



## IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

Espírito Santo do Pinhal, 26 de Outubro de 2020.

Ofício Adm nº 116 / 2020

Referente : Solicitação Ofício Coord. 143/2020

A Irmandade do Hospital Francisco Rosas , vem pelo presente apresentar o Plano de Trabalho de Gerenciamento do Pronto Atendimento Municipal Dr. Ciro Carlos Corsi, conforme vossa solicitação; em atendimento ao Ofício 143/2020 de 16/10/2020; nos moldes da Lei nº 13.019/14 alterada pela 13.204/15 com observância no Art. 3º, Inciso IV . para o período de 03/11/2020 a 02/11/2021 .

Atenciosamente,



Jaques Pontes Casalecchi  
Provedor

Ao Ilmo Sr.

Fábio Delduca da Silva  
Secretário Municipal de Saúde



Flávia R. Cordoba Rafael  
Chefe do Controle  
Interno Municipal  
28/10/20



## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

### **PLANO DE TRABALHO**

# **GERENCIAMENTO DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. CIRO CARLOS CORSI**

**ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP  
2020**



## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

**A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892**

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

### **DADOS CADASTRAIS**

#### **1.1. DA ORGANIZAÇÃO**

**1.1.1. Nome da entidade: IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

**1.1.2. CNPJ: 54.228.648/0001-49**

**1.1.3. Rua: Rua Teixeira Rios, nº 210**

**1.1.4. Bairro: Centro**

**1.1.5. CEP: 13990-000**

**1.1.6. Cidade: Espírito Santo do Pinhal**

**1.1.7. Estado: SP**

**1.1.8. Telefone: (19) 3651 1131**

**1.1.9. E-mail: [contabilidade@hfrosas.com.br](mailto:contabilidade@hfrosas.com.br)**

#### **1.2. DO RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO**

**1.2.1. Nome completo: JAQUES PONTES CASALECCHI**

**1.2.2. CPF: 047.432.338-28**

**1.2.3. RG: 15.690.769/SP**

**1.2.4. Rua: Rua Ernesto Monfardine, nº 280**

**1.2.5. Bairro: Jd. das Rosas**

**1.2.6. CEP: 13990-000**

**1.2.7. Cidade: Espírito Santo do Pinhal**

**1.2.8. Estado: : SP**

**1.2.9. Telefone: (19) 3651 3574**

**1.2.10. E-mail: [jcasalecchi@gmail.com](mailto:jcasalecchi@gmail.com)**

**1.2.11. Cargo: Provedor**

**1.2.12. Eleito em: 28/04/2017**

**1.2.13. Vencimento do Mandato: 31/03/2021**

**1.3. CONSELHO FISCAL**

**Nome Completo: JOÃO BATISTA ROZON**

**Endereço: Rua Osvaldo Cruz , 25, Jd. Paulista, E.S.Pinhal – SP**

**Tel.: (19) 3651-3028    CPF: 718.623.1558-68    RG: 8.879.822 SSP/SP**

**Nome Completo: ELIAS REIS ELIAS**

**Endereço: Praça João Pessoa , 202, Centro, E.S.Pinhal - SP**

**Tel.: (19) 3651-2522    CPF: 192.242.498-68    RG: 3.961.608/SSP/SP**

**Nome Completo: JOSÉ GERALDO FERNANDES TITO**

**Endereço: Rua Anunciata S. Amato , 45, Pq. do Lago , E.S.PINHAL - SP**

**Tel.: (19) 3651-3816    CPF: 014.746.858-20    RG: 3.050.998/SSP/SP**

**1.4. CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA**

1.4.1. Nº do CNPJ: 54.228.648/0001/49

1.4.2. Data de abertura informada no CNPJ: 17/09/1973

1.4.3. Atividade econômica principal: Atividades de Atendimento Hospitalar

1.4.4. Atividades econômicas secundárias:

**2. EXECUÇÃO**

2.1. Imóvel onde funciona o Serviço é:

Próprio                      ( ) Cedido                      ( ) Público                      ( ) Particular

( ) Alugado

2.2. A organização da sociedade civil fica aberta quantas horas por semana:

( ) Até 20 horas                      ( ) De 21 a 39 horas                      ( ) 40 horas

( ) Mais de 40 horas                      ( X ) Ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana)

2.3. Quais dias da semana a unidade executora funciona?

( X ) Segunda-feira                      ( X ) Terça-feira                      ( X ) Quarta-feira

( X ) Quinta-feira                      ( X ) Sexta-feira                      ( X ) Sábado

