

## PLANO DE TRABALHO

### INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT:				
Órgão/Entidade: CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA				
CNPJ: 60.742.616/0001-60				
Endereço: Rua Santa Marcelina, 177 - Vila Carmosina - Itaquera				
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: 9214-2				
Praça de Pagamento:				
Gestor do Convênio:				
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: Investimento
Objetivo: Aquisição de Equipamento - Polígrafo Para Hemodinâmica E Eletrofisiologia
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, de profissionais ou equipamentos. Os recursos pleiteados auxiliarão a Instituição na aquisição de um dos três equipamentos de Polígrafos necessários para utilização no setor de Hemodinâmica. A aquisição dos outros dois polígrafos será por outra demanda de investimento.
Local: Rua Santa Marcelina, 177 - Vila Carmosina - Itaquera
Observações: CNES 2077477

**METAS A SEREM ATINGIDAS**

<b>Metas Quantitativas: Realização de procedimento de Eletrofisiologia</b>				
Ações para Alcance: Aquisição do equipamento				
Situação Atual: Realização de 8 procedimentos de eletrofisiologia por mês				
Situação Pretendida: Manter a realização de 8 procedimentos de eletrofisiologia por mês				
Indicador de Resultado: Relatório do Datasus SIH (número de procedimentos realizados/número de procedimentos pretendidos) X 100				

<b>Metas Qualitativas: Manter a Média de Permanência de Internação</b>				
Ações para Alcance: Realização dos procedimentos				
Situação Atual: 1 dia de internação				
Situação Pretendida: Manter 1 dia de internação				
Indicador de Resultado: Relatório do Datasus SIH (número de pacientes dia/número de saídas de pacientes) X 100				

**ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO**

Ordem	Etapa	Duração	Descrição
1	Cotação de Preços	10 dias	Solicitar cotação de preços as empresas
2	Ordem de Compra	5 dias	Emitir ordem de compra
3	Entrega	60 dias	Recebimento do Equipamento



4	Pagamento	10 dias	Após da data de entrega do equipamento
---	-----------	---------	--

### PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
1	Aquisição de Equipamento	Investimento	Aquisição de Equipamento	0,00	100,00	150.000,00	100,00
n							

### 1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Nº Parcela	Valor	%	Proponente	%	Concedente	%	Total de Desembolso
01	150.000,00	100,00	0,00	0,00	150.000,00	0,00	150.000,00

### 2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:

Término: 30/06/2023

### 3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

CPF	Nome da Pessoa	Função	Cargo	Email
128.400.028-17	Rosane Ghedin	Diretora Presidente	Diretora Presidente	rosane@santamarcelina.org
#Número	#Nome	#Função	#Função	#e-mail

### 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, 31 de Dezembro de 2022

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

JEANCARLO GORINCHTEYN  
Secretário de Saúde  
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: JEANCARLO GORINCHTEYN - 31/12/2022 às 05:09:28  
Assinado com senha por: WILSON ROBERTO DE LIMA - 30/12/2022 às 11:58:58  
Assinado com senha por: GLALCO CYRIACO - 29/12/2022 às 19:21:55  
Assinado com senha por: ROSANE GHEDIN - 29/12/2022 às 16:49:57  
Documento N°: 050236A1959209 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050236A1959209>



SESPTA2022012287DM