

Espírito Santo do Pinhal, 14 de outubro de 2024.

**Ofício Adm. nº 117/2024**

A Senhora  
Roseli Caldeira Gôngora  
Diretora Municipal de Saúde  
Itobi/SP  
E-mail: [saude@itobi.sp.gov.br](mailto:saude@itobi.sp.gov.br) / [dirsaude@itobi.sp.gov.br](mailto:dirsaude@itobi.sp.gov.br)

Assunto: **Encaminhar Plano de Trabalho**

Senhora Diretora,

A IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS – A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINHAL, entidade privada sem fins lucrativos, reconhecida pelas autoridades competentes como de utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, fundada em 08/12/1892, com 131 anos de história, por seu representante que este subscreve, vem, respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, encaminhar o Plano de Trabalho, solicitado através do Ofício nº 662/2024, para conhecimento e providências no que couber, respeitando a legislação vigente.

Certos da compreensão, desde já agradecemos a confiança e aproveitamos o ensejo para externar os votos da mais elevada estima, apreço e consideração.

Atenciosamente,

**JAQUES PONTES CASALECCHI**  
Provedor

*Carlos Canato*

*14/10/24*  

---

*(14:52)*



## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

**A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892**

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Zap: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

### **PLANO DE TRABALHO**

### **CIRURGIAS ELETIVAS EM UROLOGIA**

**Município de ITOBI**

**ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP**

**Outubro de 2024**



## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

**A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892**

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Zap: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

### **DADOS CADASTRAIS**

#### **1.1. DA ORGANIZAÇÃO**

**1.1.1. Nome da entidade: IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

**1.1.2. CNPJ: 54.228.648/0001-49**

**1.1.3. Rua: Rua Teixeira Rios, nº 210**

**1.1.4. Bairro: Centro**

**1.1.5. CEP: 13990-000**

**1.1.6. Município: Espírito Santo do Pinhal**

**1.1.7. Estado: SP**

**1.1.8. Telefone: (19) 3651 1131**

**1.1.9. E-mail: [contabilidade@hfrosas.com.br](mailto:contabilidade@hfrosas.com.br)**

**1.1.10. Endereço do portal da transparência: [www.hfrosas.com.br](http://www.hfrosas.com.br)**

**1.1.11. Data da Constituição: Fundada em 08 de dezembro de 1.892**

#### **1.2. DO RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO**

**1.2.1. Nome completo: JAQUES PONTES CASALECCHI**

**1.2.2. CPF: 047.432.338-28**

**1.2.3. RG: 15.690.769/SP**

**1.2.4. Endereço: Rua Ernesto Monfardine, nº 280**

**1.2.5. Bairro: Jardim das Rosas**

**1.2.6. CEP: 13.990-000**

**1.2.7. Município: Espírito Santo do Pinhal**

**1.2.8. Estado: SP**

**1.2.9. Telefone: (19) 3651-1131**

**1.2.10. E-mail: [provedoria@hfrosas.com.br](mailto:provedoria@hfrosas.com.br)**

**1.2.11. Cargo: Provedor**

**1.2.12. Eleito em: 31/03/2023**

**1.2.13. Vencimento do Mandato: 31/03/2025**



## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

**A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892**

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Zap: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

