

PLANO DE TRABALHO**INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

Número do PT: SES-PRC-2023/24964				
Órgão/Entidade: CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA				
CNPJ: 60.742.616/0001-60				
Endereço: R SANTA MARCELINA, 177				
Município: São Paulo CEP: 08270070				
Telefone: (11) 2070-6000				
E-mail: CONTABIL@SANTAMARCELINA.ORG				
CPF	Representante Legal	RG	Cargo	E-mail
12840002817	ROSANE GHEDIN	19838222	Gestor (a) Entidade	rosane@santamarcelina.org

GESTOR DO CONVÊNIO

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

RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: Banco do Brasil Agência: 1911-9 Número: 9591-5

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 ventilador pulmonar



SESPTA2025000397DM

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. A aquisição de **ventiladores pulmonares**, equipamentos essenciais para o suporte respiratório de pacientes em situações críticas, como aqueles com insuficiência respiratória aguda, em unidades de terapia intensiva (UTI), emergências ou durante procedimentos cirúrgicos que necessitem de ventilação assistida.

O ventilador pulmonar é fundamental para a manutenção da função respiratória de pacientes que apresentam dificuldades para respirar de forma espontânea, seja por condições como síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), pneumonia grave, doenças pulmonares crônicas ou trauma. Este equipamento permite o controle da ventilação, ajustando a quantidade de ar administrado aos pulmões, a pressão e o tempo de respiração, de acordo com as necessidades do paciente. Ventilador pulmonar visa melhorar a capacidade de resposta a emergências respiratórias e garantir um atendimento mais seguro e eficaz a pacientes em risco, além de otimizar os recursos hospitalares para o enfrentamento de situações de alta complexidade. Sua utilização contribui para a redução da mortalidade em unidades críticas e acelera a recuperação dos pacientes ao garantir uma ventilação adequada até que a função respiratória seja restaurada.

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

Observações:

CNES: 2077477

METAS A SEREM ATINGIDAS**Metas Qualitativas:**

Descrição da Meta:	Retorno mínimo de 80% de aprovação mensal pelos usuários
Ações para Alcance:	Oferecer assistência integral, disponibilizar recursos humanos qualificados, materiais, medicamento e ambiente físico adequado conforme demanda
Situação Atual:	80% de satisfação entre bom e ótimo
Situação Pretendida:	Manter Retorno mínimo de 80% de aprovação mensal pelos usuários
Indicador de Resultado:	Relatório da instituição



SESPTA2025000397DM

Fórmula de Cálculo do Indicador:	(Usuários SUS que responderão bom-ótimo em pesquisa de satisfação no mês/pelo total de usuários SUS que responderão pesquisa de satisfação no mês) 2000 atendimentos de internação, 100 pacientes que vão responder a pesquisa de satisfação, que corresponde a 5% do número total.
Fonte do Indicador:	Relatório Institucional

Metas Quantitativas:

Descrição da Meta:	Manter Taxa de ocupação de 90% nos leitos de terapia intensiva tipo III
Ações para Alcance:	Oferecer assistência integral, disponibilizar recursos humanos qualificados, materiais, medicamento e ambiente físico adequado conforme demanda
Situação Atual:	90%
Situação Pretendida:	Manter Taxa de ocupação de 90% nos leitos de terapia intensiva tipo III
Indicador de Resultado:	Capacidade instalada e o número de diárias utilizadas
Fórmula de Cálculo do Indicador:	Número de pacientes/dia pelo número de de leitos/dia (UTI III)
Fonte do Indicador:	SIA/SIH/Datasus/MS

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapas	Duração da execução (em dias)	Descrição
1	1	10	Cotação de valores
2	2	10	Ordem de pagamento
3	3	30	Pagamento
4	4	60	Recebimento

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Tipo Objeto	Item	Especificação	Proponente	%	Concedente	%
-------	-------------	------	---------------	------------	---	------------	---



1	Investimentos - Equipamentos	Investimento - Equipamentos - Outros (Especificar no Plano de Trabalho)	Aquisição de ventilador pulmonar	0,00	0,00%	483.000,00	100,00%
Total:				R\$ 0,00	0,00%	R\$ 483.000,00	100,00%

1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Nº Parcela	Valor Parcela	Proponente	%	Concedente	%	Total de Desembolso
1	R\$ 483.000,00	R\$ 0,00	0,00	R\$ 483.000,00	100,00	R\$ 483.000,00

2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:

Término: Vigência do Ajuste

3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

CPF	Nome	RG	Cargo	E-mail
128.400.028-17	ROSANE GHEDIN	19838222	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, 24 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-GRANDESÃO PAULO-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 - 22/01/2025 às 15:28:29
Assinado com senha por: MARCIO ROBERTO DE LUCIO - 22/01/2025 às 16:07:46
Assinado com senha por: TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER - 24/01/2025 às 16:54:58
Assinado com senha por: ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - 24/01/2025 às 18:29:28
Documento N°: 050243A4417855 - consulta é autenticada em:
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050243A4417855>



SESPTA2025000397DM