

PLANO DE TRABALHO - PROPOSTA 0002/2020

1. DADOS CADASTRAIS

Nome da Entidade Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga				CNPJ 72.957.814/0001-20
Endereço Rua Minas Gerais, 3051				Bairro Santa Eliza
Cidade Votuporanga	UF SP	CEP 15500-003	DDD/Telefone (17) 3405-9133	Email contabilidade11@santacasavotuporanga.com.br
Nome do Responsável Luiz Fernando Góes Liévana				CPF 045.349.978-33
RG/Órgão Expedidor 7.598.835-5/SSP -			Cargo Provedor	
Endereço Rua Luiz Cella, 2633, Condomínio jardim Villa Lobos, Votuporanga/SP				CEP 15505-186

2. DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Título PROJETO SANTA CASA DE VOTUPORANGA		Período de Execução Início: 01/01/2020 - Término: 31/01/2021	
Identificação do Objeto Promover o atendimento à população do Município de Riolândia atendida pelo SUS através da garantia e provimento de insumos médicos hospitalares, medicamentos, material de limpeza e higiene, descartáveis, gêneros alimentícios, entre outros, em quantidade suficiente e com a qualidade necessária, que são fundamentais para proporcionar um atendimento digno e com qualidade.			
Público Alvo PACIENTES PROVINDOS DO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIOLÂNDIA.			
Local de Execução SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA			
Coordenador(a) LEILA FABRETE			
Responsável Técnico do Projeto FABIANO GRADELA LEONE			
Endereço do Responsável Técnico RUA MINAS GERAIS, 3051		DDD/Telefone (17) 3405-9133	Endereço Eletrônico contabilidade2@santacasavotuporanga.com.br

3. JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga é prestador do Sistema Único de Saúde de acordo com o convênio nº 2581/2013 e de acordo com a classificação constante na resolução SS nº 13 de 05/02/2014, é um hospital estruturante, se tornando referência em atendimentos de média e alta complexidade. Por estar localizada em uma região circundada por estradas, vicinais e vias de acesso em geral, tornou-se o principal hospital para atender a uma região composta de 53 municípios, totalizando 470 mil habitantes.

O hospital vivencia constantemente insuficiência financeira e consecutiva impossibilidade de manutenção

da sua estrutura e dos atendimentos sem o apoio financeiro do poder público municipal. Salientamos que a Santa Casa é um hospital que realiza atendimento ao usuário SUS, o que subentende-se o interesse público na manutenção dos seus atendimentos.

Assim, temos a necessidade de repasse por parte do Município de Riolândia no valor R\$ 96.000,00 (noventa e seis mil reais) para custeio das atividades.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

CUSTEIO - Os recursos serão aplicados em aquisição de material de consumo.

Objetivo Específico

Promover o atendimento à população do Município de Riolândia atendida pelo SUS através da garantia e provimento de insumos médicos hospitalares, medicamentos, material de limpeza e higiene, descartáveis, gêneros alimentícios, entre outros, em quantidade suficiente e com a qualidade necessária, que são fundamentais para proporcionar um atendimento digno e com qualidade.

5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

1	META: ATENDER AOS PACIENTES PROVINDOS DO MUNICÍPIO DE RIOLÂNDIA				
Etapa/ Fase	Especificação	Unidade	Qtde Física	Início	Término
1.01	PROMOVER 700 ATENDIMENTO MEDIA ANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RIOLÂNDIA	UNIDADE	700	01/01/2020	31/12/2020
Ações FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO E MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES GARANTINDO OS ATENDIMENTOS PROVINDOS DO MUNICÍPIO.					

6. METODOLOGIA

Devido à qualidade do atendimento na área de saúde a instituição tem apresentado aumento significativo no número de atendimentos prestados, Internações, Cirurgias, Exames, sendo necessário ampliar o consumo de medicamentos e materiais.

Benefícios/Impacto que trará o objeto:

Manter a qualidade do atendimento dos serviços oferecidos na área de assistência médico-hospitalar, sendo capaz de atender as necessidades da população abrangente.

7. FORMA DE AFERIÇÃO DOS INDICADORES DAS METAS/ETAPAS OU FASES

META

Fortalecimento nos Serviços e Ações da Assistência Médico-Hospitalar Oferecidas a População.

DESCRIÇÃO

Com a aquisição de todo o material de consumo necessário e com o pagamento dos nossos colaboradores conseguiremos garantir a manutenção na estrutura física da instituição, bem como suprir as necessidades de cada atendimento.

INDICADOR DE ALCANCE DA META

Garantir 100% de atendimento a População dependente

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (INSTRUMENTAIS)

A execução do presente termo será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste termo, devendo

para tanto:

I - avaliar o desempenho do Hospital conveniado em relação ao cumprimento das metas pactuadas e dos requisitos necessários para a adesão ao auxílio.

II - avaliar os resultados alcançados na execução do objeto, e fazer recomendações para o atingimento dos objetivos perseguidos.

9. PROVISÃO/EQUIPE CONTRATADA

Cargo/Função	Qtde.	Remuneração R\$	Total Mês R\$	Total Ano R\$
Total			0,00	0,00

10. RECURSOS FISICOS

Nº Ordem	Quantidade	Especificação
01	1	PRONTO SOCORRO
02	1	Atendimento COVID-19

11. RECURSOS MATERIAIS

Nº Ordem	Quantidade	Especificação
01	1	EQUIPAMENTOS

12. PLANO DE APLICAÇÃO

1 - Financeira	Unidade	Quantidade	Previsto R\$
1.01 - Financeira	12	12	0,00
Sub Total			0,00
2 - Material de Consumo	Unidade	Quantidade	Previsto R\$
2.01 - Materiais Médico Hospitalares	UNIDADE	1	48.000,00
2.02 - Medicamentos	UNIDADE	1	48.000,00
Sub Total			96.000,00
Total			96.000,00

13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Fonte de Recurso	Valor Concedente	Valor Proponente	Data
Municipal	8.000,00		21/01/2020
Municipal	8.000,00		11/02/2020
Municipal	8.000,00		31/03/2020
Municipal	8.000,00		11/05/2020
Municipal	8.000,00		01/06/2020
Municipal	8.000,00		18/06/2020
Municipal	8.000,00		14/07/2020
Municipal	8.000,00		28/08/2020
Municipal	8.000,00		10/09/2020
Municipal	8.000,00		14/10/2020

Fonte de Recurso	Valor Concedente	Valor Proponente	Data
Municipal	8.000,00		03/12/2020
Municipal	8.000,00		07/12/2020
Total	96.000,00		

14. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

15. 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.

Votuporanga, 04 de Janeiro de 2021.

16. REPRESENTANTE DA ENTIDADE

Luiz Fernando Góes Liévana

Dirigente

FABIANO GRADELA LEONE

Responsável Técnico