PLANO DE TRABALHO 2016/2017

**1 – DADOS CADASTRAIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 ÓRGÃO/ENTIDADE PROPONENTE  **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GETULINA** | | | | | | | 1.2 C.N.P.J  **48.293.468/0001-48** |
| 1.3 ENDEREÇO  Rua Natal Biondo Mengato, 56 – Centro – Getulina/SP | | | | | | | |
| 1.4 CIDADE  Getulina | 1.5 U.F.  SP | | 1.6 C.E.P.  16.450-000 | 1.7 ESFERA ADMINISTRATIVA | | | |
| 1.8 DDD  14 | 1.9 FONE  3552 1617 | | 1.10 FAX  3552 1617 | 1.11 EMAIL  scgetulina@gmail.com | | | |
| 1.12 N.º UG (UNIDADE GESTORA) | | | 1.13 GESTÃO (Número)  21/01/2016 à 21/01/2019 | | | | |
| 1.14 NOME DO RESPONSÁVEL  CARLOS ROBERTO ANTUNES | | | | | | 1.15 C.P.F.  001.926.838-61 | |
| 1. 16 RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR  5.441.263 - SSP/SP | | 1.17 CARGO  PROVEDOR | | | 1.18 FUNÇÃO | 1.19 MATRÍCULA | |
| 1.20 ENDEREÇO  Rua Vergueiro de Lorena, 50 | | | | | | 1.21 C.E.P.  16.450-000 | |

**2 – DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 TÍTULO DO PROJETO  Atendimento na área de atenção básica à população privada de liberdade. | 2.2 PERÍODO DE EXECUÇÃO | |
| 2.2.1 INÍCIO  18/06/2016 | 2.2.2 TÉRMINO  18/06/2017 |
| 2.3 OBJETO do projeto  Prestação de serviço médico, sendo 02 médicos prestadores, que realizam o atendimento de segunda à sexta-feira 04 horas por dia, correspondente a 20 horas semanais, na Penitenciária “Dr. Osiris Souza e Silva”, na área de Atenção Básica à população privada de liberdade, de aproximadamente 1.736 detentos e assim garantindo os direitos do SUS (de acordo com CIB 62, de 06/09/2012 SS21 26/02/2013). | | |

|  |
| --- |
| 2.4 JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO  A entidade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Getulina é especializada na prestação dos serviços constante do objeto, qual seja, a garantia de ações de vigilância em saúde, que têm por objetivo a promoção, avaliação, prevenção e controle permanente da saúde da população prisional, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes riscos e danos à saúde, garantindo-se a integralidade de atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos pacientes e a garantia do cumprimento dos componentes em vigilância em saúde. |

**3 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| META | ETAPA | ESPECIFICAÇÃO | DURAÇÃO | |
| INICIO | TERMINO |
| Atendimento  Ambulatorial de Saúde a População  20 H semanais segunda a sexta | Atendimento médico  (Instituição Prisional) | Atendimento a toda população carcerária e encaminhamento se necessário.  Atendimento a pacientes com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dermatoses, Tuberculose, DSTs, Hepatite, transcrição de Psicotrópicos, atendimento a Dependentes Químicos e Pacientes com Transtornos Mentais.  Realização de Suturas e solicitação de exames. | 18/06/2016 | 18/06/2017 |

**4 – PLANO DE APLICAÇÃO (R$ 259.200,00)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NATUREZA DA DESPESA | | TOTAL |
| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO |
| 01 | Atendimento  de Saúde a População e unidade prisional | R$ 259.200,00 |
| TOTAL GERAL | | R$ 259.200,00 |

**5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R$ 259.200,00)**

CONCEDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| META | 1º MÊS | 2º MÊS | 3º MÊS | 4º MÊS | 5º MÊS | 6º MÊS |
| Atendimento  de Saúde a População carcerária | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 |
| 7º MÊS | 8º MÊS | 9º MÊS | 10º MÊS | 11º MÊS | 12º MÊS |
| R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 | R$ 21.600,00 |

**6 – DECLARAÇÃO**

|  |
| --- |
| Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao (órgão público interessado), para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste plano de trabalho.  Pede deferimento  Getulina 18/05/2016  Provedor CARLOS ROBERTO ANTUNES |

**7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

|  |
| --- |
| Aprovado  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e Data Concedente |