
Endoscopia c/ dilatação esofago	R\$2.500,00
Endoscopia Diagnostico	R\$1.120,00
Endoscopia com ligadura	R\$2.900,00
Colonoscopia	R\$1.730,00
Polipectomia dsfdsf	R\$1.555,00
Eda+ passagem sonda	R\$1.800,00