### **1.3. CONSELHO FISCAL**

#### **1.3.1. CONSELHEIRO 01**

**Nome Completo: JOÃO BATISTA ROZON**

**CPF: 718.623.1558-68**

**RG: 8.879.822 (SSP/SP)**

**Endereço: Rua Osvaldo Cruz, nº 25, Jardim Paulista**

**Município: Espírito Santo do Pinhal, SP**

**Telefone: (19) 3651-3028**

#### **1.3.2. CONSELHEIRO 02**

**Nome Completo: JOSÉ GERALDO FERNANDES TITO**

**CPF: 014.746.858-20**

**RG: 3.050.998 (SSP/SP)**

**Endereço: Rua Anunciata Salvetti Amato, nº 45, Parque do Lago**

**Município: Espírito Santo do Pinhal, SP**

**Telefone: (19) 3651-3916**

#### **1.3.3. CONSELHEIRO 03**

**Nome Completo: ANDRÉ ALEXANDRE ELIAS**

**CPF: 184.409.118-07**

**RG: 24.878.568-0 (SSP/SP)**

**Endereço: Rua Prefeito Francisco Vergueiro Porto, nº 359**

**Bairro: Jardim das Rosas**

**CEP: 13.990-000**

**Município: Espírito Santo do Pinhal - Estado: SP**

**Telefone: (19) 3651-2522**

### **1.4. CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA**

**1.4.1. Nº do CNPJ: 54.228.648/0001-49**

**1.4.2. Data de abertura informada no CNPJ: 17/09/1973**

**1.4.3. Atividade econômica principal: Atividades de Atendimento Hospitalar**

## 2. EXECUÇÃO

### 2.1. Imóvel onde funciona o Serviço é:

Próprio                       Cedido                       Público                       Particular ( )  
Alugado

### 2.2. A organização da sociedade civil fica aberta quantas horas por semana:

Até 20 horas                       De 21 a 39 horas                       40 horas  
 Mais de 40 horas                       Ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana)

### 2.3. Quais dias da semana a unidade executora funciona?

Segunda-feira                       Terça-feira                       Quarta-feira  
 Quinta-feira                       Sexta-feira                       Sábado  
 Domingo

## 3. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO A SER EXECUTADO

### 3.1. RESPONSÁVEIS

#### 3.1.1. DIRETOR TÉCNICO

3.1.1.1. Nome Completo: Matias Augusto de Carvalho

3.1.1.2. CPF: 073.412.736-74

3.1.1.3. RG: MG 13.286.613 (SSP/MG)

3.1.1.4. Número do Registro Profissional: CRM 142371

3.1.1.5. Telefone para contato: (19) 3651-1131

3.1.1.6. Celular: (12) 9.8158-4471

3.1.1.7. E-mail: [tobiasmed37@hotmail.com](mailto:tobiasmed37@hotmail.com)

#### 3.2. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

3.2.1.1. Nome Completo: Cristiane Figueiredo Pettarelli

3.2.1.2. CPF: 353.864.228-12

3.2.1.3. RG: 44.667.995-1

3.2.1.4. Número do Registro Profissional: COREN 295083

3.2.1.5. Telefone para contato: (19) 3651-5041

**3.2.1.6. Celular: (19) 9.9229-5105**

**3.2.1.7. Email: [enfermagem@hfrosas.com.br](mailto:enfermagem@hfrosas.com.br)**

### **3.3. RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**3.3.1.1. Nome Completo: Geraldo Magelo Barbosa**

**3.3.1.2. CPF: 068.480.638-00**

**3.3.1.3. RG: 15.214.420**

**3.3.1.4. Número do Registro Profissional: CT.CRC 1SP 166213/O-5**

**3.3.1.5. Telefone para contato: (19) 3651-1131**

**3.3.1.6. Email: [contabilidade@hfrosas.com.br](mailto:contabilidade@hfrosas.com.br)**

### **3.4. RECURSOS HUMANOS QUE EXECUTARÃO O PROJETO**

<b>Nome Completo</b>	<b>Conselho Regional de Medicina CRM</b>	<b>Cargo</b>	<b>Vínculo</b>
Dr. Alcio Jacinto Contri	80752 - SP	Urologista	Autônomo
Dr. Leandro Mauricio Pires	1332217 - SP	Urologista	Autônomo
Dr. Orestes Zucherato Neto	177935 - SP	Urologista	Autônomo
Dr. Arlindo Fernandes Junior	77057 - SP	Anestesiologista	Autônomo
Dr. Matias Augusto de Carvalho	142371 - SP	Anestesiologista	Autônomo

### **3.5. DO PROJETO**

#### **3.5.1. OBJETIVO GERAL**

A Urologia é uma especialidade ampla, cuja atribuição abrange crianças, jovens, adultos, idosos, homens e mulheres. Os agravos à saúde vinculados ao trato urinário masculino e feminino, além de doenças genitais masculinas que apresentam grande prevalência na saúde pública encontram na especialidade urológica a base e estrutura para diagnosticar e tratar essas enfermidades. Os cálculos renais, as dificuldades para urinar do idoso e infecção urinária são algumas dessas moléstias, entre tantas outras.

