

PLANO DE TRABALHO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE

LEITOS UTI EXCLUSIVO COVID-19

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

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> 13.660-000	<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> 36297-2	<i>Praça de Pagamento</i> PORTO FERREIRA

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

a) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i> GILSON FANTINATO		
<i>CPF</i> 050.580.948-60	<i>RG</i> 13.989.420-2	<i>Órgão Expedidor</i> SSP/SP
<i>Cargo</i> PROVEDOR	<i>Função</i> PROVEDOR	
<i>Endereço</i> RUA FRANCISCO JOSÉ DE ARAÚJO LIMA, 245 – JD. PORTO NOVO		
<i>Cidade</i> PORTO FERREIRA		<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13.660-000	<i>Telefone</i> (19)3589.5500	

<i>Diretor Clínico</i> FERNANDO RAMOS		
<i>CPF</i> 175.597.918-59	<i>RG</i> 22.460.703-0	<i>Órgão Expedidor</i> SSP/SP
<i>Cargo</i> DIRETOR CLÍNICO	<i>Função</i> DIRETOR CLÍNICO	
<i>Endereço</i> RUA DOUTOR CARLINDO VALERIANI, 337 - CENTRO		
<i>Cidade</i> PORTO FERREIRA		<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13.660-000	<i>Telefone</i> (19)3589.5500	

III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO INTERVENIENTE / RESPONSÁVEIS (não se aplica)

a) Órgão Interveniente

<i>Órgão Interveniente</i> Não se aplica				
<i>CNPJ</i>				
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i>				
<i>Endereço</i>				
<i>Cidade</i>				<i>UF</i>
<i>Cidade</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>DDD/Telefone</i>	<i>E-mail</i>

b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição Interveniente</i> Não se aplica
--

IV - PLANO DE TRABALHO (R\$ 1,00)

Natureza da Despesa Especificação	TOTAL
DESPESAS DE CUSTEIO =====	\$ 237.500,00
Manutenção de 05 leitos de UTI Adulto exclusivo COVID19 Prestadores de serviço (Médicos – Pessoa Física/Jurídica)	
TOTAL GERAL	\$ 237.500,00

V - PLANO DE PALICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS (preencher a tabela)

ORDEM	OBJETO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR (R\$)
1	CUSTEIO	Recursos Humanos	\$ 237.500,00
TOTAL			\$ 237.500,00

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: 01/01/2021
- Término: 31/03/2021

VII - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

CONCEDENTE

Meta	1ª. Parcela	2ª. Parcela	3ª. Parcela	4ª. Parcela	5ª. Parcela	6ª. Parcela
	77.500,00	85.000,00	75.000,00			
Meta	7ª. Parcela	8ª. Parcela	9ª. Parcela	10ª. Parcela	11ª. Parcela	12ª. Parcela

VIII – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Objeto	Descrição
CUSTEIO	Recursos Humanos UTI COVID-19

a) **Identificação do Objeto**

LEITOS HOSPITALARES DE UTI ADULTO TIPO II EXCLUSIVO COVID-19

A Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira habilitará temporariamente pelo prazo de 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogada, 05 (cinco) leitos de UTI Adulto Tipo II para tratamento exclusivo de pacientes acometidos pelo COVID-19.

b) **Objetivo**

Proporcionar os cuidados em atendimento em Unidade de Tratamento Intensivo dos pacientes com sintomas graves causados pela COVID-19.

b.1) **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Custear de forma complementar a manutenção de 05 (cinco) leitos de UTI Adulto Tipo II instalados no Hospital Dona Balbina para manejo dos casos graves, suspeitos e confirmados, de pacientes infectados pelo COVID-19, necessários ao combate da pandemia Covid-19 no município de Porto Ferreira.

c) **Justificativa**

Sendo o único hospital no município, a entidade atende toda a população local com a realização de internações em média e alta complexidade, fornecendo todo o suporte de hotelaria, alimentação e medicamentos para os usuários. O Hospital Dona Balbina, dentro de sua capacidade instalada, possui condições de operacionalizar mais 05 (cinco) leitos de UTI Adulto Tipo II para atendimentos às vítimas do COVID-19.

d) **PUBLICO ALVO**

Pessoas que apresentam sinais e sintomas **GRAVES** de casos **SUSPEITOS** e/ou **CONFIRMADOS** com Covid19.

e) Metas a Serem Atingidas

Meta Quantitativa

Disponibilizar 05 leitos de UTI Adulto para atendimento exclusivamente COVID-19

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	Continuar a disponibilizar 05 leitos de UTI Adulto exclusiva para COVID-A9 com equipe médica e assistencial para acompanhamento dos pacientes internados.	Apresentar relatórios mensais demonstrando o Tempo Médio de permanência.	Entrega do Relatório

Metas Qualitativas

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	Obter índice de satisfação do cliente EXTERNO (Familiares dos Pacientes) ótimo e bom em 80%.	Manter ou melhorar o grau de satisfação dos usuários e confiança nos serviços prestados pela entidade aos enfermos e com o seu grau de resolução.	número de pesquisa de satisfação com familiares dos pacientes ótimo ou bom / quantidade de pesquisa aplicadas * 100

IX - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos previstos no CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO neste Plano de Trabalho serão pagos pela Prefeitura Municipal de Porto Ferreira, através da Secretaria de Saúde, até o 10º dia de cada mês, ou seja, 10/01/2021, 10/02/2021 e 10/03/2021.

Para efeitos de recebimento, até o quinto dia útil de cada mês, a CONVENIADA encaminhará ao MUNICÍPIO a respectiva Nota Fiscal de Prestação de Serviço.

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 de competência** da prestação dos serviços, sendo composta das peças descritas da seguinte forma:

- a) Cópia de recibo de pagamento realizado aos prestadores de serviço (Pessoa Física ou Jurídica);
- b) Cópia de comprovante de presença/comparecimento dos prestadores de serviço; e,
- c) Relatório de pacientes atendidos organizado por CID – Código Internacional de Doença.
- d) Censo hospitalar – convênio 000 a 043

X - COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Ferreira

TITUAR

- Vera Lucia Visolli
- Romualdo Malaman Júnior

SUPLENTE

- Daniela Andreotti de Oliveira

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

TITULAR

- Anselmo Thomaz Pereira
- Renato Viana

SUPLENTE

- Fernanda de Oliveira Parada
- Gisele Juan Martin Fávaro



XI – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, por este Termo de Compromisso, ao apresentar proposta de intervenção consubstanciada neste Plano de Trabalho, objetivando proporcionar melhores condições de vida aos beneficiários alvo 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 inexistem 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.

c) Ter conhecimento e cumprir fielmente o disposto na Resolução 02/02 TCA nº 34554/026/02, publicada no D. O. E. de 20/12/2002, e artigos 16 e 17 da Lei nº 4.320 de 17/03/1964, publicada no D. O. U. de 23/03/1964.

Porto Ferreira, 27/11/2020

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira
Dr. GILSON FANTINATO - PROMOTOR

XI - APROVAÇÃO PELO CONCEDEENTE

Aprovado

Rômulo Luís de Lima Ripa
Prefeito Municipal

Concedente

P.F. 17/12/2020
Local e Data