

PLANO DE TRABALHO

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT: SES-PRC-2024/01291				
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: 9978-3

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: Investimentos - Equipamentos

Objetivo:

Aquisição de Equipamento - Bomba de Infusão



SESPTA2025000580DM

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 bomba de infusão é um equipamento médico essencial para a administração segura e precisa de medicamentos intravenosos, como analgésicos, antibióticos e outros fármacos, além de soluções nutricionais e hidratação para pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Este equipamento é de fundamental importância para garantir a precisão e a segurança no tratamento de pacientes em nossas unidades de internação, especialmente em setores como a **UTI, pronto-socorro e enfermarias**, onde o controle rigoroso da dosagem e da velocidade de administração dos medicamentos é crucial.

A aquisição das bombas de infusão visa melhorar a qualidade do atendimento, reduzir o risco de erros de medicação, otimizar o tempo dos profissionais de saúde, e promover maior segurança para os pacientes em tratamento. Além disso, com o uso de equipamentos de última geração, será possível acompanhar em tempo real os parâmetros clínicos de cada paciente, melhorando a precisão no tratamento e contribuindo para melhores resultados clínicos.

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:	Manter 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
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.



SESPTA2025000580DM

Fonte do Indicador:	Relatório da instituição
----------------------------	--------------------------

Metas Quantitativas:

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

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapa	Duração da execução (em dias)	Descrição
1	1	10	Cotação de Preços
2	2	10	Ordem de Compra
3	3	10	Pagamento
4	4	20	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 bomba de infusão	0,00	0,00%	100.000,00	100,00%



Ordem	Tipo Objeto	Item	Especificação	Proponente	%	Concedente	%
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:

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, 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-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 - 28/01/2025 às 14:02:42
Assinado com senha por: MARCIO ROBERTO DE LUCIO - 29/01/2025 às 11:24:02
Assinado com senha por: TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER - 29/01/2025 às 20:51:31
Assinado com senha por: ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - 30/01/2025 às 11:51:25
Documento N°: 050243A4433694 - consulta é autenticada em:
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050243A4433694>



SESPTA2025000580DM