



**IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA**

Rua Dr. Carlindo Valeriani, 337 Centro Tel: (19) 3589-5500

CEP: 13660-017 Porto Ferreira – SP

CNPJ: 55.189.930/0001-27

Declarada Utilidade Pública Municipal - Lei nº 931 de 01/09/1970

Declarada Unidade Pública Estadual - Lei nº 2824 de 30/04/1981

Declarada Unidade Pública Federal - Lei nº 86431 de 02/10/1981

## **PLANO DE TRABALHO**

TERMO DE CONVÊNIO Nº 3/2022

### **ADITIVO PARA REAJUSTE**

## **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, 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, dentro das proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos estaduais em vigor; desempenhando um papel fundamental na área de saúde do município de Porto Ferreira.

Sendo o único hospital da cidade, além de oferecer 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, também oferece atendimento de Urgência e/ou emergência em sua unidade de Pronto Socorro.

O Pronto Socorro do Hospital Dona Balbina desempenha papel fundamental na Rede de Atenção as Urgências e Emergências, a fim de possibilitar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/ emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Para manutenção dos serviços prestados aos pacientes na unidade de PRONTO SOCORRO, é de suma importância a conjugação de esforços entre o Município e esta entidade, através de parceria para liberação de recursos para CUSTEIO de suas atividades e objetivos institucionais.

**1 - 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@hospitaldonabalbin a.com.br
<i>Banco</i> 001	<i>Agência</i> 3062-7	<i>Conta Corrente</i> <b>36.893-8</b>	<i>Praça de Pagamento</i> PORTO FERREIRA

**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>Função</i> PROVEDOR	
<i>Endereço</i> Rua Luiz Gama, 440 – Centro – Porto Ferreira/SP – CEP: 13.660-047		

## 2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Prestação de serviços médicos de emergência de saúde – PS – a qualquer indivíduo que deles necessite, com atendimento 24 horas por dia, de segunda a domingo, com um coordenador médico, dois médicos plantonistas, serviços de radiologia simples e traumatologia, serviços de enfermagem e medicação, exames complementares para fins de diagnósticos, serviços de remoção inter-hospitalar para outra unidade hospitalar do SUS, todos específicos ao atendimento e de acordo com a capacidade instalada da proponente; consultas pré-anestésicas para usuários do SUS no limite de até 38 (trinta e oito) avaliações ao mês; e, serviço de Plantão de Disponibilidade Médica para atendimento aos casos de urgência/emergência quando solicitado pelo médico plantonista do Pronto Socorro, nas áreas de pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica geral, cirurgia geral, anestesia, ortopedia, urologia, cardiologia e **NEUROLOGIA** em regime de escala de disponibilidade pelos profissionais médicos do Corpo Clínico do Hospital Dona Balbina, contratados ou credenciados. O serviço será realizado a todos os usuários que necessitarem, durante as 24 (vinte e quatro) horas nas quais o Hospital presta seus serviços.

### 2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA

#### a) AMBULATÓRIO

Nº de consultórios (Clínicas Especializadas- Ortopedia): 01

Nº de salas de gesso: 01

#### b) PRONTO SOCORRO

Demanda espontânea:	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
Demanda referenciada:	sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
Leitos repouso/observação - feminino:	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 01 Sala (02 leitos)
Leitos repouso/observação - masculino:	sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 01 Sala (02 leitos)
Sala Repouso/observação - pediátrica	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 01 Sala (01 leitos)
Sala de Gesso:	sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 01
Consultórios médicos	sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 03
Sala de higienização	sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 01
Sala de acolhimento com classificação de risco:	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Nº 01

Sala de atendimento a paciente crítico/grave: sim  não  Nº 01 Sala (06 leitos)

Sala de atendimento indiferenciado: sim  não  Nº 01

Sala de curativo: sim  não  Nº 01

Sala de pequena cirurgia: sim  não  Nº 01

**c) SADT – Equipamentos e Salas:**

**Equipamentos:**

Equipamentos	Nº. Salas	Nº. Aparelhos
RAIO X DE 100 A 500 MA	02	02
ELETROCARDIOGRAFO	00	01

**Equipamentos / Serviços Terceirizados:**

Equipamentos / serviços	Nº. Aparelhos
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatológica	CNES
Serviço de diagnóstico por imagem/Ultrassonografia	02
Serviço de diagnóstico por imagem/tomografia	01
Serviço de diagnóstico por laboratório clínico	CNES

