



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER - MARTINÓPOLIS

## Plano de Trabalho para Formalização de Convênio

### INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT: 11179 NIS Processo: 11416  
Órgão/Entidade: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER - 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: 76554 Número: 000002356 Praça de Pagamento: MARTINOPOLIS  
Gestor do Convênio:  
Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

### CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

#### MISSAO

•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.

#### HISTÓRICO

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, urologia, ortopedia, gastroenterologia 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

Material de Consumo: medicamentos e material médico-hospitalar.

#### Objetivo

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

#### Justificativa

Com a disponibilidade dos recursos financeiros no valor de R\$ 200.000,00,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 2019.515.013-9 Deputado Cezinha de Madureira

### METAS A SEREM ATINGIDAS

#### Metas Quantitativas

**Manter a média de 7.832 procedimentos ambulatoriais/mês Disponibilizar materiais de custeio para realizar procedimentos ambulatoriais**

Ações para Alcance: Disponibilizar materiais de custeio para realizar procedimentos ambulatoriais por 04 a 05 meses

Situação Atual: Atual: Média mensal de 7.832 procedimentos ambulatoriais/mês

Situação Pretendida: Média mensal de 7.832 procedimentos ambulatoriais/mês por 04 a 05 meses

Indicador de Resultado: Produção ambulatorial atual (SIA\*) / Procedimentos ambulatoriais anterior \*Fonte SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais JAN A DEZ/2018

#### Metas Qualitativas

**Manter em 65% 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, conforme documento salvo em ANEXOS neste plano de trabalho

Situação Atual: Pesquisa de satisfação mantendo 65% de "BOM" e "ÓTIMO "de satisfação do usuário

Situação Pretendida: Pesquisa de satisfação mantendo 65% de "BOM" e "ÓTIMO "de satisfação do usuário

Indicador de Resultado: Números de avaliados como "BOM e ÓTMO "/números de pacientes entrevistados x 100.

### ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

| Ordem | Etapa | Duração | Descrição |
|-------|-------|---------|-----------|
|-------|-------|---------|-----------|





**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER - MARTINÓPOLIS**  
**Plano de Trabalho para Formalização de Convênio**

|   |                                          |   |                                          |
|---|------------------------------------------|---|------------------------------------------|
| 1 | COTAÇÃO DE PREÇOS                        |   | COTAÇÃO DE PREÇOS                        |
| 2 | AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS                | 0 | AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS                |
| 3 | AQUISIÇÃO DE MATERIAIS MEDICO HOSPITALAR | 0 | aquisição de materiais medico hospitalar |

**PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS**

| Ordem | Natureza | Tipo Objeto                  | Aplicação                               | Proponente | %    | Concedente | %      |
|-------|----------|------------------------------|-----------------------------------------|------------|------|------------|--------|
| 1     | CUSTEIO  | Outros Materiais de Consumo  | COTAÇÃO DE PREÇOS                       |            | 0,00 |            |        |
| 2     | CUSTEIO  | Medicamentos                 | AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS               | 0,00       | 0,00 | 120.000,00 | 60,00  |
| 3     | CUSTEIO  | Material Médico e Hospitalar | AQUISIÇÃO DE MATERIAL MEDICO HOSPITALAR | 0,00       | 0,00 | 80.000,00  | 40,00  |
|       |          |                              |                                         | 0,00       | 0,00 | 200.000,00 | 100,00 |

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

| Parcela    | Valor      | %      | Proponente | %    | Concedente | %      | Total Desembolso |
|------------|------------|--------|------------|------|------------|--------|------------------|
| 1          | 200.000,00 | 100,00 | 0,00       | 0,00 | 200.000,00 | 100,00 | 200.000,00       |
| 200.000,00 |            | 100,00 | 0,00       | 0,00 | 200.000,00 | 100,00 | 200.000,00       |

**PREVISÃO DE EXECUÇÃO**

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste

Término: 31/12/2020

**RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO**

| CPF            | Nome da Pessoa         | Função                           | Cargo                         | Email |
|----------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------|
| 277.338.028-22 | MARIO HENRIQUE MACHADO | Administrador Local Beneficiário | SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE |       |
| 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 inexistem 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                        |
|--|-----------------|----------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | 15/08/2019      | 029.139.048-07 | Eloiso Vieira Assunção Filho   |                                                                | Coordenador de Gabinete      |
|  | 15/08/2019      | 847.107.218-15 | Jorge Yochinobu Chihara        | DRS XI - Presidente Prudente                                   | Diretor Técnico de Saúde III |
|  | 15/08/2019      | 040.979.298-52 | SERGIO SARDINHA                | SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER - MARTINÓPOLIS | PROVEDOR                     |
|  | 15/08/2019      | 672.438.518-00 | José Henrique Germann Ferreira | SES/GABINETE - Gabinete do Secretário                          | Secretário da Saúde          |

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