

PLANO DE TRABALHO**INSTITUIÇÃO PROPONENTE**Número do PT: **10.302.0930.6273.0000**

Órgão/Entidade: SANTA CASA DE MISERICORDIA PADRE JOAO SCHNEIDER

CNPJ: 52.268.596/0001-09

Endereço: RUA JOSÉ HENRIQUE QUE DE MELO, 236 -CENTRO

Município: Martinópolis CEP: 19.500-000

Telefone: (18) 3275-1000

Email: SANTACASA@STETNET.COM.BR

CPF	Nome Responsável	Função	Cargo	Email
044.310.308-91	REINALDO PERCINOTO	PROVEDOR	PROVEDOR	professorprovedor@gmail.com

RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: 001 Agência: 0310-7 Número: 25.017-1

Praça de Pagamento: MARTINÓPOLIS - SP

Gestor do Convênio: REINALDO PERCINOTO

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.**CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

Missão da Instituição: Manter, administrar e desenvolver o Hospital de Caridade;

- Manter a maternidade anexa ao Hospital da Irmandade.
- Manter leitos e serviços médico-hospitalares para uso público, sem distinção de raça, cor, credo, sexo, religião ou opção política, dentro das proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos estaduais em vigor.
- Participar ativamente nas ações do SUS colocando seus serviços à oferta do sistema de acordo com seu nível de complexidade e capacidade operacional; qual seja Convênio SUS com o gestor municipal, subvenções e convênios para atendimento das urgências emergências dos municípios de Caiabu, Indiana e outros.



SESPTA2020000349DM

Histórico da Instituição: 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.

A entidade tem como atividade principal a assistência médico-hospitalar e conta com um corpo clínico de 19 médicos que atendem em diversas especialidades como clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria, anestesiologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia, e radiologia.

A instituição é referência regional aos municípios de Caiabu, Indiana e, eventualmente, presta atendimentos a outros municípios da região

QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

OBJETO: CUSTEIO - AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO: GÊNEROS ALIMENTÍCIOS, PRODUTOS DE LIMPEZA, MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES, MEDICAMENTOS (antibióticos, analgésicos, anti-inflamatório, anestésicos, diuréticos, anticoagulantes, sedativos, soro fisiológico, soro glico-fisiológico, soro glicosado, água destilada, diluentes em geral, anticonvulsivantes, gases medicinais).

OBJETIVO: Promover a assistência médico-hospitalar com melhora na qualidade e na gestão; aquisição de Medicamentos, Materiais de Consumo Hospitalar, Material de Consumo em Geral, Oxigênio, Produtos Alimentícios em Geral, a serem utilizados na assistência médico-hospitalar dos pacientes atendidos na instituição, melhorando sensivelmente a qualidade dos serviços prestados.

JUSTIFICATIVA: Com a disponibilidade dos recursos financeiros pretende-se melhorar a assistência e integração dos serviços existentes no Hospital ao SUS, com garantia de atendimento aos problemas de saúde relevantes da população, buscando equidade, qualidade e acessibilidade. Resumidamente, tornar disponível e eficiente o acesso à assistência à saúde da população local e regional.

LOCAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS - SP

Observações

METAS A SEREM ATINGIDAS

Metas Quantitativas

Ações para Alcance: Adquirir os itens de consumo, conforme classificação proposta no plano de trabalho, para manter a média de 10.180 procedimentos ambulatoriais/mês e 76 internações hospitalares/mês

Situação Atual: São realizados em média 10.180 procedimentos ambulatoriais e 76 internações hospitalares mensais. O perfil de atendimento está voltado para procedimentos de diagnóstico, clínicos e cirúrgicos

Situação Pretendida: Com a aquisição se pretende manter a média mensal dos atendimentos ambulatoriais e as internações, dentro do perfil de atendimento.

Indicador de Resultado: Produção ambulatorial e hospitalar atual (SIA/SIH*) / Procedimentos ambulatoriais anterior

*Fonte SIA/SIH- Sistema de Informações Ambulatoriais /Sistema de Informações Hospitalares



SESPTA2020000349DM

Metas Qualitativas

Ações para Alcance: Realizar a pesquisa de satisfação entre os usuários atendidos no período do convênio.
 Situação Atual: Na pesquisa de satisfação respondida pelos usuários o Grau de Satisfação corresponde a 65% de "Bom e Ótimo" em relação ao atendimento.
 Situação Pretendida: Manter o Grau de Satisfação em 65% de "Bom e Ótimo" em relação ao atendimento dispensado aos usuários.
 Indicador de Resultado: Números de avaliados como "BOM e ÓTIMO" /números de pacientes que responderam a pesquisa x 100.

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapas	Duração	Descrição
1	PESQUISA DE PREÇOS	30 DIAS	PESQUISA DE PREÇOS
2	AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO	90 DIAS	AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
1	CUSTEIO	MATERIAL DE CONSUMO	GENEROS ALIMENTÍCIOS	00,00	0	4.000,00	4
2	CUSTEIO	MATERIAL DE CONSUMO	PRODUTOS DE LIMPEZA	00,00	0	6.000,00	6
3	CUSTEIO	MATERIAL DE CONSUMO	MEDICAMENTOS	00,00	0	60.000,00	60
4	CUSTEIO	MATERIAL DE CONSUMO	MATERIAIS MEDICO HOSPITALAR	00,00	0	30.000,00	30

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

OBJETO: Custeio - Gêneros Alimentícios, Materiais de Limpeza, Medicamentos e Materiais Médico-Hospitais		
OBJETO: Custeio	PRAZO PROPOSTO INÍCIO: data da assinatura do convênio. FINAL: 31/03/2021	DATA BASE 29/05/2020

CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO

RECURSOS ESTADUAL	100.000,00
RECURSOS PRÓPRIO	0,00
VALOR CONVÊNIO	100.000,00

PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste

Término: 31/03/2021

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO:

CPF	Nome da Pessoa	Função	Cargo	Email
044.310.308-91	REINALDO PERCINOTO	PROVEDOR	PROVEDOR	professorprovedor@gmail.com
277.338.028-22	MÁRIO HENRIQUE MACHADO	ASSESSOR	ASSESSOR	veregentefeijo@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, DECLARO, para fins de prova junto à Secretária de Estado da Saúde, 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 de Plano de Trabalho.

ASSINATURAS DIGITAIS

Documento assinado digitalmente pela(s) pessoa(s) abaixo, conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

Martinópolis, 17 de Dezembro de 2020

REINALDO PERCINOTO
Gestor Entidade
SANTA CASA DE MISERICORDIA PADRE JOAO SCHNEIDER

MARLENE MENDES SILVA DAMACENA
Diretor Técnico de Saúde III
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE / DIRETORIA

WILSON ROBERTO DE LIMA
Coordenador
CGOF / COORDENADORIA DE GESTÃO ORÇAMENTARIA E FINANCEIRA / GABINETE DO COORDENADOR

JEANCARLO GORINCHTEYN
Secretário de Saúde
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: WILSON ROBERTO DE LIMA
Assinado com senha por: REINALDO PERCINOTO
Assinado com senha por: JEANCARLO GORINCHTEYN
Assinado com senha por: MARLENE MENDES SILVA DAMACENA
Documento N°: 120834A0136282 - consulta é autenticada em:
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/120834A0136282>



SESPTA2020000349DM