**d) Equipamentos de Infraestrutura:**

Equipamentos	Nº. Aparelhos
GRUPO GERADOR	01

**e) Equipamentos para manutenção de vida:**

Equipamentos
Bomba de Infusão
Desfibrilador
Marcapasso temporário
Monitor de ECG
Reanimador pulmonar/ambu
Respirador/ventilador

### 3 - PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Para a execução das atividades previstas neste Plano de Trabalho, serão repassados através do Poder Executivo Municipal à Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira, em conta específica acima apontada, **para o exercício 2024**, recursos no valor de até **R\$ 10.102.710,36** (Dez milhões, cento e dois mil, setecentos e dez reais e trinta e seis centavos) em 12 (doze) parcelas no valor mensal de até **R\$ 841.892,53** (Oitocentos e quarenta e um mil, oitocentos e noventa e dois reais e cinquenta e três centavos), observando-se o ajuste de contas semestral previsto na **Cláusula 6**

Para os próximos exercícios, será aplicada a correção pelo índice de inflação IPCA-Saúde sobre o valor dos custos apurados pela unidade para execução dos serviços realizados no período base analisado mediante instrumento específico.

Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante instrumento específico. Caso, em qualquer momento, seja verificado o desequilíbrio econômico-financeiro do convênio, este será reavaliado e as partes negociarão sua recomposição.

Entende-se que os serviços de Pronto Socorro compreendem os Centros de Custos do Pronto Socorro, Ortopedia e Raio X.

Espécie de Custos	RESUMO		
	Valor Mensal	Valor Anual	%
1. Pessoal	166,775.24	2,001,302.88	19.81%
2. Honorários Médicos	384,513.03	4,614,156.36	45.67%
3. Laboratórios	5,892.16	70,705.92	0.70%
4. Materiais Diretos	51,235.91	614,830.92	6.09%
5. Custos Gerais	6,831.22	81,974.64	0.81%
6. Custos Indiretos	18,850.48	226,205.76	2.24%
7. Custeio Absorção 1ª Fase	193,462.36	2,321,548.32	22.98%
8. Avaliação Pré Anestésica	1,452.80	17,433.60	0.17%
9. Remoção/ Gati-Clinicas	12,879.33	154,551.96	1.53%
<b>TOTAL SUS</b>	<b>841,892.53</b>	<b>10,102,710.36</b>	<b>100.00%</b>

**a) Identificação do Objeto**

O objeto da parceria tem como finalidade a aplicação dos recursos em **CUSTEIO**.

**b) Objetivo**

Manutenção da assistência de urgência e/ou emergência à saúde da comunidade local.

**c) Justificativa**

Sendo o único hospital no município, a entidade atende toda a população local com a realização de serviços de urgência e emergência em seu Pronto Socorro, fornecendo todo o 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 do SUS o acesso a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.

**d) Metas a Serem Atingidas**

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	Analisar o fluxo de atendimentos do PS por dia, por turnos e tempo de atendimento por paciente, assim como verificar número de pacientes não atendidos.	<b>Indicador 1</b> – Análise dos Atendimentos do PS por turno (modelo anexo 1); <b><u>sendo que o número de pacientes não atendidos deve ser igual ou inferior a 5% do total de pacientes atendidos</u></b>	Entrega do indicador devidamente preenchido
2	Garantir aos pacientes acolhimento e classificação de risco, quando da prestação de serviços de urgência e emergência	<b>Indicador 2</b> – Acolhimento e Classificação de Risco (modelo anexo 2); <b><u>sendo que o número de pacientes classificados deve ser igual ou superior a 90% do total de pacientes atendidos.</u></b>	100% dos pacientes acolhidos. Entrega do indicador devidamente preenchido
3	Manter atendimento de urgência e emergência <b>Ambulatório SIA</b> , nas 24 horas, nos 07 dias da semana e avaliar produção realizada; conforme média de produção apresentada pelo Setor de Faturamento referente ao período de janeiro a dezembro de 2019, período anterior à Pandemia do COVID-19 (valores constam do indicador)	<b>Indicador 3</b> – Produção SIA por grupo (modelo anexo 3); <b><u>Valores de referência:</u></b> <b><u>- Média Mensal: 20.422</u></b> <b><u>- Total anual: 245.062</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produção &gt; 85% em todos os grupos</li> <li>• <b>ou</b> &gt; 95% no total geral.</li> </ul> Entrega do indicador devidamente preenchido
4	Analisar fluxo de Acidentes de Trânsito atendidos no PS por dia, tipo de acidente e destino do paciente.	<b>Indicador 4</b> – <b><u>Garantir atendimento a 100% dos pacientes vítimas de acidente, conforme classificação de risco.</u></b>	Entrega do indicador devidamente preenchido
5	Avaliar o número de acionamento do Sobreaviso Médico, tempo de resposta e finalização do atendimento; bem como internações por médico.	<b>Indicador 7</b> – Controle Acionamento do Sobreaviso Médico (modelo anexo7); <b><u>sendo que o número de respostas aos acionamentos deve ser igual ou superior a 90%</u></b>	Entrega do indicador e do relatório de internados por clínica, devidamente preenchido