( X ) Domingo

**3. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO A SER EXECUTADO**

**3.1. RESPONSÁVEIS:**

**3.1.1. COORDENADOR TÉCNICO**

3.1.1.1. Nome Completo: **Matias Augusto de Carvalho**

3.1.1.2. CPF: **073.412.736-74**

3.1.1.3. RG: **MG-13.286.613**

3.1.1.4. Número do Registro Profissional: **CRM 142.371**

3.1.1.5. Telefone para contato: **(19) 3651-1131**

3.1.1.6. CEL: **(12) 8158-4471**

3.1.1.7. Email: **tobiasmed37@hotmail.com**

**3.1.2. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO**

3.1.2.1. Nome Completo: **Aline Ariane Meira Cardoso Scarabello**

3.1.2.2. CPF: **368.765.818-02**

3.1.2.3. RG: **43.434.008-X**

3.1.2.4. Número do Registro Profissional: **COREN/SP 261949**

3.1.2.5. Telefone para contato: **(19) 3651-7373**

3.1.2.6. CEL: **(19) 997887343**

3.1.2.7. Email: **aa.mscarabello@gmail.com**

### 3.1.3. RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1.3.1. Nome Completo: **Geraldo Magelo Barbosa**

3.1.3.2. CPF: **068.480.638-00**

3.1.3.3. RG: **15.214.420**

3.1.3.4. Número do Registro Profissional: **CT.CRC 1SP 166213/O-5**

3.1.3.5. Telefone para contato: **(19) 3651-1131**

3.1.3.6. CEL:

3.1.3.7. Email: **contabilidade@hfrosas.com.br**

### 3.2. RECURSOS HUMANOS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Quantidade	Escolaridade	Função	Vínculo	CH/Semanais
27	4	técnico de enfermagem	1	36
9	4	assistente administrativo	1	40
1	4	maqueiro	1	36
2	4	atendente de farmácia	1	36
2	4	auxiliar de enfermagem	1	36
1	4	tecnico em imobilização ortopedica	1	36
1	5	enfermeira	1	40
12	5	enfermeira	1	36

7	3	faxineira	1	36
1	4	gerente administraivo	1	40
2	5	farmacêutico	1	36
5	5	médico clinico	1	24
3	5	médico clinico	2	12
11	4	repcionista	1	36
4	4	técnico em radiologia	1	24

20

Pessoa Juridica

**LEGENDA:** Utilize os seguintes códigos

**Escolaridade:** 1-Sem escolaridade 2-Ensino Fundamental Incompleto 3-Ensino Fundamental Completo 4-Ensino médio completo 5-Ensino superior completo 6-Especialização 7-Mestrado 8-Doutorado

**Vínculo:** 1-CLT 2-RPA 3-Voluntário 4-MEI

### 3.3. DO PROJETO

**3.3.1. OBJETIVO GERAL:** A efetivação de Termo de Colaboração/Convênio com a Secretaria Municipal de Saúde visando atender a demanda de pacientes em situações de urgência e emergência do município de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

#### 3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Atender a demanda de pacientes em situações de urgência/emergência;
- Triagem de pacientes com classificação de risco;
- Realização de consultas com o plantonista para análise do quadro clínico e devidas intervenções;



- Realização de exames complementares de acordo com sua necessidade;
- Realização de cuidados de enfermagem para os pacientes de repouso e em observação;
- Plantão de ortopedia;

### **3.3.3. JUSTIFICATIVA:**

O Pronto Atendimento é um estabelecimento de assistência médica, com assistência à população durante 24 horas/dia, com presença de equipe médica no local, tecnicamente estruturado para o atendimento de pacientes, prevendo, inclusive, o atendimento inicial em situações excepcionais de urgência/emergência, com capacidade de remoção de pacientes para locais previamente referenciados.

Conta com uma equipe de profissionais preparados para atendimentos de urgência e emergência, oferecendo aos nossos clientes estrutura adequada e a segurança necessária nas situações onde a rapidez da assistência é fundamental.

### **3.3.4. PÚBLICO ALVO / BENEFICIÁRIOS:**

O Pronto Atendimento atende a população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS dos municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

**3.3.5. ÁREA DE ABRANGÊNCIA:** Municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

**3.3.6. METODOLOGIA:** Apresentação do Projeto , Capacitação dos Profissionais envolvidos , Organização dos Setores visando o melhor desenvolvimento e qualidade dos atendimentos de acordo com os princípios Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

### **3.3.7. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL / QUALIFICAÇÃO EQUIPE TÉCNICA/ INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE:**

O Pronto Atendimento possui estrutura e equipe especializada capaz de prestar os primeiros socorros, e conta com Profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos, Recepcionistas e outros com capacidade necessária de atendimento às urgências/emergências .

Ao adentrar nas dependências do Pronto Atendimento o paciente realizará sua admissão na recepção, que será encaminhada para triagem de classificação de risco.

O Pronto Atendimento oferecerá ao paciente, consulta com o plantonista para análise do quadro clínico e devidas intervenções, bem como a solicitação e realização de exames complementares de acordo com sua necessidade.

Sendo que esta estrutura está adaptada a população com mobilidade reduzida.

### **3.3.8. RESULTADOS/PRODUTOS ESPERADOS/ IMPACTOS PREVISTOS:**

Os resultados esperados são os atendimentos humanizados, com qualidade e resolutividade, de forma a atender as expectativas da população. Espera-se também efetivar o projeto de classificação de risco dos pacientes de forma a melhorar a referência e contra referência do atendimento. Além disso, a aplicação deste plano de trabalho resultará na melhoria da informação prestada ao setor de Vigilância Epidemiológica, de forma a implementar os indicadores de saúde do município.

