



SANTA CASA - MARTINÓPOLIS

Plano de Trabalho para Formalização de Convênio

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT: 11067 NIS Processo:
Órgão/Entidade: **SANTA CASA - MARTINÓPOLIS**
CNPJ: 52.268.596/0001-09
Endereço: RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELO Número: 236
Município: Martinópolis CEP: 07780000
Telefone: 32751000
Email: santacasa@stetnet.com.br

CPF	Nome Responsável	Função	Cargo	Email
Nenhuma Pessoa Cadastrada!				

RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: 001 Agência: 03107 Número: 00022135X Praça de Pagamento: MARTINÓPOLIS
Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Histórico e Características

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 11 médicos que atendem em diversas especialidades como clínica médica, obstetrícia, pediatria, anestesiologia, ortopedia 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

CUSTEIO
Material de Consumo: medicamentos e material médico-hospitalar.

Objetivo
Garantir os atendimentos ambulatorial e hospitalar previstos no convênio de assistência à saúde aos municípios de Martinópolis, Caiabu e Indiana.

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 de Martinópolis – SP

Observações
Emenda Parlamentar nº 2019.024.036-4 Deputado Ed Thomas

METAS A SEREM ATINGIDAS

Metas Quantitativas

Manter a média de 10.180 procedimentos ambulatoriais/mês

Ações para Alcance: Disponibilizar materiais de custeio para realizar procedimentos ambulatoriais
Situação Atual: Atual: Média de 10.180 procedimentos ambulatoriais/mês
Situação Pretendida: Média de 10.180 procedimentos ambulatoriais/mês
Indicador de Resultado: Produção ambulatorial atual (SIA*) / Procedimentos ambulatoriais anterior *Fonte SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais

Metas Qualitativas

Manter em 75% a pesquisa de grau de satisfação "BOM" e "ÓTIMO" dos usuários atendidos pelo SUS.

Ações para Alcance: Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários SUS de acordo com os critérios especificados em norma interna.
Situação Atual: Pesquisa de satisfação atingindo acima de 65% de "BOM" e "ÓTIMO" de satisfação do usuário
Situação Pretendida: Pesquisa de satisfação atingindo acima de 75% de "BOM" e "ÓTIMO" de satisfação do usuário
Indicador de Resultado: Números de avaliados como "BOM e ÓTIMO" / números de pacientes entrevistados x 100.

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapas	Duração	Descrição
1	Pesquisa de Preços	60	
2	Material de Consumo – Aquisição de Medicamentos e Gases Medicinais	0	
3	Material de Consumo – Aquisição de Material Hospitalar	0	

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
				0,00	0,00	100.000,00	100,00



SANTA CASA - MARTINÓPOLIS

Plano de Trabalho para Formalização de Convênio

1	CUSTEIO	Medicamentos	Material de Consumo – Aquisição de Medicamentos e Gases Medicinais	0,00	0,00	50.000,00	50,00
2	CUSTEIO	Material Médico e Hospitalar	Material de Consumo – Aquisição de Material Hospitalar	0,00	0,00	50.000,00	50,00
				0,00	0,00	100.000,00	100,00

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela	Valor	%	Proponente	%	Concedente	%	Total Desembolso
1	100.000,00	100,00	0,00	0,00	100.000,00	100,00	100.000,00
	100.000,00	100,00	0,00	0,00	100.000,00	100,00	100.000,00

PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste

Término: 31/12/2019

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

CPF	Nome da Pessoa	Função	Cargo	Email
277.338.028-22	MARIO HENRIQUE MACHADO	Administrador Local Beneficiário	ASSESSOR DE GESTÃO HOSPITALAR	
040.979.298-52	SERGIO SARDINHA	Autoridade Beneficiário	PROVEDOR	

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.

Data Assinatura	CPF	Nome da Pessoa	Entidade	Cargo
Nenhuma Assinatura Registrada!				

Plano de Trabalho emitido pelo sistema SANI - SES/SP.