		<p><b><u>do total de acionamentos realizados e, a partir no ano de 2024, no mínimo 10% de forma presencial.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório de paciente internado por especialidade e por clínica.</li> </ul>	
--	--	--	--

### Metas Qualitativas

Nº	Meta	Indicadores	Indicador do Alcance de Meta
1	Manter CNES Atualizado	Enviar e-mail ao Gestor SUS a cada alteração de Recursos: Físicos e Estruturais e Humanos envolvidos na assistência, ocorridas na Instituição a fim de manter as informações do Estabelecimento atualizadas no CNES.	Relatório com a data da última atualização do CNES e documento da instituição relatando as atualizações e as ocorrências por data da atualização mensal.
2	Manter a atualização diária, no Portal CROSS, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências pré-hospitalar.	Divulgar e capacitar equipe médica através de Manual de Procedimento Interno a fim de registrar as informações duas vezes ao dia, no Portal CROSS - módulo pré-hospitalar, a capacidade disponível.	100% dos pacientes acolhidos. Entrega do indicador devidamente preenchido
3	Garantir o atendimento de urgência e emergência nas 24 horas nos 07 dias da semana.	Manter o protocolo implantado com o Gestor Municipal, fluxo de sistema de regulação unificado, para os atendimentos de urgência e emergência demandados pelas Unidades Básicas de Saúde, de forma ininterrupta	Entrega do indicador devidamente preenchido
4	Manter a Linha de Cuidados do AVC	Manter Linha de Cuidados do AVC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo da linha de cuidados do AVC</li> <li>Fluxo de atendimento</li> <li>Relatório de Pacientes atendidos.</li> </ul>
5	Manter protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco.	Disponibilizar Equipe de Enfermagem para implementar e monitorar protocolo de acolhimento e de classificação de risco, quando da prestação de serviços de urgência,	Protocolo implantado e revisado anualmente.

		emergência e obstétrica.	
6	Manter acima de 90% a apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato à realização do procedimento.	Disponibilizar equipe administrativa para monitorar a entrega das fichas de atendimentos imediata no faturamento para posterior aferição da proporção da produção apresentada no mês imediato à realização do procedimento	Faturamento entregue dentro do prazo e de acordo com calendário estipulado pelo DRS III de Araraquara e/ou de acordo com a liberação da versão de apresentação,
7	Manter o plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas.	Aprimorar em conjunto com o Gestor Municipal o plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas.	Plano disponibilizado.
8	Atualizar os Alvarás de funcionamento e solicitar auto de vistoria do corpo de bombeiros (AVCB).	Disponibilizar equipe administrativa para atualizar os Alvarás de Funcionamento.  Solicitar vistoria do Corpo de Bombeiros após autorização da Prefeitura do Registro de Habite-se após apresentação das Plantas de Construção atualizadas para liberação do AVCB.	Alvará de Funcionamento disponibilizado mensalmente e AVCB após aprovação do Corpo de Bombeiros.
9	Manter Educação Permanente - capacitações e treinamentos no período.	Disponibilizar equipe multidisciplinar para capacitação permanente das equipes assistenciais e administrativas com aplicação de cursos e treinamentos internos e externos	Apresentação de Cronograma dos cursos e relatório de presença/ Certificados.
10	Manter apuração dos Custos por Absorção.	Disponibilizar equipe administrativa para manutenção do processo de apuração dos Custos por Absorção <b>Indicador 9</b> (modelo Anexo 9).	Entrega da Planilha 1 e 2 do Custos por Absorção, em duas vias, validando assim os valores apresentados para cobrança do custeio, conforme modelo anexo; devidamente assinado pelo responsável
11	Validação dos Custos	Relatório do Fechamento Contábil	Apresentar relatório sucinto do Fechamento Contábil, assinado pelo contador.
12	Apresentar Balanço Patrimonial	Disponibilizar o Balanço Patrimonial do ano anterior e a Declaração de Análise Econômica e Financeira com base de 31 de dezembro do ano anterior, que conste indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LC – Liquidez</li> </ul>	Apresentar Balanço anual e índices LC, LG e SG trimestrais



