

PLANO DE TRABALHO

INTRODUÇÃO

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA, mantenedora do **HOSPITAL DONA BALBINA E MATERNIDADE DR. CARLINDO VALERIANI NETO**, com sede na rua Dr. Carlindo Valeriani, nº. 337, Centro, na cidade de Porto Ferreira, Estado de São Paulo, fundada em 23 de janeiro de 1924, é uma entidade civil com fins filantrópicos e assistenciais, sem fins lucrativos, tendo como objetivo a prestação de serviços médicos e hospitalares aos enfermos necessitados, de forma permanente e sem qualquer discriminação de clientela, sem distinção de raça, credo religioso ou político e nacionalidade. Com mais de 90 anos de existência, a Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira desempenha um papel fundamental na área de saúde do município de Porto Ferreira, atendendo toda a população local e eventualmente das cidades vizinhas.

Sendo o único hospital da cidade, oferece atendimento próprio nas áreas de cirurgia geral, cirurgia vascular, ortopedia e traumatologia, dermatologia, urologia, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, pediatra, otorrinolaringologia, clínica médica, anestesiologia e radiologia.

Por meio da Portaria nº 3.440, de 14 de dezembro de 2017, o Hospital Dona Balbina teve a habilitação de 04 (quatro) leitos de UTI Adulto Tipo II para atendimento aos pacientes do SUS (Proposta SAIPS 17.680), e mais 02 (dois) leitos para atendimento NÃO SUS.

O setor de Maternidade do Hospital Dona Balbina integra da rede de assistência à gestante e ao recém-nascido do município, com estrutura física (quartos/apartamento, centro obstétrico, salas de parto, alojamento conjunto, etc.) e de pessoal capacitado para oferecer um atendimento humanizado à parturiente (médico obstetra e pediatra 24 horas por dia).



I - DADOS CADASTRAIS**a) Entidade**

<i>Órgão/Entidade Proponente</i> IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA			
<i>CNPJ</i> 55.189.930/0001-27			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> ATIVIDADE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR			
<i>Endereço</i> RUA DOUTOR CARLINDO VALERIANI, 337, CENTRO			
<i>Cidade</i> PORTO FERREIRA			<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13.660-017	<i>DDD/Telefone</i> (19)3589.5500		<i>E-mail</i> relacionamentos@hospitaldonabalbina.com.br
<i>Banco</i> 001	<i>Agência</i> 0514-2	<i>Conta Corrente</i> (*) 542-8	<i>Praça de Pagamento</i> PORTO FERREIRA

(*) Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i> RUBENS BURIM FILHO		
<i>CPF</i> 717.854.938-68	<i>RG</i> 6.647.237-4	<i>Órgão Expedidor</i> SSP/SP
<i>Cargo</i> PROVEDOR		<i>Data Nascimento</i> 18/06/1954
<i>Endereço</i> RUA LUIZ GAMA, 440 – CENTRO - PORTO FERREIRA/SP.		
<i>E-mail Institucional</i> relacionamentos@hospitaldonabalbina.com.br		
<i>E-mail Pessoal</i> binhoburim144@gmail.com		



II – DESCRIÇÃO DO PROJETO

CUSTEIO – Prestação de Serviços Médicos de Ginecologia/Obstetrícia (maternidade).

III - PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Espécie de Custos	Percentual	Valor R\$
CUSTEIO – Prestação de Serviços Médicos		195.000,00
Total		195.000,00

a) Identificação do Objeto

O objeto do Convênio tem como aplicação dos recursos em **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS – médicos plantonistas em regime presencial no setor de maternidade (G.O.)**.

b) Objetivo

Manutenção dos Serviços médicos hospitalares de internação em média complexidade. Fortalecer a capacidade assistencial ao usuário do SUS. Melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes do Sistema Único de Saúde.

c) Justificativa

Sendo o único hospital no município, a entidade atende a população local, fornecendo todo suporte médico e de hotelaria, alimentação e medicamentos para os usuários, sendo de suma importância a destinação de recursos para custeio para dar continuidade aos serviços de atenção à saúde qualificada e resolutiva nos procedimentos de média complexidade. A entidade mantém médico em regime de plantão presencial nas especialidades de Obstetrícia e Pediatria para garantir assistência adequada à parturiente.

d) Metas a Serem Atingidas

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	Garantia de atendimento humanizado em obstetrícia, de forma contínua e ininterrupta. Ação: Manter Equipe Multidisciplinar qualificada e humanizada para garantir um atendimento satisfatório. Situação Pretendida: Satisfação do cliente igual ou superior a 80% entre Bom e Ótimo do número de pacientes atendidas.	Total de pesquisas realizadas em determinado período / número de pacientes satisfeitos com o atendimento x 100. Fonte: Relatório da instituição.	Percentual =>80%

B

IV – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
01	Prestação de Serviços Médicos	Notas Fiscais/RPA dos Prestadores de Serviços.
02	Pagamentos aos Prestadores de Serviço.	Comprovantes de Pagamentos – Após a prestação dos serviços médicos, efetuar o pagamento.

V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

PARCELA	OBJETO	CONCEDENTE
01	CUSTEIO	195.000,00
TOTAL		195.000,00

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início....: A partir do recebimento do recurso.
- Duração: **365 dias.**

VII - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

A Prefeitura Municipal de Porto Ferreira transferirá os recursos previstos no cronograma de desembolso, em conta específica indicada no item 01 desta proposta, em cota única.

VIII - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos e dos rendimentos das aplicações financeiras deverá ser apresentada à Prefeitura Municipal de Porto Ferreira por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde em até **30 dias após o termo do respectivo termo de fomento**, contendo a relação dos pagamentos efetuados com os recursos financeiros liberados, acompanhados dos respectivos comprovantes de realização das despesas.

IX – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, por este Termo de Fomento, ao apresentar proposta de intervenção consubstanciada neste Plano de Trabalho, objetivando proporcionar melhores condições de vida aos beneficiários alvos desta Entidade, declaro:

- Para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Porto Ferreira, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora, ou situação de inadimplência com esta Prefeitura ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Estadual e/ou Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento Municipal, na forma deste Plano de Trabalho.
- Que me comprometo a colocar em operação imediata o projeto ora apoiado, bem como me responsabilizo pela sua operação regular e contínua.

Porto Ferreira, 25/07/2023.



Rubens Burim Filho – Provedor

X - APROVAÇÃO DA SECRETARIA RESPONSÁVEL

Porto Ferreira, / /2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VERA LUCIA VISOLLI - Secretária

XI – APROVAÇÃO PELO ÓRGÃO CONCEDENTE

Porto Ferreira, / /2023.

Prefeito Municipal de Porto Ferreira



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 732F-30BD-E71D-59D9

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ROMULO LUIS DE LIMA RIPA (CPF 350.XXX.XXX-33) em 09/08/2023 09:58:26 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 09/08/2023 11:01:53 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://portoferreira.1doc.com.br/verificacao/732F-30BD-E71D-59D9>