



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"**  
CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA  
Declarada de Utilidade Pública: Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60  
Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1324 de 30/08/62

### PLANO DE TRABALHO

1. DADOS DA PROPONENTE	
Nome: <b>Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros"</b>	
CNPJ: <b>59.759.084/0001-94</b>	Endereço: <b>Rua Carolina Malheiros</b>
nº.: <b>92</b>	Bairro: <b>Vila Conrado</b>
Município: <b>São João da Boa Vista</b>	CEP: <b>13870-720</b>
Telefone: <b>(19) 36332222</b>	
E-mail: <b>administracao@santacasasaojoao.com.br</b>	
CEBAS: <b>Portaria 828, de 08 de julho de 2.019</b>	

2. REPRESENTANTE LEGAL	
Nome: <b>Marcio Roberto Franciulli</b>	CPF: <b>822.633.108-00</b>
RG: <b>8.269.801-6</b>	Órgão Expedidor: <b>SSP/SP</b> Cargo ou Função: <b>Provedor</b>
Duração Mandato: <b>03 anos</b>	Data Da Posse: <b>20/02/2.020</b>
Endereço: <b>Rua Bernardino de Campos</b>	
nº. <b>325</b>	Bairro: <b>Centro</b> Município: <b>São João da Boa Vista</b>
Telefone fixo <b>(19) 6333-2277</b>	Telefone Celular <b>(19) 99838-5997</b>
E-Mail : <b>provedor@santacasasaojoao.com.br</b>	

3. GESTOR TÉCNICO	
Nome: <b>Josué Alberto de Melo Junior</b>	Cargo ou função: <b>Gerente Hospitalar</b>
RG: <b>22.894.536-7</b>	Órgão Expedidor: <b>SSP/SP</b> CPF: <b>173.825.418-60</b>
Qual o vínculo do Gestor Técnico e a proponente:	
<input type="checkbox"/> membro da entidade <input checked="" type="checkbox"/> funcionário remunerado <input type="checkbox"/> contratado para o projeto	

Recubi  
Ruyja  
21/05/2020.

#### 4. TÍTULO DO PROJETO

##### 4.1 Termo de Fomento – Concessão de Contribuição Social

#### 5. A PROPONENTE

**5.1** A Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros" é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 07 de fevereiro de 1900, com registro no Conselho Nacional de Assistência Social sob nº 8.659/39-70 de 15 de agosto de 1939, reconhecida como Entidade Pública Federal, através do Decreto nº 1.324, de 30 de agosto de 1962, com sede à Rua Carolina Malheiros, nº 92, em São João da Boa Vista – SP inscrita no CNPJ sob nº 59.759.084/0001-94.

No âmbito operacional possui um Corpo Clínico formado por aproximadamente 150 profissionais médicos efetivos, atuando nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Urologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Nefrologia, Anestesiologia, Radiologia, Proctologia, além de outros profissionais que atuam conjuntamente na assistência ao paciente, tais como: Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, Bioquímicos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais e Enfermeiros.

A Entidade dispõe de Centro Cirúrgico equipado com 05 salas para procedimentos, assim como suporte para internação com um total de 161 leitos, sendo 102 ofertados ao SUS.

As ações assistenciais abrangem as populações de São João da Boa Vista, Águas da Prata, Aguai, reguladas de forma direta e, regionalmente, via Central de Regulação de Ofertas e Serviços da Saúde – CROSS.

Para assegurar seu compromisso com a saúde pública, a entidade mantém convênio com Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista, desde 2001, visando à prestação de assistência em saúde ambulatorial e internações de Média Complexidade Geral e Alta Complexidade em Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Nefrologia, Oncologia e UTI-Adulto com 8 leitos credenciados exclusivamente para atender pacientes oriundos do SUS.

## 6. OBJETO

6.1 A presente proposta de parceria tem como objeto a celebração de parceria com o Poder Público municipal, com a finalidade de obter a concessão de Contribuição Social no valor de **R\$ 4.383.180,10 (quatro milhões, trezentos e oitenta e três mil, cento e oitenta reais e dez centavos)**, que permitirá o pagamento das dívidas vencidas e vincendas referentes aos, Fornecedores, Fornecedores (Acordos), Impostos e Serviços médicos, de responsabilidade da proponente.

## 7. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

7.1 **Objetivos Gerais:** Regularização da situação financeira da entidade perante os fornecedores e demais prestadores de serviços.

7.2 **Objetivos Específicos:** Realizar os pagamentos referentes às seguintes dívidas vencidas e vincendas:

- a) *Fornecedores*
- b) *Fornecedores (Acordos)*
- c) *Impostos*
- d) *Serviços médicos*

## 8. JUSTIFICATIVA

8.1 Inicialmente deve ser ressaltada a importância da entidade para o contexto da saúde pública em nível municipal e regional, pois através de um regime de contratualização a assistência é estendida também aos municípios da região, que fazem parte do colegiado Mantiqueira, divisão estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde, do Estado de São Paulo.