		<p>Corrente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LG - Liquidez Geral</li> <li>• SG – Solvência Geral</li> </ul>	
13	<p>PEP</p> <p>Prontuário Eletrônico do Paciente</p>	<p>Manter o PEP - Prontuário Eletrônico dos Pacientes atendidos no PS, visando qualidade nos registros referentes ao atendimento médico, de enfermagem, equipe multidisciplinar, além de garantir registros precisos de exames, procedimentos e medicações realizados durante o atendimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar relatório sintético dos registros efetuados no PEP.</li> </ul>
14	<p><u>Analisar nº de pacientes que chegam em óbito no PS e os óbitos ocorridos durante o atendimento.</u></p>	<p><u>Indicador 5 – Óbitos no PS</u></p>	<p><u>Entrega do indicador devidamente preenchido</u></p>
15	<p><u>Avaliar número de atendimentos de pacientes SUS atendidos e bairro de residência.</u></p>	<p><u>Indicador 6 – Atendimento por Bairro</u></p>	<p><u>Entrega do indicador devidamente preenchido</u></p>
16	<p><u>Avaliar o número de atendimentos no PS por mês, por hora e por convênio</u></p>	<p><u>Indicador 8 –</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Atendimentos do PS por Hora</u></li> <li>• <u>Relatório Gráfico Estatístico de atendimentos por hora no PS</u></li> <li>• <u>Relatório Gráfico Estatístico Atendimentos no PS por Convênio</u></li> </ul>	<p><u>Entrega do indicador devidamente preenchido</u></p>

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

PARCELA	OBJETO	CONCEDENTE
01	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
02	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
03	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
04	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
05	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
06	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
07	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
08	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
09	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
10	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
11	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
12	Custeio – Manutenção Serviços de Pronto Socorro	841.892,53
<b>TOTAL</b>		<b>10.102.710,36</b>

## 5 - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: **01/01/2024.**

- Duração: **31/12/2024.**

## 6 - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

Para efeito de pagamento da primeira parcela de janeiro, a Irmandade de Misericórdia encaminhará até o dia 10 para Prefeitura Municipal de Porto Ferreira, através da Secretaria de Saúde, a nota fiscal de prestação de serviço (devidamente identificada com o número do convênio ou instrumento congênere), cujo pagamento deverá ocorrer até o 30º dia do mês de janeiro. O repasse das demais parcelas ocorrerá até o último dia de cada mês.

Os repasses financeiros serão pagos mensalmente e podem sofrer descontos, sem prejuízo de aportes financeiros a depender das avaliações semestrais, decorrentes de:

### CONVÊNIO PMPF e IMPF

Avaliação Semestral

..... Semestre de 2024

METAS QUANTITATIVAS			Cumpriu a meta ?		Pontua Só com a
Anexo	Indicador	Descrição	Sim	Não	Apresentação
Anexo 1	Indicador 1	Análise de Atendimentos do PS por turno			1
Anexo 2	Indicador 2	Acolhimento e Classificação de Risco			1
Anexo 3	Indicador 3	Produção SIA por Grupo	15	5	
Anexo 4	Indicador 4	Controle de Acidentes Atendidos no PS			4
Anexo 7	Indicador 7	1) Controle de Acionamento do Sobreaviso Médico	5	0	
		2) Relatório Nominal de Internação (Clínica/especialidade)			5
Anexo 9	Indicador 9	1) Planilha de Custos Operacional (impresso e no excel)			10
		2) Planilha Base do Rateio			2
		3) Fechamento Contábil (Resumo)			5
Anexo 10	a	Planilha Prestação de Contas			1
	b	Relatório Atendimento por CID (ordem decrescente).			3
	c	Relatório de consumo de materiais de consumo da farmácia;			1
	d	Relatório da Remoções (GATI) com relação nominal dos pacientes removidos			1
	e	Relatório nominal de exames de Tomografia e Ultrasson			1
	f	Relatório Raio-X (SADT - Faturamento Mensal, todos os convênios, Contas Externas (PS);			1
	g	Relatório Raio-X (SADT - Faturamento Mensal, todos os convênios, Contas Internas e Externas (ambos);			1
	h	Cópia da Escala mensal de plantão de sobreaviso;			5
	i	Relatório de apontamento eletrônico médico devidamente assinado pela administração;			1
	j	Cópia de relatório de consultas pré-anestésicas;			1
Prestação de Contas (Cap VIII)	k	Cópia de recibo de pagamento realizado aos prestadores de serviço (Pessoa Física ou Jurídica);			1
	l	Cópia de folha de pagamento de funcionários, inclusive recolhimento previdenciárias;			1
					1
<b>Pontuação Possível</b>			<b>20</b>		<b>46</b>

