

**PLANO DE TRABALHO****INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

|                                                                 |                    |          |          |                             |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|----------|----------|-----------------------------|
| Número do PT:                                                   |                    |          |          |                             |
| Órgão/Entidade: SANTA CASA DE MISERICORDIA PADRE JOAO SCHNEIDER |                    |          |          |                             |
| CNPJ: 52.268.596/0001-09                                        |                    |          |          |                             |
| Endereço: Rua Jose Henrique de Melo, 236                        |                    |          |          |                             |
| Município: Martinópolis CEP: 19.570-000                         |                    |          |          |                             |
| 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 |

**GESTOR DO CONVÊNIO**

|                |              |                         |                        |                        |
|----------------|--------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| CPF            | RG           | Nome do Gestor          | Cargo                  | Email                  |
| 045.362.778-11 | 14.633.897-2 | Elidamar Batista Camara | Gerente Administrativo | elidamar63@hotmail.com |

**RECEBIMENTO DO RECURSO**

|                                                                                  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Banco: 001 Agência: 7655 Número: 748 -X                                          |  |  |  |  |
| Praça de Pagamento: Martinópolis                                                 |  |  |  |  |
| Gestor do Convênio: Elidamar Batista Camara                                      |  |  |  |  |
| Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso. |  |  |  |  |

**CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

SESPTA2022011337DM

**Missão da Instituição:** Prestar atendimento a saúde de forma a garantir o bem estar do paciente com qualidade, dedicação, respeito e trabalho. Manter, administrar e desenvolver o Hospital de Caridade; 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 ConvênioSUS com o gestor municipal, subvenções e convênios para atendimento das urgências emergências dos municípios de Caiabu, Indiana e outros.

**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, obstetrícia, pediatria, anestesiologia, ortopedia, ultrassonografia, fisioterapia e radiologia, possui ainda 53 leitos existentes, sendo 39 ofertados ao sistema SUS. 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 MEDICAMENTOS: DIRONA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL 2ML, TRAMADOL 50 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL 2M, CEFTRIAXONA 1.000 MG PO LIOFILO INJETAVEL FRASCO/AMPOLA. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS MEDICO E HOSPITALARES: BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO, COMPRESSA DE GAZE 13 FIOS ESTERIL, EQUIPO TIPO CONEXAO 2 VIAS, EQUIPO MACROGOTAS. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: EMPRESA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SETOR DE PRONTO SOCORRO

**Objetivo:** Com a aquisição dos itens desse projeto, a Santa Casa de Martinopolis visa garantir a melhoria da assistência prestada aos usuarios SUS.

**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 - Rua José Henrique de Melo, 236

**Observações:** Emenda Parlamentar Mauro Bragato

#### METAS A SEREM ATINGIDAS

**Metas Quantitativas:** Manter a média mensal de 8.333 procedimentos ambulatoriais (02 Procedimentos com finalidade diagnóstica, 03-Procedimentos clínicos, 04-Procedimentos cirúrgicos), por 12 meses, com base no realizado no ano de 2021. Fonte: Tabnet.saude.sp.gov.br

**Ações para Alcance:** Adquirir medicamentos e materiais medico hospitalares para complementar os estoques com o objetivo de manter a média de procedimentos ambulatoriais pactuados com o gestor local do SUS.



SESPTA2022011337DM

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Metas Quantitativas: Manter a média mensal de 8.333 procedimentos ambulatoriais (02 Procedimentos com finalidade diagnóstica, 03-Procedimentos clínicos, 04-Procedimentos cirúrgicos), por 12 meses, com base no realizado no ano de 2021. Fonte: Tabnet.saude.sp.gov.br</b>                                                                                                        |  |  |  |  |
| Situação Atual: A entidade mantém a média mensal de procedimentos ambulatoriais pactuados com gestor local do SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Situação Pretendida: Manter a média mensal procedimentos ambulatoriais pactuados com o gestor municipal do SUS                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| Indicador de Resultado: Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados no período do convênio com relação à quantidade de procedimentos ambulatoriais previstos no convênio SUS.<br>Formula de cálculo: Formula de cálculo: número de procedimentos realizados no período do convênio / número de procedimentos contratualizados com o gestor municipal x100. fonte: SIA/SIH/FPO |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Metas Qualitativas: CAPACITAR PROFISSIONAIS ENFERMEIROS PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO PROTOCOLO DE MANCHESTER.</b>                                                                     |  |  |  |  |
| Ações para Alcance: Implementar ações de acolhimento dos pacientes e classificação de risco segundo protocolo de Manchester, mediante capacitação de profissionais enfermeiros.                               |  |  |  |  |
| Situação Atual: Profissionais enfermeiros que realizam a classificação de risco supracitada, porém sem o devido treinamento para tal.                                                                         |  |  |  |  |
| Situação Pretendida: Capacitar 100% dos profissionais Enfermeiros da unidade hospitalar para realização da classificação de risco segundo protocolo de manchester.                                            |  |  |  |  |
| Indicador de Resultado: profissionais capacitados / pelo número de profissionais indicado - 07 enfermeiros x 100. Fonte: Relatório dos profissionais capacitados, listas de presença e certificados do curso. |  |  |  |  |

**ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO**

| Ordem | Etapa                            | Duração | Descrição                        |
|-------|----------------------------------|---------|----------------------------------|
| 1     | Pesquisa de Preços               | 30 dias | Pesquisa de Preços               |
| 2     | Aquisição Medicamentos           | 60 dias | Aquisição de Medicamentos        |
| 3     | Aquisição de Material de Consumo | 60 dias | Aquisição de Material de Consumo |
| 5     | Prestação de Serviços: Médicos   | 60 dias | Prestação de Serviços: Médicos   |

**PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS**

| Ordem | Natureza | Tipo Objeto                     | Aplicação                                                                     | Proponente | % | Concedente | %      |
|-------|----------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|---|------------|--------|
| 1     | Custeio  | Material de Consumo Medicamento | Aquisição de medicamentos - Analgésicos - Dipirona 500mg/ml solução injetável | 0,00       | 0 | 23.333,00  | 11,67% |



SESPTA2022011337DM

|   |         |                                                     |                                                                                                         |      |   |           |        |
|---|---------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|-----------|--------|
| 2 | Custeio | Material de Consumo Medicamento                     | Aquisição de medicamentos - Analgésicos - Tramadol 100 mg/2ml injetável                                 | 0,00 | 0 | 23.333,00 | 11,67% |
| 3 | Custeio | Material de Consumo Medicamento                     | Aquisição de medicamentos - ceftriaxona 1.000 mg po liofilo injetavel                                   | 0,00 |   | 23.333,00 | 11,66% |
| 4 | Custeio | Material de Consumo Materiais medico hospitalares   | Aquisição de Material Medico Hospitalar - Gaze 13 fios estéril                                          | 0,00 | 0 | 17.500,00 | 8,75%  |
| 5 | Custeio | Material de Consumo Materiais medico hospitalares   | Material Medico hospitalar - Bolsa coletora de urina sistema fechado 2000 ml com válvula antirrefluxico | 0,00 | 0 | 17.500,00 | 8,75%  |
| 6 | Custeio | Material de Consumo Materiais medico hospitalares   | equipo tipo conexao 2 vias com clamp                                                                    | 0,00 | 0 | 17.500    | 8,75%  |
| 7 | Custeio | Material de Consumo Materiais medico hospitalares   | equipo macrogotas com injetor lateral                                                                   | 0,00 | 0 | 17.500,00 | 8,75%  |
| 8 | Custeio | Prestação de Serviços Materiais medico hospitalares | Prestação de serviços médicos de urgência e emergência no setor de pronto socorro                       | 0,00 | 0 | 60.000,00 | 30%    |

**1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

| Nº Parcela | Valor      | %    | Proponente | % | Concedente | %    | Total de Desembolso |
|------------|------------|------|------------|---|------------|------|---------------------|
| 1          | 200.000,00 | 100% | 00,00      | 0 | 200.000,00 | 100% | 200.000,00          |

**2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO**

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:

Término: 30/06/2023

**3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO**

SESPTA2022011337DM

| CPF            | Nome da Pessoa         | Função   | Cargo    | Email                      |
|----------------|------------------------|----------|----------|----------------------------|
| 277.338.028-22 | Mario 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, 14 de Dezembro de 2022

REINALDO PERCINOTO  
PROVEDOR  
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  
Assinado pelo substituto MARILSA DA SILVA E SILVA

JEANCARLO GORINCHTEYN  
Secretário de Saúde  
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: JEANCARLO GORINCHTEYN - 14/12/2022 às 10:46:03  
Assinado com senha por: MARILSA DA SILVA E SILVA - 28/11/2022 às 21:44:32  
Assinado com senha por: MARLENE MENDES SILVA DAMACENA - 24/11/2022 às 09:10:37  
Assinado com senha por: REINALDO PERCINOTO - 23/11/2022 às 10:41:09  
Documento N°: 050236A1897600 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050236A1897600>



SESPTA2022011337DM