Este Plano de Trabalho estabelece um pacote de serviços na área de Urologia (avaliação de urologista e anestesista, cirurgia e retorno pós-cirúrgico, se necessário), tendo como produto final a continuidade da cirurgia, durante o período do termo.

### **3.5.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

O presente Convênio tem por objeto estabelecer em regime de cooperação mútua entre as partes, a realização de cirurgias eletivas na especialidade médica de Urologia, com o repasse ao Hospital Francisco Rosas (CNPJ 54.228.648/0001-49), no valor total de R\$ 98.457,24 (Noventa e oito mil, quatrocentos e cinquenta e sete reais, vinte e quatro centavos), com o município de Itobi, **de acordo com o Protocolo e Valores contidos neste Plano de Trabalho, conforme solicitado através do Ofício nº 662/2024, da Secretaria Municipal de Saúde, de 10/10/2024, subscrito pela senhora Roseli Caldeira Gôngora, Diretora Municipal de Saúde.**

### **3.5.2. JUSTIFICATIVA**

Atualmente existe pactuado com o Hospital Francisco Rosas, o Programa Urológico Regional, mantido com recurso federal, porém, como o recurso não é suficiente para atender toda a demanda de cada Município participante, se faz necessário a realização de termo específico para complementar e garantir assistência aos pacientes SUS na sua totalidade.

Com isso, a fila de espera e demanda reprimida dos pacientes do Sistema Único de Saúde do Município de Itobi será reduzida gradativamente, podendo inclusive, serem realizadas cirurgias que não estão reprimidas.

### **3.5.3. PÚBLICO ALVO / BENEFICIÁRIOS / ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

O Município de Itobi, apresentou demanda reprimida por e-mail de diversas cirurgias, que estão reprimidas desde 2021. Os pacientes que surgirem com necessidade de atendimento cobertos neste plano de trabalho, também estarão assistidos.



#### **3.5.4. METODOLOGIA**

O Hospital tem capacidade instalada para realizar até 04 (quatro) cirurgias por mês, desde que observados os critérios médicos, até o limite do recurso repassado.

Durante a avaliação dos médicos Urologistas do Convênio, os mesmos terão autonomia para realizar os procedimentos que julgarem necessários para sanar as enfermidades dos pacientes. Eventuais intercorrências ou complicações nas cirurgias, serão comunicadas e inseridas como custo ao Município, desde que previamente autorizado.

O Pós-Operatório deverá ser realizado ambulatoriamente pelo médico que realizou a cirurgia de Urologia no Hospital Francisco Rosas, com a frequência e número de consultas que achar necessário, devendo o município se responsabilizar pelo transporte sempre que solicitado.

#### **Fluxo:**

Paciente só pode ser encaminhado para a Cirurgia de Urologia após consulta (avaliação) com Urologista (Município/AME/outro serviço);

Município deve encaminhar os documentos de acordo com protocolo:

- Guia de referência
- Exames

O Hospital Francisco Rosas agenda consulta com o cirurgião e anestesista (no mesmo dia) e encaminha a filipeta, via e-mail, para o município de origem do paciente contendo o dia e horário.

O Município de origem imprime e avisa paciente da data da consulta e orienta sobre documentos e exames clínicos e de imagem necessários.

O Município de origem providência transporte para o paciente.

Após consulta, paciente retorna com data da cirurgia agendada (documentos e exames ficam no Hospital Francisco Rosas) e orientações para internação.

O Hospital avisa, via e-mail, o Município a data da cirurgia e orientações repassadas ao paciente.