METAS QUALITATIVAS					
Meta Nº	Indicador	Descrição	Sim	Não	
1		Atualização Mensal CNES - Print da tela			1
2		Atualização Diária Portal CROSS - Relatório Mensal			1
3		Relatório Monitoramento Urgência/ Emergência demandado pelas Unidades Básicas de Saúde (após definição fluxo)			1
4		Manter Linha de Cuidados do AVC	15	5	1
Anexo 5	Indicador 5	Óbitos no Pronto Socorro			2
Anexo 6	Indicador 6	Atendimento por Bairro			2
Anexo 8	Indicador 8	1) Atendimento PS por hora			1
		2) Relatório Gráfico Estatístico Atend. /hora- PS			1
		3) Relatório Gráfico Estatístico Atend./ Convênio - PS			1
9		Educação Permanente e Continuada - Relatório mensal			1
12		Índices LC, LG e SG (quadrimestral)	2	0	
13		PEP - Relatório Mensal Sintético	5	0	
<b>Pontuação Possível</b>			<b>22</b>		<b>12</b>
<b>Pontuação Obtida</b>					
Metas Quantitativas			XX	pontos	
Metas Qualitativas			XX	pontos	
<b>Total</b>			<b>XX</b>	<b>pontos</b>	
<b>Pontuação</b>					
<b>Pagamento conforme Pontuação atingida</b>					
> 90% pagamento de <b>até</b> 100% do valor da parcela apurada					
< 90% e > 70% desconto de 5% do valor da parcela apurada					
< 70% desconto de 8% do valor da parcela apurada					

Verificado o descumprimento de metas, os descontos se darão no mês subsequente à avaliação semestral, sem prejuízo ao provisionamento de recursos por parte da Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira até ciência da avaliação semestral que certifique o eventual descumprimento de metas.

A Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira ficará exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente do SUS, na hipótese de interrupção dos serviços motivada pelo atraso superior a **30 (trinta) dias** no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvadas as situações de calamidade pública. O prazo acima especificado, se iniciará independentemente de notificação extrajudicial ao Poder Público de sua mora.

## 7 - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos e dos rendimentos das aplicações financeiras e todos os indicadores deverão ser entregues à Secretaria de Saúde em uma via física, além de ser inserida na Plataforma Porto Ferreira sem Papel, para controle e acompanhamento do convênio, em até **30 dias após o mês de competência** da prestação dos serviços, sendo composta das peças descritas da seguinte forma:

