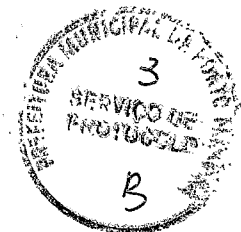


**PLANO DE TRABALHO**

**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 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, pediatria, 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

A large, stylized handwritten signature or set of initials in black ink, overlapping the text of the previous paragraph.

1 - DADOS CADASTRAIS

a) Entidade

Órgão/Entidade Proponente IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA			
CNPJ 55.189.930/0001-27			
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ) ATIVIDADE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR			
Endereço RUA DOUTOR CARLINDO VALERIANI, 337, CENTRO			
Cidade PORTO FERREIRA			UF SP
CEP 13.660-017	DDD/Telefone (19)3589.5500	E-mail relacionamentos@hospitaldonabalbina.com.br	
Banco 001	Agência 0514-2	Conta Corrente (* ) 36297-2	Praça de Pagamento PORTO FERREIRA

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

b) Responsáveis

Responsável pela Instituição GILSON FANTINATO		
CPF 050.580.948-60	RG 13.989.420-2	Órgão Expedidor SSP/SP
Cargo PROVEDOR	Data Nascimento 09/02/1965	
Endereço RUA FRANCISCO JOSÉ DE ARAÚJO LIMA, 245 – JD. PORTO NOVO PORTO FERREIRA/SP		
E-mail Institucional provedoria@hospitaldonabalbina.com.br		
E-mail Pessoal gilson@fantinatocontadv.com.br		

## 2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

CUSTEIO – Material de consumo/insumos – materiais e medicamentos. Aquisição de materiais e medicamentos hospitalares, para manutenção da prestação dos serviços à população.

## 3 - PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Espécie de Custos	Percentual	Valor
Materiais e Medicamentos	100%	300.000,00
<b>Total</b>		<b>300.000,00</b>



### a) Identificação do Objeto

O objeto do Convênio tem como aplicação dos recursos em **MATERIAIS DE CONSUMO**.

### b) Objetivo

Manutenção dos serviços médicos hospitalares de internação em média complexidade.

### 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. Os recursos financeiros a serem recebidos serão aplicados em ações a fim de proporcionar aos usuários o acesso a serviços de atenção à saúde qualificada e resolutiva nos procedimentos eletivos, de urgência/emergência, de média complexidade.

### d) Metas a Serem Atingidas

#### Metas Quantitativas

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	Confeccionar RAAT – Relatório de Atendimento de Agravos à Saúde do Trabalhador contendo o CID e Classificação Inicial.	Número de RAAT com CID e Classificação Inicial apresentadas no período / Total de RAAT apresentadas no mesmo período x 100.	Percentual de RAAT com CID maior que 80%.

### Metas Qualitativas

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	<p>Redução da incidência de quedas de pacientes.</p> <p>Ações para alcance: Disponibilizar equipe para acompanhamento diário do paciente diminuindo as causas e conseqüências da queda de paciente abaixo de 2%.</p> <p>Situação Atual: A entidade apresentou 04 (quatro) eventos adversos de queda de paciente no mês de setembro/21.</p> <p>Situação Pretendida: Reduzir a taxa de incidência de queda menor que 2%.</p>	Número de quedas / número de paciente dia no mesmo período x 100.	<p>Percentual de queda menor que 2%.</p> 

### 4 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
01	Aquisição de materiais e medicamentos	Notas Fiscais de compras
02	Pagamentos dos insumos adquiridos	Após o recebimento dos insumos, efetuar o pagamento.

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

PARCELA	OBJETO	CONCEDENTE
01	Custeio – materiais e Medicamentos	300.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>300.000,00</b>

**VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO**

- Início.....: **A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO DE RECURSOS**
- Duração: **12 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 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 término de vigência do presente ajuste.**

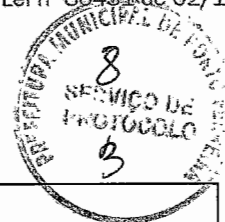
**IX - DECLARAÇÃO**

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 alvo 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, 20 de outubro de 2021

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Gilson Fantinato - Provedor



**X - APROVAÇÃO DA SECRETARIA RESPONSÁVEL**

Porto Ferreira, 28/10/2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VERA LUCIA VISOLLI - Secretária

**XI – APROVAÇÃO PELO ÓRGÃO CONCEDENTE**

Porto Ferreira, 8/11/2021.

Prefeito Municipal de Porto Ferreira