

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.

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> 3062-7	<i>Conta Corrente (*)</i> 36670-6	<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 – Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

III - PLANO DE APLICAÇÃO

Espécie de Custos	Percentual	Valor R\$
CUSTEIO – Prestação de Serviços Médicos UTI Adulto		R\$ 1.000.000,00
Total		R\$ 1.000.000,00

a) Identificação do Objeto

O objeto do presente Plano de Trabalho é a aplicação dos recursos em **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS – Unidade de Terapia Intensiva Adulto.**

b) Objetivo

Manutenção dos Serviços médicos hospitalares de Unidade de Terapia Intensiva Adulto objetivando garantir continuidade da assistência aos usuários SUS com qualidade, assertividade e suporte adequado assegurando atendimento efetivo e ininterrupto.

c) Justificativa

O Hospital Dona Balbina é uma instituição comprometida com a prestação de serviços de saúde de alta qualidade à comunidade, atendendo diariamente uma vasta gama de pacientes com diversas necessidades médicas. Para assegurar a eficácia e a qualidade dos serviços oferecidos, é crucial que o hospital disponha de recursos adequados, tanto em termos de infraestrutura quanto de recursos humanos e materiais.

Nesse contexto, o pagamento de serviços médicos qualificados é fundamental para a operação eficiente do hospital e, conseqüentemente, para a promoção da saúde e bem-estar da população atendida. Garantir a remuneração adequada dos profissionais médicos é essencial para manter a qualidade do atendimento. Profissionais qualificados são vitais para assegurar diagnósticos precisos, tratamentos eficazes e um ambiente de confiança e segurança para os pacientes, resultando em melhores desfechos de saúde.

A presença de médicos qualificados e capacitados é ainda mais crítica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. Na UTI, onde se lida com pacientes em condições extremamente graves e complexas, a expertise de um médico capacitado é indispensável. Esses profissionais são treinados para manejar emergências, realizar procedimentos avançados e tomar decisões rápidas que podem ser determinantes para a sobrevivência dos pacientes.

A manutenção da remuneração de médicos qualificados não apenas atende às necessidades imediatas da instituição, mas também fortalece sua capacidade de fornecer cuidados de saúde eficazes, seguros e compassivos à comunidade. Este investimento assegura a continuidade dos atendimentos, proporcionando atenção qualificada e resolutiva, além de garantir a disponibilidade contínua de médicos necessários para a adequada assistência ao paciente.

Diante do exposto, o presente recurso será destinado ao custeio de prestação de serviços médicos na UTI assegurando atendimento humanizado e qualificado.

d) Metas a Serem Atingidas

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
Quantitativas			
2	Manter a média de ocupação de leitos de terapia intensiva acima de 65% por 12 meses.	Taxa de ocupação de leitos de terapia Intensiva no período.	Utilização do recurso para contratar prestação de serviços médicos com o objetivo de manter a média de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva acima de 65%.
Qualitativas			
1	Manter a incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PSV) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em 15% ²	Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). ²	Contratação de prestação de serviços médicos para Unidade de Terapia Intensiva, visando prestar assistência com qualidade.

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

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
01	Prestação de Serviços Médicos	Notas Fiscais de Prestação de Serviços ou RPA (Recibo de Pagamento a Autônomo).
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 – Prestação de Serviços Médicos	R\$ 1.000.000,00
TOTAL		R\$ 1.000.000,00

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: Data de liberação de recurso
- Duração: 12 (doze) meses

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 01 (uma) parcela no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

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 mês da competência da prestação dos serviços** contendo a relação dos pagamentos efetuados com os recursos financeiros liberados.

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:

a) 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.

b) Que me comprometo a colocar em operação imediata o projeto ora apoiado, bem como me responsabilizo pela sua operação regular e contínua.

Porto Ferreira, 26/06/2024.

RUBENS BURIM
FILHO:7178549
3868

Assinado de forma digital
por RUBENS BURIM
FILHO:71785493868
Dados: 2024.06.26
15:15:07 -03'00'

Rubens Burim Filho – Provedor

X - APROVAÇÃO DA SECRETARIA RESPONSÁVEL

Porto Ferreira, / /2024.

SECRETARIA DE SAÚDE
VERA LUCIA VISOLLI - Secretária

XI – APROVAÇÃO PELO ÓRGÃO CONCEDENTE

Porto Ferreira, / /2024.

Prefeito Municipal de Porto Ferreira



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8921-9EC8-9DB5-7203

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

- ✓ ROMULO LUIS DE LIMA RIPA (CPF 350.XXX.XXX-33) em 03/07/2024 16:53:12 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 04/07/2024 09:40:31 (GMT-03:00)
Papel: Parte
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/8921-9EC8-9DB5-7203>