O Hospital Francisco Rosas fica responsável pela compra de material - OPME necessário para cada cirurgia, que serão cobrados na conta de cada paciente.

Após alta hospitalar ou mediante a necessidade de transferência do paciente, por intercorrência cirúrgica, o Hospital entra em contato com o município de origem do paciente para remoção. Lembrando que no dia da alta hospitalar o paciente deverá sair com a data do agendamento para o retorno cirúrgico, com cópia para o paciente e Município de origem.

Caso haja necessidade de internação no retorno do Pós-Operatório Tardio, o paciente será internado no Hospital Francisco Rosas para continuidade do tratamento clínico pelo médico responsável da cirurgia, devendo o Município ficar responsável pelo custeio da internação.

Informamos que, se houver necessidade de internação do (a) paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do Hospital Francisco Rosas, o Município de origem do paciente ficará responsável pelo custeio das despesas decorrentes dessa internação.

### **3.5.6. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL/QUALIFICAÇÃO EQUIPE TÉCNICA/INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE**

Contamos com equipe multidisciplinar e especializada de profissionais tais como: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutica, técnica de segurança, recepcionistas e setores de apoio que ajudam a garantir a eficácia do atendimento final ao paciente. Os profissionais elencados são registrados nos seus respectivos conselhos, e o Hospital tem conveniado um atendimento de 219 internações mensais (AIH's), respeitados os parâmetros definidos pela CONTRATANTE, a infraestrutura hospitalar destinada ao SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, é capaz de atender 30 leitos em clínica médica, 10 de clínica cirúrgica, 04 de clínica obstétrica, 01 de pediatria, totalizando 45 leitos com capacidade de atender média complexidade; e 10 leitos na UTI Adulto Tipo II, que está funcionando para os atendimentos necessários. Em nossa estrutura física; para um atendimento humanizado, disponibilizamos dos setores de recepção e portaria, dois elevadores sociais e um de serviço, rampas de acesso, maternidade e pediatria, enfermaria para os cuidados de clínica médica e cirúrgica,

centro cirúrgico, central de materiais, agência transfusional, farmácia e Serviço Arquivo Médico-SAME.

### 3.5.7. METAS

PLANO DE METAS				
Nome do Programa	Meta	Unidade de Medida que será utilizada na meta	Descrição da meta a ser alcançada	Prazo de atingimento da Meta
Cirurgias Eletivas de Itobi	Realizar as cirurgias eletivas propostas pelo Município	Realizar de 02 (duas) a 04 (quatro) cirurgias por mês	Alcançar no mínimo 20 (vinte) cirurgias, durante a vigência do termo, desde que o recurso aplicado permita	12 meses, a partir da assinatura do termo

### 3.5.8. PROCEDIMENTOS

Os valores especificados abaixo são valores estimativos e mínimos para execução de cada procedimento, caso ocorram intercorrências, os valores a serem cobrados serão os custos reais apurados após realização de cada cirurgia.

Excepcionalmente, caso seja necessário, poderá ser realizado procedimento cirúrgico que não esteja elencado no protocolo acima, sendo que para que isso ocorra, o Município e Hospital devem minimamente formalizar a admissão e concordância com os valores propostos, utilizando-se sempre do critério do Programa Urológico Regional, ou outro que o substitua.

A proposta de realização das Metas e Execução deste Plano de Trabalho, dependem da aprovação expressa do Município de Itobi e dos valores propostos neste Plano de Trabalho. Estão inclusos os serviços hospitalares, honorários médicos, SADT e OPME.