CHECK LIST					
DOCUMENTOS PARA SECRETARIA DE SAÚDE					
Termo de Convênio Nº 03/2022.					
Mês ...../2024					
METAS QUANTITATIVAS					
Anexo	Indicador	Descrição	Sim	Não	Observação
Anexo 1	Indicador 1	Análise de Atendimentos do PS por turno			
Anexo 2	Indicador 2	Acolhimento e Classificação de Risco			
Anexo 3	Indicador 3	Produção SIA por Grupo			
Anexo 4	Indicador 4	Controle de Acidentes Atendidos no PS			
Anexo 7	Indicador 7	1) Controle de Acionamento do Sobreaviso Médico 2) Relatório Nominal de Internação (Clínica/especialidade)			
Anexo 9	Indicador 9	1) Planilha de Custos Operacional (impresso e no excel) 2) Planilha Base do Rateio 3) Fechamento Contábil (Resumo)			
Anexo 10	a	Planilha Prestação de Contas			
Prestação de Contas (Cap VIII)	b	Relatório Atendimento por CID (ordem decrescente).			
	c	Relatório de consumo de materiais de consumo da farmácia;			
	d	Relatório da Remoções (GATI) com relação nominal dos pacientes removidos			
	e	Relatório nominal de exames de Tomografia e Ultrasson			
	f	Relatório Raio-X (SADT - Faturamento Mensal, todos os convênios, Contas Externas (PS);			
	g	Relatório Raio-X (SADT - Faturamento Mensal, todos os convênios, Contas Internas e Externas (ambos);			
	h	Cópia da Escala mensal de plantão de sobreaviso;			
	i	Relatório de apontamento eletrônico médico devidamente assinado pela administração;			
	j	Cópia de relatório de consultas pré-anestésicas em duas vias;			
	k	Cópia de recibo de pagamento realizado aos prestadores de serviço (Pessoa Física ou Jurídica);			
l	Cópia de folha de pagamento de funcionários, inclusive recolhimento previdenciárias;				
Metas Qualitativas					
Meta Nº	Indicador	Descrição	Sim	Não	Observação
1		Atualização Mensal CNES - Print da tela			
2		Atualização Diária Portal CROSS - Relatório Mensal			
3		Relatório Monitoramento Urgência/ Emergência demandado pelas Unidades Básicas de Saúde (após definição fluxo)			
4		Relatório de atendimento da Linha de Cuidados do AVC			
Anexo 5	Indicador 5	Óbitos no Pronto Socorro			
Anexo 6	Indicador 6	Atendimento por Bairro			
Anexo 8	Indicador 8	1) Atendimento PS por hora 2) Relatório Gráfico Estatístico Atend. /hora- PS (SGH) 3) Relatório Gráfico Estatístico Atend./ Convênio - PS (SGH)			
9		Educação Permanente e Continuada - Relatório mensal			
12		Índices LC, LG e SG (quadrimestral)			
13		PEP - Relatório Mensal Sintético			

Os documentos referentes a Prestação de Contas deverão ser capeados por um Check List (Anexo 11) para melhor controle da entrega da documentação a que se refere este capítulo.

As faturas, notas fiscais, recibos e outros documentos de despesa, relativo à execução físico-financeira deste Convênio, emitidos em nome da Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira ou do EXECUTOR devidamente identificado com o número da Lei Municipal que autorizou este Convênio.

## 8- RELAÇÃO DE ANEXOS QUE COMPÕE ESTE PLANO

Anexo	Indicador	Descrição
Anexo 1	<u>Indicador 1</u>	Análise de Atendimentos do PS por turno
Anexo 2	<u>Indicador 2</u>	Acolhimento e Classificação de Risco
Anexo 3	<u>Indicador 3</u>	Produção SIA por Grupo
Anexo 4	<u>Indicador 4</u>	Controle de Acidentes Atendidos no PS
Anexo 5	<u>Indicador 5</u>	Óbitos no Pronto Socorro
Anexo 6	<u>Indicador 6</u>	Atendimento por Bairro
Anexo 7	<u>Indicador 7</u>	Controle de Acionamento do Sobreaviso Médico
Anexo 8	<u>Indicador 8</u>	Atendimento do Pronto Socorro por hora
Anexo 9	<u>Indicador 9</u>	Planilha de Custos (1-Custo Operacional e 2-Base Rateio)
Anexo 10	-	Planilha Prestação de Contas
Anexo 11	-	Check list Secretaria de Saúde
Anexo 12	-	Planilhas da Avaliação Semestral

## 9 – DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

As metas e indicadores serão apresentados mensalmente, porém terão o confrontamento de contas semestralmente. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas, conforme Anexo 12 (Planilhas de Avaliação Semestral dos indicadores).

## 10 – DA VIGÊNCIA DO TERMO DE CONVÊNIO

O prazo de vigência do presente termo será de 05 (cinco) anos, iniciando-se em 01 de janeiro de 2023.

## 11 – 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, de de 2023.

RUBENS  
BURIM  
FILHO:71785  
493868

Assinado de forma  
digital por RUBENS  
BURIM  
FILHO:71785493868  
Dados: 2023.11.23  
14:52:17 -03'00'

Rubens Burim Filho – Provedor

## 12 - APROVAÇÃO DA SECRETARIA RESPONSÁVEL

Porto Ferreira, / /2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VERA LUCIA VISOLLI - Secretária

## 13 – APROVAÇÃO PELO ÓRGÃO CONCEDENTE

Porto Ferreira, / /2023.

Prefeito Municipal de Porto Ferreira



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3620-F0DE-EA69-1E22

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

- ✓ SALDANHA LEIVAS COUGO (CPF 224.XXX.XXX-04) em 30/11/2023 15:53:55 (GMT-03:00)  
Papel: Assinante  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 30/11/2023 16:11:00 (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/3620-F0DE-EA69-1E22>