

PLANO DE TRABALHO

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT: 10302093062730000				
Órgão/Entidade: CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA				
CNPJ: 60.742.616/0001-60				
Endereço: Rua Santa Marcelina, 177				
Município: São Paulo CEP: 08270-070				
Telefone: (11) 2070-6155				
E-mail: diradm@santamarcelina.org				
CPF	Nome Responsável	Função	Cargo	E-mail
128.400.028-17	Rosane Ghedin	Diretora Presidente	Diretora Presidente	rosane@santamarcelina.org

GESTOR DO CONVÊNIO

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

RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: 0001 Agência: 1911-9 Número: 9211-8
Praça de Pagamento: nome
Gestor do Convênio: nome
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 59 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 material de consumo - Luvas 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 de vinil pelo período aproximado de 2 semanas.

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

Observações

METAS A SEREM ATINGIDAS

Metas Quantitativas
Ações para Alcance: Manter a realização mensal de 678 (95%) do total de AIH clínicas conforme estabelecido em FPO (714 MAC).
Situação Atual: 678 (95%) da AIH
Situação Pretendida: Manter 678 (95%) da AIH
Indicador de Resultado: Relatórios extraídos do SIH SUS

Metas Qualitativas
Ações para Alcance: Manter a taxa de Infecção Hospitalar Geral abaixo de 2%.
Situação Atual: Menor que 3%
Situação Pretendida: Manter menor que 2%
%
Indicador de Resultado: Relatório 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	Solicitar cotação de preços as empresas
2	Ordem de Compra	5 dias	Emitir Ordem de compra
3	Entrega	5 dias	Material utilizado pelo período aproximado de 1 semana
n	Pagamento	7 dias	Após a data de emissão da nota

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
1	Aquisição de Material de Consumo	Custeio	Aquisição de Material Consumo	20,00	0,02	100.000,00	99,98
n	natureza	Tipo Objeto	Descrever	Número	Número	Número	Número



1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Nº Parcela	Valor	%	Proponente	%	Concedente	%	Total de Desembolso
01	100.000,00	100	20,00	0,02	100.000,00	99,98	100.020,00

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	E-mail
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, 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 04:23:41
Assinado com senha por: WILSON ROBERTO DE LIMA - 30/12/2022 às 14:49:54
Assinado com senha por: GLALCO CYRIACO - 30/12/2022 às 12:00:55
Assinado com senha por: ROSANE GHEDIN - 30/12/2022 às 08:18:10
Documento N°: 050236A1959101 - consulta é autenticada em:
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050236A1959101>



SESPTA2022012329DM