Em nível local, a entidade é a única a prestar assistência hospitalar aos pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde, o que já evidencia a importância da sua manutenção e preservação. Nesse sentido, é imperioso reconhecer que a continuidade da assistência à saúde da população depende das atividades desenvolvidas pela Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros".

Por outro lado, deve-se ter em conta o cenário econômico pelo qual o país se ressent, o que inevitavelmente acaba também provocando reflexos nas entidades filantrópicas sem fins lucrativos, pois estas, por sua natureza, dependem quase que exclusivamente dos recursos financeiros desembolsados pelo Poder Público.

Diante disso, a nossa entidade igualmente padece com a falta de recursos, apesar de manter vínculos/parcerias com o Município, o que garante sua subsistência, o fato notório é que os recursos repassados são limitados e, em contraposição, os custos operacionais são cada vez maiores, seja pela demanda assistencial ou por alguns casos envolvendo Ações Judiciais.

Diante disso, considerando que as dívidas com o decorrer do tempo acabam se acumulando, a entidade deixa de ter condições de arcar com o seu compromisso assistencial e caso não seja efetuado o aporte de recursos para a regularização junto aos credores, a continuidade dos atendimentos será afetada sobremaneira.

Portanto, o recurso financeiro ora pleiteado, através de Contribuição Social, é uma medida que se mostra imprescindível nesse momento de crise, sendo plenamente justificada ante ao quadro de possível interrupção na continuidade da assistência prestada à população, que depende exclusivamente dessa entidade.

## 9. ATRIBUIÇÕES DAS PARTES

### 9.1

O Poder Público municipal será o responsável pelo repasse do recurso financeiro, através de

concessão de Contribuição Social instrumentalizada por **TERMO DE FOMENTO**, nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014 e as regulamentações do Decreto Municipal nº 5.620/2.017.

## 9.2

- a) A proponente será responsável pela quitação das dívidas registradas neste Plano de Trabalho;
- b) A Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros", proponente, será responsável pelo envio mensal das informações sobre o cumprimento dos indicadores estabelecidos por este Plano de Trabalho.
- c) Posteriormente, ficará obrigada a efetuar a prestação de contas dos recursos recebidos, com prazo estabelecido até o último dia de janeiro do exercício subsequente.
- d) A qualquer tempo, a proponente deverá atender às requisições apresentadas pelo Departamento Municipal de Saúde ou pelos Órgãos de Controle Interno.

## 10. ETAPAS DE EXECUÇÃO DO PROJETO

10.1 - a) Celebração da parceria.

10.2 - b) Pagamento das dívidas (objeto da parceria).

10.3 - c) Prestação de contas (apresentação dos comprovantes dos pagamentos efetuados)

## 11. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

11.1 Valor do repasse: R\$ 4.383.180,10 (quatro milhões, trezentos e oitenta e três mil, cento e oitenta reais e dez centavos)

11.2 Aplicação dos Recursos Financeiros para a execução do objeto:

Descrição das dívidas	Valores (R\$)
a) Fornecedores	1.907.342,37
b) Fornecedores ( Acordos )	233.260,87
c) Impostos	658.216,81
d) Serviços Médicos	1.584.360,05
<b>Total</b>	<b>4.383.180,10</b>

Obs: As planilhas descritivas das despesas acima seguem em anexo a este Plano de Trabalho.

## 12. VIGÊNCIA DA PARCERIA

12.1 A parceria terá início na data de sua celebração e será finalizada em 30 de setembro de 2.020

## 13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

13.1 – 1ª parcela – maio/2.020 - valor: R\$ 1.800.000,00

13.2 - 2ª parcela – junho/2.020 - valor: R\$ 1.291.590,05

13.3 - 3ª parcela – julho/2.020 - valor: R\$ 1.291.590,05

## 14. FONTE DE RECURSO

14.1 – A Fonte de Recursos será própria do Município.

