

PLANO DE TRABALHO**INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

Número do PT: SES-PRC-2023/24780				
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	19838222-4	Diretora Presidente	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: 9590-7

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 62 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: Custeio - Material de consumo

Objetivo:

Aquisição de medicamento NPP



SESPTA2025000453DM

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 medicações, a fim de permanecer a oferta de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. A aquisição da NPP SMOFKABIVEN, visa proporcionar um benefício significativo para os pacientes que necessitam de suporte nutricional parenteral, especialmente aqueles que se encontram em situações clínicas graves e em unidades de terapia intensiva (UTI).

Este medicamento tem um impacto positivo na recuperação dos pacientes, pois ajuda a melhorar o estado nutricional, apoiar a função imunológica e acelerar a cicatrização de tecidos. Além disso, contribui para a redução de complicações associadas à desnutrição, como infecções e delays na recuperação pós-cirúrgica, promovendo, assim, uma melhora geral no prognóstico dos pacientes. A implementação da NPP SMOFKABIVEN permitirá oferecer um tratamento mais eficiente e humanizado, especialmente para aqueles que se encontram em estado crítico e necessitam de um suporte nutricional de alta qualidade para superar a fase de recuperação.

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:	Taxa de ocupação de 90% nos leitos de terapia intensiva tipo III, mensurado mensalmente por 6 meses
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, mensurado mensalmente por 6 meses.
Indicador de Resultado:	Relatório Institucional
Fórmula de Cálculo do Indicador:	Número de pacientes/dia pelo número de de leitos/dia (UTI III)
Fonte do Indicador:	SIA/SIH/Datasus/MS



SESPTA2025000453DM

Metas Quantitativas:

Descrição da Meta:	Taxa de adesão ao Bundle de Infecção de Cateter Venoso Central maior que 90%
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 adesão ao Bundle de Infecção de Cateter Venoso Central maior que 90%
Indicador de Resultado:	Relatório Institucional
Fórmula de Cálculo do Indicador:	Número de Medidas de Prevenção de ICVC dividido pelo número de pacientes que utilizam cateter venoso central x 100
Fonte do Indicador:	Relatório da CCIH

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapas	Duração da execução (em dias)	Descrição
1	1	10	Cotação de preços
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	Custeio - Material de consumo	Custeio - Material de consumo - Outros (Especificar no Plano de Trabalho)	Aquisição de NPP	0,00	0,00%	99.880,00	100,00%
Total:				R\$ 0,00	0,00%	R\$ 99.880,00	100,00%

1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Nº Parcela	Valor Parcela	Proponente	%	Concedente	%	Total de Desembolso
1	R\$ 99.880,00	R\$ 0,00	0,00	R\$ 99.880,00	100,00	R\$ 99.880,00

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, 28 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 - 24/01/2025 às 10:17:46
Assinado com senha por: MARCIO ROBERTO DE LUCIO - 24/01/2025 às 11:39:10
Assinado com senha por: TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER - 27/01/2025 às 17:21:53
Assinado com senha por: ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - 28/01/2025 às 12:58:04
Documento N°: 050243A4425604 - consulta é autenticada em:
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050243A4425604>



SESPTA2025000453DM