O plano de trabalho terá como impacto positivo a otimização dos atendimentos de urgência/emergência no Pronto Atendimento Dr. Ciro Carlos Corsi. Poderá ter como impacto negativo durante a fase de adaptação, o descontentamento por parte dos pacientes que não demandam urgência/emergência, os quais serão encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde – UBS de referência.

### **3.3.9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO:**

- Número de atendimentos mensais com indicação de classificação de risco;

- Relação dos cursos/atualizações/treinamentos que a equipe de saúde participou (com assinatura dos presentes);
- Pesquisa de Satisfação e Relatório dos atendimentos de pessoas com suspeita de doença de notificação compulsória, conforme determina a Portaria 204 de 17/02/2017.

**3.3.10. METAS:**

METAS	
03/11/2020 a 02/11/2021	
METAS	Descrição /Especificação
1	Manter escalas mensais de plantões
2	Treinamento das equipes para Classificação de risco
3	Honrar com os atendimentos qualificados e humanizados, visando atender as expectativas da população
4	





## IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

### 3.4. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE 03/11/2020 a 02/11/2021.

O Valor do custeio :

ÁREA/ORIGEM	TOTAL
Federal	R\$ 1.143.800,00
Municipal	R\$ 5.164.000,00
Total	R\$ 6.307.800,00

O desembolso ocorrerá em parcelas mensais conforme os valores especificados até o 4º dia útil do mês subsequente .

<b>CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO</b>			
<b>REPASSE</b>	<b>FONTE</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>T. MENSAL (R\$)</b>
nov/20	Municipal		R\$ 646.900,00
	Estadual		
	Federal	R\$ 646.900,00	
dez/20	Municipal		R\$ 496.900,00
	Estadual		
	Federal	R\$ 496.900,00	
jan/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
fev/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
mar/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
abr/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
mai/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
jun/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
jul/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
ago/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
set/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
out/21	Municipal	R\$ 516.400,00	R\$ 516.400,00
	Estadual		
	Federal		
<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>R\$ 5.164.000,00</b>	<b>R\$ 6.307.800,00</b>
	<b>Estadual</b>	<b>R\$ -</b>	
	<b>Federal</b>	<b>R\$ 1.143.800,00</b>	

**3.5. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE 03/11/2020 a 02/11/2021.**

APLICAÇÃO DE RECURSOS SEM REAJUSTES				
Descrição da Despesa	1 – Recurso da Parceria (R\$)			2 – Detalhamento da Despesa
	Municipal	Estadual	Federal	
Recursos Humanos (A)	R\$ 3.278.286,00		R\$ 777.988,60	Salários, encargos e benefícios
Recursos Humanos (B)	R\$ 1.310.337,00		R\$ 258.197,40	Autônomos e Pessoa Jurídica
Medicamentos	R\$ 93.500,00		R\$ 17.000,00	Medicamentos de cons. Geral/oxigênio
Material Médico e Hospitalar (*)				Materiais diversos hospitalares
Gêneros Alimentícios	R\$ 2.500,00		R\$ 500,00	
Outros Materiais de Consumo	R\$ 80.300,00		R\$ 14.600,00	Mat. Auxil. de limp. / descart /escritório.
Serviços Médicos (*)				
Outros Serviços de Terceiros				Exames laboratoriais, raios-x, tomografia/ ultrasson e outros
Locação de Imóveis				
Locações Diversas	R\$ 93.500,00		R\$ 19.000,00	Impressões , transportes.
Utilidades Públicas (C)	R\$ 52.500,00		R\$ 10.500,00	Luz, agua , telefone .
Combustível				
Despesas Financ. e Bancárias	R\$ 1.727,00		R\$ 314,00	
Outras Despesas	R\$ 251.350,00		R\$ 45.700,00	
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.164.000,00</b>		<b>R\$ 1.143.800,00</b>	<b>R\$ 6.307.800,00</b>

**Orientação:**

- 1 – Alocar o valor em cada fonte  
2 – Detalhar o Material a ser adquirido

**Legenda :**

- (A) Salários, encargos e benefícios.  
(B) Autônomos e pessoa jurídica  
(C) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.  
(\*)Apenas para entidades da área da Saúde.

### 3.6 – Disposições Gerais

Em atendimento ao Ofício nº 143/2020 de 16/10/2020 do Sr. Secretário Municipal de Saúde Fábio Delduca da Silva, para Aditamento do **Termo de Colaboração nº 12/2017**, para o período de 03/11/2020 a 02/11/2021

## 4. PRESTAÇÃO DE CONTAS

4.1. As contas serão prestadas parciais a cada quatro meses, quadrimestralmente e a final será até 30 dias após o final do exercício financeiro.

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Município de Espírito Santo do Pinhal, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem 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.

Espírito Santo do Pinhal, 26 de Outubro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**Jaques Pontes Casalecchi**  
**Provedor**