14.2 – A Conta bancária exclusiva para o recebimento dos recursos será:

**Banco do Brasil**  
**Agência: 8.675-4**  
**Conta Corrente: 186-4**

## 15. INDICADORES DE EXECUÇÃO (METAS)

### INDICADORES QUANTITATIVOS

15.1 Indicador nº 1	
<b>Objetivo</b>	Acompanhar o a realização dos pagamentos referentes às dívidas com <i>Fornecedores</i> .
<b>Período</b>	Mensal
<b>Meta</b>	100%
<b>Fórmula</b>	Total do valor pago referente às dívidas com <i>Fornecedores</i> / Valor programado em Plano de Trabalho para pagamento da mesma dívida x 100.
<b>Resultado</b>	meta atendida ( ) - 90% a 100% meta parcialmente atendida ( ) - 80% a 89,9% meta não atendida ( ) < 80%

15.2 Indicador nº 2	
Objetivo	Acompanhar o a realização dos pagamentos referentes às dívidas com <i>Fornecedores (Acordos)</i>
Período	Mensal
Meta	100%
Fórmula	Total do valor pago referente à às dívidas com <i>Fornecedores (Acordos)</i> / Valor programado em Plano de Trabalho para pagamento da mesma dívida x 100.
Resultado	meta atendida ( ) - 90% a 100% meta parcialmente atendida ( ) - 80% a 89,9% meta não atendida ( ) < 80%

15.3 Indicador nº 3	
Objetivo	Acompanhar o a realização dos pagamentos referentes às dívidas com <i>Impostos</i> .
Período	mensal
Meta	100%
Fórmula	Total do valor pago referente às dívidas com <i>Impostos</i> / Valor programado em Plano de Trabalho para pagamento da mesma dívida x 100.
Resultado	meta atendida ( ) - 90% a 100% meta parcialmente atendida ( ) - 80% a 89,9% meta não atendida ( ) < 80%

15.4 Indicador nº 4	
Objetivo	Acompanhar o a realização dos pagamentos referentes às dívidas com <i>Serviços Médicos</i> .
Período	Mensal
Meta	100%
Fórmula	Total do valor pago referente às dívidas com <i>Serviços Médicos</i> / Valor programado em Plano de Trabalho para pagamento da mesma dívida x 100.
Resultado	meta atendida ( ) - 90% a 100% meta parcialmente atendida ( ) - 80% a 89,9% meta não atendida ( ) < 80%

## INDICADORES QUALITATIVOS

15.5 Indicador nº 5	
Objetivo	Monitorar o cumprimento do prazo para a remessa dos comprovantes ao Departamento Municipal de Saúde para conferência.
Prazo	5º dia útil do mês subsequente ao pagamento das dívidas.

<b>Resultado</b>	prazo atendido ( ) - 90% a 100% prazo parcialmente atendido ( ) - 80% a 89,9% prazo não atendido ( ) < 80%
------------------	--

<b>15.6 Indicador nº 6</b>	
<b>Objetivo</b>	Monitorar a qualidade probatória do material enviado ao Departamento Municipal de Saúde, no prazo determinado neste Plano de Trabalho.
<b>Período</b>	Mensal
<b>Resultado</b>	material consistente ( ) - 90% a 100% material parcialmente consistente ( ) - 80% a 89,9% material inconsistente ( ) < 80%

PARÂMETROS	
Percentuais	Valores
90% a 100%	10 pontos
80% a 89,9%	05 pontos
< 80%	00 pontos

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES	VALORES
(a) Pontuação máxima possível	60 pontos
(b) Pontuação alcançada	
(c) Percentual de desempenho (b/a x 100)	

## 16. PARÂMETROS PARA A AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO OBJETO

**16.1** A proponente deverá enviar os comprovantes de quitação das dívidas ao Departamento Municipal de Saúde para a conferência.

**16.2** A remessa deverá ser efetuada no 5º dia útil do mês subsequente às quitações das dívidas.

**16.3** A proponente deverá atender aos requisitos que constam nos indicadores quantitativos e qualitativos.

**16.4** A proponente enviará ao Departamento Municipal de Saúde a prestação de contas dos recursos recebidos no exercício vigente até o dia 31 de janeiro do exercício subsequente, ocasião em que entregará o Relatório de Execução das Atividades desenvolvidas durante a vigência da




parceria.

**16.5** A prestação de contas seguirá as orientações expedidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em especial as instruções 02/2016.

## VALIDAÇÃO

Na qualidade de representante legal da entidade proponente, declaro, para fins de celebração de parceria junto ao Poder Público municipal, que estou ciente e assumo a responsabilidade pela execução da parceria ora proposta.

São João da Boa Vista, 21 de maio de 2.020.




---

**MARCIO ROBERTO FRANCIOLLI**  
Provedor da Santa Casa de Misericórdia  
"Dona Carolina Malheiros"



## RESUMO DAS DÍVIDAS VALIDADAS

FORNECEDORES	R\$	1.907.342,37
ACORDOS - FORNECEDORES	R\$	233.260,87
IMPOSTOS	R\$	658.216,81
SERVIÇOS MÉDICOS	R\$	1.584.360,05
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$</b>	<b>4.383.180,10</b>

  
Guilherme Morellin  
Administrador  
Santa Casa de Misericórdia  
"Dona Carolina Matheiros"

  
Josué A. Melo Junior  
Gerente Hospitalar

