

**PLANO DE TRABALHO****INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

|                                                      |                            |              |                        |                           |
|------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Número do PT:</b> SES-PRC-2023/24869              |                            |              |                        |                           |
| <b>Órgão/Entidade:</b> CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA |                            |              |                        |                           |
| <b>CNPJ:</b> 60.742.616/0001-60                      |                            |              |                        |                           |
| <b>Endereço:</b> R SANTA MARCELINA, 177              |                            |              |                        |                           |
| <b>Município:</b> São Paulo CEP: 08270070            |                            |              |                        |                           |
| <b>Telefone:</b> (11) 2070-6000                      |                            |              |                        |                           |
| <b>E-mail:</b> CONTABIL@SANTAMARCELINA.ORG           |                            |              |                        |                           |
| <b>CPF</b>                                           | <b>Representante Legal</b> | <b>RG</b>    | <b>Cargo</b>           | <b>E-mail</b>             |
| 128.400.028-17                                       | ROSANE GHEDIN              | 19.838.222-4 | Diretora<br>Presidente | rosane@santamarcelina.org |

**GESTOR DO CONVÊNIO**

|                |              |                       |                    |                                   |
|----------------|--------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|
| <b>CPF</b>     | <b>RG</b>    | <b>Nome do Gestor</b> | <b>Cargo</b>       | <b>E-mail</b>                     |
| 205.388.268-94 | 12.962.494-9 | LEONARDO<br>MAURI     | Diretor<br>Técnico | leonardo.mauri@santamarcelina.org |

**RECEBIMENTO DO RECURSO**

**Banco:** Banco do Brasil Agência: 1911-9 Número: 9980-5

**Praça de Pagamento:**

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso e pagamento das despesas neste convênio.

**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 63 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 o enfoque educativo e, desta forma, contribuir para melhorar a sociedade.

**QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

**Objeto:** Investimentos - Equipamentos

**Objetivo:**

Aquisição de bomba de infusão.



SESPTA2025000544DM

**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 a fim de que a assistência prestada não sofra prejuízos em decorrência de uma possível falta de materiais/insumos, equipamentos ou de profissionais. Os recursos pleiteados auxiliarão a Instituição na aquisição de novos equipamentos, a fim de permanecer a oferta de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Local de execução:** Rua Santa Marcelina, 177 - Vila Carmosina - São Paulo - **CEP** 08.270-070

**Observações:**

**CNES:** 2077477

**METAS A SEREM ATINGIDAS****Metas Qualitativas:**

|                                         |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Substituir equipamentos para manter taxa de ocupação em 90% nos leitos de terapia intensiva tipo III                                            |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Oferecer assistência integral, disponibilizar recursos humanos qualificados, materiais, medicamento e ambiente físico adequado conforme demanda |
| <b>Situação Atual:</b>                  | 90% dos leitos de UTI                                                                                                                           |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | Manter Taxa de ocupação acima de 90% nos leitos de terapia intensiva tipo III                                                                   |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório Institucional com os dados de pacientes dia e capacidade Instalada.                                                                   |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | Número de pacientes/dia pelo número de de leitos/dia (UTI III)                                                                                  |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatório Institucional                                                                                                                         |

**Metas Quantitativas:**

SESPTA2025000544DM

|                                         |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | reduzir risco de Flebite nas UTIs adulto                                                                                                        |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Oferecer assistência integral, disponibilizar recursos humanos qualificados, materiais, medicamento e ambiente físico adequado conforme demanda |
| <b>Situação Atual:</b>                  | 80% dos pacientes internados em UTI                                                                                                             |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | Avaliar 100% dos pacientes quanto ao risco de Flebite ( 270 pacientes dia)                                                                      |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório Institucional com a quantidade pacientes que tem risco de flebite e o número de pacientes internados em UTI                           |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | Número de pacientes avaliados quanto ao risco de Flebite dividido pelo número de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva adulto. |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatório Institucional                                                                                                                         |

## ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

| Ordem | Etapa | Duração da execução (em dias) | Descrição          |
|-------|-------|-------------------------------|--------------------|
| 1     | 1     | 10                            | Cotação de valores |
| 2     | 2     | 10                            | Ordem de compra    |
| 3     | 3     | 30                            | Pagamento          |
| 4     | 4     | 60                            | Recebimento        |

## PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

| Ordem  | Tipo Objeto                  | Item                                                    | Especificação                 | Proponente | %     | Concedente     | %       |
|--------|------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|-------|----------------|---------|
| 1      | Investimentos - Equipamentos | Equipamento - Bomba de Infusão via enteral e parenteral | Aquisição de bomba de infusão | 0,00       | 0,00% | 100.000,00     | 100,00% |
| Total: |                              |                                                         |                               | R\$ 0,00   | 0,00% | R\$ 100.000,00 | 100,00% |

## 1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| Nº Parcela | Valor Parcela  | Proponente | %    | Concedente     | %      | Total de Desembolso |
|------------|----------------|------------|------|----------------|--------|---------------------|
| 1          | R\$ 100.000,00 | R\$ 0,00   | 0,00 | R\$ 100.000,00 | 100,00 | R\$ 100.000,00      |

## 2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:



SESPTA2025000544DM

Término: Vigência do Ajuste

### 3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

| CPF            | Nome          | RG           | Cargo               | E-mail                    |
|----------------|---------------|--------------|---------------------|---------------------------|
| 128.400.028-17 | ROSANE GHEDIN | 19.838.222-4 | Diretora Presidente | rosane@santamarcelina.org |

### ASSINATURAS DIGITAIS

Documento assinado digitalmente pela(s) pessoa(s) abaixo, conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

São Paulo, 30 de Janeiro de 2025

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

MARCIO ROBERTO DE LUCIO  
Diretor Técnico de Saúde III  
DIRETORIADODRSI-GRANDESÃOPAULO-CRS/DRS1

TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER  
Coordenador  
CGOF / COORDENADORIA DE GESTÃO ORÇAMENTARIA E FINANCEIRA / GABINETE DO COORDENADOR

ELEUSES VIEIRA DE PAIVA  
Secretário de Saúde  
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: ROSANE GHEDIN - 27/01/2025 às 16:45:30  
Assinado com senha por: MARCIO ROBERTO DE LUCIO - 28/01/2025 às 12:12:57  
Assinado com senha por: TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER - 29/01/2025 às 20:51:11  
Assinado com senha por: ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - 30/01/2025 às 11:45:03  
Documento N°: 050243A4433555 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050243A4433555>



SESPTA2025000544DM