

PLANO DE TRABALHO

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT:

Órgão/Entidade: Casa de Saúde Santa Marcelina

CNPJ: 60.742.616/0001-60

Endereço: Rua Santa Marcelina, 177 - Vila Carmosina

Município: São Paulo CEP: 08270-070

Telefone: (11) 2070-6155

Email: diradm@santamarcelina.org

| CPF | Nome Responsável | Função | Cargo | Email |
|----------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| 128.400.028-17 | Rosane Ghedin | Diretora Presidente | Diretora Presidente | rosane@santamarcelina.org |

GESTOR DO CONVÊNIO

| CPF | RG | Nome do Gestor | Cargo | Email |
|----------------|--------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|
| 205.388.268-94 | 12.962.494-9 | Leonardo Mauri | Diretor Técnico | leonardo.mauri@santamarcelina.org |

RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: 0001 Agência: 1911-9 Número: 9213-4

Praça de Pagamento: São Paulo

Gestor do Convênio: Leonardo Mauri

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Missão da Instituição: Oferecer Assistência, Ensino e Pesquisa em saúde, com excelência, à luz dos valores éticos, humanitários e cristãos.

Histórico da Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina fundada há 60 anos pela "Congregação das Irmãs de Santa Marcelina" cujo carisma é formar através da convivência, personalidades humanas, profissionalmente maduras, dando assistência aos doentes e pessoas carentes de qualquer idade e condição, sempre com enfoque educativo e, desta forma, contribuir para melhorar a sociedade.

QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Objeto: Custeio

Objetivo: Aquisição de Luvas Cirúrgicas e Seringas Descartáveis



Justificativa: A Casa de Saúde Santa Marcelina sofre persistente superlotação de pacientes nas frentes de atendimentos e áreas de internações que propiciam suporte aos pacientes em situação de urgência e emergência com sérios transtornos no tempo e qualidade de atendimento. Salas de emergências com pacientes graves em situação de risco de vida, muitos com necessidades de vagas de UTI, demandando não somente recursos materiais, mas também de profissionais para prestar a assistência necessária de forma ininterrupta. Diante a situação exposta acima e, em razão da reconhecida insuficiência dos valores repassados, baseados nas tabelas de remuneração do SUS, a complementação de recursos financeiros se faz necessária afim de que a assistência prestada não sofra prejuízos em decorrência de uma possível falta de materiais/insumos ou de profissionais. Os recursos pleiteados auxiliarão a Instituição na aquisição materiais de consumo – Luvas Cirúrgicas e Seringas Descartáveis, pelo período de 2 meses.

Local: Rua Santa Marcelina, 177 - Vila Carmosina - Itaquera

Observações

METAS A SEREM ATINGIDAS

Metas Quantitativas: Manter a média de permanência do paciente cirúrgico (Financiamento MAC) = igual ou menor que 6 dias (pelo período 60 dias)

Ações para Alcance: Disponibilizar mão de obra qualificada, materiais médicos, medicações e local adequado para a realização das internações

Situação Atual: = igual ou menor que 6 dias.

Situação Pretendida: Manter = igual ou menor que 6 dias.

Indicador de Resultado: Relatório DATASUS SIH

Metas Qualitativas: Manter a taxa de Infecção Hospitalar Geral abaixo de 2% (pelo período 60 dias)

Ações para Alcance: Oferecer assistência integral, disponibilizar recursos humanos qualificados, materiais, medicamentos e ambiente físico adequado conforme demanda

Situação Atual: Menor que 3%

Situação Pretendida: Manter menor que 2%

Indicador de Resultado: Relatório mensal da CCIH com indicador no valor de 3%. O indicador é calculado através da divisão do número de infecções gerais pelo número de pacientes dia x 100

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

| Ordem | Etapa | Duração | Descrição |
|-------|-------------------|---------|-------------------------------------------|
| 1 | Cotação de Preços | 5 dias | Solicitação cotação de preços as empresas |
| 2 | Ordem de Compra | 5 dias | Emitir ordem de compra |
| 3 | Entrega | 5 dias | Recebimento do material |
| 4 | Pagamento | 7 dias | Após entrega do material |

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

| Ordem | Natureza | Tipo Objeto | Aplicação | Proponente | % | Concedente | % |
|-------|----------------------------------|-------------|--------------|------------|-------|------------|------|
| 1 | Aquisição de Material de Consumo | Custeio | Aquisição de | 100.000,00 | 99,21 | 800,00 | 0,79 |



1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| Nº Parcela | Valor | % | Proponente | % | Concedente | % | Total de Desembolso |
|------------|------------|--------|------------|------|------------|------|---------------------|
| 1 | 100.800,00 | 100,00 | 800,00 | 0,79 | 100.000,00 | 0,79 | 100.800,00 |

2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data do recebimento do recurso

Término: 31/12/2023

3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

| CPF | Nome da Pessoa | Função | Cargo | Email |
|----------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| 128.400.028-17 | Rosane Ghedin | Diretora Presidente | Diretora Presidente | rosane@santamarcelina.org |

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.

São Paulo, 23 de Março de 2023

ROSANE GHEDIN
Representante Entidade Parceira
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA CNPJ-60.742.616/0001-60

VÂNIA SOARES DE AZEVEDO TARDELLI
Diretor Técnico de Saúde III
GABINETE-ASSISTENCIATÉCNICA-DRS1/GAB/ASSIST
Assinado pelo substituto GLALCO CYRIACO

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

ELEUSES VIEIRA DE PAIVA
Secretário de Saúde



SESPTA2023000196DM

Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - 23/03/2023 às 11:46:26
Assinado com senha por: WILSON ROBERTO DE LIMA - 27/02/2023 às 15:06:19
Assinado com senha por: GLALCO CYRIACO - 17/02/2023 às 16:19:54
Assinado com senha por: ROSANE GHEDIN - 14/02/2023 às 12:57:46
Documento N°: 050236A2143894 - consulta é autenticada em:
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050236A2143894>



SESPTA2023000196DM