

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GETULINA

Rua Natal Biondo Mengato, 56 – Cx. Post. 121 – Fone/Fax (014)-3552.1616

CGC-MF 48.293.468/0001-48 – E-mail – scgetulina@gmail.com

PLANO DE TRABALHO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GETULINA

2019

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) 2019/2021	
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 SAÚDE PARA TODOS	2.2 PERÍODO DE EXECUÇÃO	
	2.2.1 INÍCIO 01/01/2019	2.2.2 TÉRMINO 31/12/2019

2.3 OBJETOS DO PROJETO

Prestação de serviço médico-hospitalares, ambulatoriais, de urgência e emergência e internação, priorizando o SUS. O presente convênio tem por objetivo a suplementação do repasse pela Prefeitura Municipal de Getulina para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Getulina a título de subvenção para o custeio e assim integrando o hospital na rede do Sistema Único de Saúde, visando a garantia integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual o hospital esta inserido.

2.4 JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

O atual Plano de Trabalho tem como objetivo demonstrar os serviços que serão oferecidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Getulina, exemplificando a quantidade e os profissionais que os executam. Citando quais são os profissionais necessários para preencher o quadro clínico e prevendo os gastos que serão necessários durante do ano de 2019 para conceder um atendimento de qualidade à população getulinense.

Necessitamos de médico 24 horas para atender uma demanda espontânea, com exames laboratoriais e radiológicos. O presente plano de trabalho irá manter a prestação de serviços de fisioterapia, da equipe de enfermagem, da equipe de apoio (limpeza, segurança e administrativo) que influenciará positivamente no atendimento da população. Quando necessário, os transportes intra-hospitalares será realizado por uma equipe

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GETULINA

Rua Natal Biondo Mengato, 56 – Cx. Post. 121 – Fone/Fax (014)-3552.1616
CGC-MF 48.293.468/0001-48 – E-mail – scgetulina@gmail.com

designada com médico e enfermeiro, assegurando o bem estar do paciente até o destino.

A necessidade do funcionamento do Hospital e o equacionamento do seu respectivo custeio impõem à municipalidade a busca de alternativas para sua viabilização econômica, o que justifica neste momento, a solicitação desta suplementação que será apresentada no âmbito quali-quantitativo.

2.5 COMPOSIÇÃO EQUIPE DE SAÚDE

ITEM	QTD – CATEG. PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE/FUNÇÃO	VÍNCULO EMPREGATÍCIO
1	1 – Médico	Oftalmologista	Autônomo
2	15 – Médicos	Clinico Geral	Autônomo
3	1 – Bioquímico	Laboratorial	Autônomo
4	1 – Radiologista	Técnico Raio X	Autônomo
5	1 – Técnico	Coleta	Autônomo
6	2 – Fisioterapeutas	Fisioterapia	Autônomos
7	2 - Técnicos Enfermagem	Enfermagem	Autônomo
8	3 - Enfermeiros	Enfermagem	Autônomos
9	1 – Recepcionista	Portaria	CLT
10	3 – Escriturário	Procedimentos Hospitalares	CLT
11	9 – Técnicos Enfermagem	Enfermagem	CLT
12	5 – Enfermeiros	Enfermagem	CLT
13	1 – Fisioterapeuta	Fisioterapia	CLT
14	4 – Auxiliar de Serviço	Limpeza	CLT
15	1 – Farmacêutico	Farmácia	CLT
16	1 – Técnico em Rx	Radiologia	CLT
17	1 – Porteiro	Portaria	CLT

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

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UN	QTDE	INÍCIO	TERMINO
Atendimento Especializado de Saúde a População	Atendimento médico Urgência e emergência	Consultas	UN	20.000	01/12/19	31/12/19
		Observação	UN	200		
	Atendimento ambulatorial	Administração medicamentos	UN	10.000		
		Exames Laboratoriais	UN	10.000		
		Fisioterapia	UN	14.000		
		Sutura/Drenagem Retirada de Unha	UN	200		
		Raio-X	UN	2.000		
		Inalação	UN	2.000		
		Curativo	UN	800		
		Eletrocardiograma	UN	600		

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GETULINA

Rua Natal Biondo Mengato, 56 – Cx. Post. 121 – Fone/Fax (014)-3552.1616

CGC-MF 48.293.468/0001-48 – E-mail – scgetulina@gmail.com

4 – PLANO DE APLICAÇÃO

DISCRIMINAÇÃO		MESES	QTD	VL ÚNICO	MENSAL	TOTAL
	Salários (Relação Anexa)	12	1	R\$ 47.545,62	R\$ 47.545,62	R\$ 570.547,44
	13.º Salário	1	1	R\$ 47.545,92		R\$ 47.545,92
Folha de Pagto	Férias	1	1	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00
	PIS sobre a folha	12	1	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	FGTS	12	1	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
	INSS	12	1	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
	IRRF	12	1	R\$ 500,00	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
	Cesta Básica	12	1	R\$ 3.150,00	R\$ 3.150,00	R\$ 37.800,00
Plantonistas	Dia de Semana	12	25	R\$ 1.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
	Sab/Dom/Feriado	12	15	R\$ 2.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00
Diversos	Materiais e Medicamentos	12	1	R\$ 6.842,22	R\$ 6.842,22	R\$ 82.106,64
	Serviços prestados por terceiros	12	1	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
TOTAL						R\$ 1.690.000,00

NATUREZA DA DESPESA		TOTAL
CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	
01	Atendimento de Urgência e Emergência e internação da população	R\$ 1.690.000,00
TOTAL GERAL		R\$ 1.690.000,00

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**5.1 – CRONOGRAMA DE REPASSE PREFEITURA MUNICIPAL DE GETULINA**

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	R\$ 127.500,00	R\$ 127.500,00	R\$ 140.250,00	R\$ 140.250,00	R\$ 140.250,00	R\$ 140.250,00
	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
R\$ 140.250,00	R\$ 140.250,00	R\$ 140.250,00	R\$ 140.250,00	R\$ 172.750,00	R\$ 140.250,00	
TOTAL DO REPASSE					R\$ 1.690.000,00	

5.2 – CRONOGRAMA DE REPASSE – SUS (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC)

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56
	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56	R\$ 35.583,56
TOTAL DO REPASSE					R\$ 427.002,72	

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GETULINA

Rua Natal Biondo Mengato, 56 – Cx. Post. 121 – Fone/Fax (014)-3552.1616
CGC-MF 48.293.468/0001-48 – E-mail – scgetulina@gmail.com

5.2.1- PLANO DE APLICAÇÃO - MAC

DISCRIMINAÇÃO		MESES	QTD	VL ÚNICO	MENSAL	TOTAL
Rescisões	Rescisões	12	1	R\$ 900,00	R\$ 900,00	R\$ 10.800,00
Plantonistas	Dia de Semana	12	5	R\$ 1.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
	Sab/Dom/Feriado	12	3	R\$ 2.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
	Parcelamento INSS e IRRF	12	1	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
Diversos	Materiais e Medicamentos	12	1	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
	Serviços prestados por terceiros	12	1	R\$14.692,38	R\$ 14.692,38	R\$ 176.308,58
TOTAL				R\$ 28.692,38	R\$ 36.692,38	R\$ 427.002,72

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 inexistente 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, 28/11/2018

CARLOS ROBERTO ANTUNES
Provedor