Código do Procedimento	Procedimento	Valor Unitário (R\$)
409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$3.000,00
409010170	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J (incluso a retirada)	R\$3.000,00
409010189	LITOTRIPSIA	R\$ 5.000,00 (Rígida) /R\$ 10.000,00 (Flexível)
409010219	NEFRECTOMIA TOTAL (aberta ou por vídeo)	R\$8.000,00
409010235	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R\$12.000,00
409010294	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R\$12.000,00
409010324	PIELOPLASTIA (aberta ou por vídeo)	R\$4.000,00
409020176	URETROTOMIA INTERNA	R\$2.000,00
409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	R\$6.000,00
409030040	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R\$ 7.500,00 (Bi)/R\$ 4.500,00 (Uni)
409040070	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	R\$1.500,00
409040126	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$3.000,00
409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$1.500,00
409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$2.000,00
409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$3.000,00
409040231	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$2.500,00
409050083	POSTECTOMIA	R\$2.000,00
409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL (Sling)	R\$5.000,00

**\* Valores unitários sujeitos à alteração, conforme critério médico e necessidade do (a) paciente; \* Incluso: material, medicamentos, SADT, honorários médicos (inclusive taxas de vídeo, consulta e retorno) e OPME; \* Não incluso: diárias em UTI, material diferente do padronizado e reabordagens por outro CID; \* Nefrectomia e Pieloplastia podem sofrer alteração no valor se foram realizadas por vídeo.**

### 3.6. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE NOVEMBRO/24 A OUTUBRO/2025

### 3.6. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE NOVEMBRO/24 A OUTUBRO/2025

O valor do repasse será enviado em parcela única para o Hospital, após aprovação e assinatura do Convênio, conforme abaixo:

Banco do Brasil – Agência: 0474-X (Espírito Santo do Pinhal)

Recurso Municipal (Fonte 1) - Conta Corrente: 31.425-0

<b>CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO</b>			
<b>REPASSE</b>	<b>FONTE</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>TOTAL (R\$)</b>
<b>NOVEMBRO/24</b>	<b>Municipal</b>	<b>R\$ 98.457,24</b>	<b>R\$ 98.457,24</b>
	<b>Estadual</b>	<b>0</b>	
	<b>Federal</b>	<b>0</b>	
<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>R\$ 98.457,24</b>	<b>R\$ 98.457,24</b>
	<b>Estadual</b>	<b>0</b>	
	<b>Federal</b>	<b>0</b>	

#### 3.6.1 DA VIGÊNCIA

O presente plano de trabalho terá vigência de 12 (doze) meses a contar da data da assinatura.



### 3.7. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE NOVEMBRO/24 A OUTUBRO/2025

APLICAÇÃO DOS RECURSOS				
Descrição da Despesa	1 – Recurso da Parceria (R\$)			2 – Detalhamento da Despesa
	Municipal	Estadual	Federal	
Recursos Humanos (inclusive com taxa de aparelho, se for o caso)	R\$ 39.382,89			Honorários médicos (Pessoa Física e/ou Jurídica)
OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)	R\$ 29.537,17			Materiais utilizados
Materiais, Medicamentos, Serviços hospitalares (inclusive SADT, se for o caso)	R\$ 29.537,18			Diárias, material e medicamentos, taxa de sala, exames complementares
<b>Total</b>	<b>R\$ 98.457,24</b>			<b>R\$ 98.457,24</b>

### 4. PRESTAÇÃO DE CONTAS

O presente Plano de Trabalho está sendo elaborado em função de solicitação contida no Ofício nº 662/2024, da Secretaria Municipal de Saúde, de 10/10/2024, subscrito pela senhora Roseli Caldeira Gôngora, Diretora Municipal de Saúde.

O Hospital Francisco Rosas ficará responsável em realizar relatório mensal sobre as cirurgias realizadas com os respectivos gastos por paciente, que serão encaminhados para o Município, enfatizando que o prazo de faturamento dos gastos de cada conta é de até (02) dois meses, portanto, será enviado relatório para controle e acompanhamento enviado por e-mail para o Departamento Municipal de Saúde de Itobi.



A prestação de contas final será entregue em até 60 (sessenta) dias após o final do exercício financeiro e/ou ao término do TERMO, de acordo com a conveniência estabelecida entre as partes, ou o que acontecer primeiro.

## **5. CONCLUSÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Município de Itobi, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste plano de trabalho.

Espírito Santo do Pinhal, 11 de outubro de 2024.



**JAQUES PONTES CASALECCHI**  
Provedor