



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

Espírito Santo do Pinhal, 24 de outubro de 2019.

Ofício Adm nº 92 / 2019

Referente renovação de Convênio / Termo de Colaboração

A Irmandade do Hospital Francisco Rosas , vem pelo presente apresentar o Plano de Trabalho de Gerenciamento do Pronto Atendimento Municipal Dr. Ciro Carlos Corsi , nos moldes da Lei nº 13.019/14 alterada pela 13.204/15 com observância no Art. 3º, Inciso IV , em sequência ao Termo de Colaboração nº 12/2017 assinado em 03/02/2017, para o período de 03/11/2019 a 02/11/2020 , conforme solicitado .

Atenciosamente,


Jaques Pontes Casalecchi
Provedor

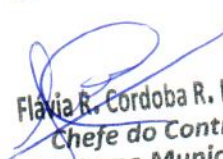
Ao Srs. (a)

Sérgio Del Bianchi Junior
Prefeito Municipal de Espírito Santo do Pinhal

Dione Laurindo
Secretário Municipal de Saúde

Flávia Regina C. Rafael Martins
Controle Interno / Comissão de Prestação de Contas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Recebi em 29/10/19
Nete
Nome do Funcionário

Recebi em 29/10/19

Flávia R. Cordoba R. Martins
Chefe do Controle
Interno Municipal



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

IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

PLANO DE TRABALHO

GERENCIAMENTO DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. CIRO CARLOS CORSI

**ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP
2019**



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

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

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



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

1.2.8. Estado: : SP

1.2.9. Telefone: (19) 3651 3574

1.2.10. E-mail: 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



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

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 Ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana)

2.3. Quais dias da semana a unidade executora funciona?

Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira

Quinta-feira Sexta-feira Sábado

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: administracao@hfrosas.com.br

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
22	4	agente comunitario de saude	1	40
25	4	assistente administrativo	1	40
1	5	assistente social	1	20
1	5	assistente social	1	30
7	4	tecnico em radiologia	1	24
9	4	atendente de farmacia	1	36
1	4	aux depto pessoal	1	40
5	4	aux tecnico em hemoterapia	1	36
13	4	auxiliar de enfermagem	1	40
57	4	auxiliar de enfermagem	1	36
3	4	auxiliar de faturamento	1	40
16	3	auxiliar de serv cozinha	1	36
4	4	conferente roupas	1	40
1	4	control. rouparia	1	40
6	5	coordenadores administrativos	1	40
1	5	coordenadoras E.S.F.	1	20
1	5	nutricionista	1	36

1	4	enc SAME	1	40
14	5	enfermeira	1	40
29	5	enfermeira	1	36
4	4	serv manutenção	1	40
5	5	farmaceutica	1	36
1	6	medico cardiologista		
22	3	faxineira	1	36
1	5	T.I. – Tecnologia da Informação	1	40
1	4	gerente administraivo	1	40
13	3	lavadeiras	1	36
1	4	maqueiro	1	36
1	6	med psiquiatra	1	4
1	4	Téc. Mobilidade ortopédica	1	40
1	6	med urologista	1	4
1	5	medico clinico	1	4
6	5	medico clinico	1	12
15	5	medico clinico	2	12
1	6	medico estr saude familia	1	40
3	6	medico estr saude familia	4	40
2	6	medico pediatra	1	10
2	4	técnico segurança	1	40
62	4	técnico de enfermagem	1	36
25	4	recepcionista	1	36

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 ,com atendimentos ambulatoriais e de acordo com a necessidade temos os plantões à distância ;

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.



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

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. A 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 e necessidades 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	
03/11/2019 a 02/11/2020	
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	

3.4. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE 03/11/2019 a 02/11/2020.

O Valor do custeio :

ÁREA/ORIGEM	TOTAL
SIA-SUS	726.000,00
Complemento Municipal	5.158.800,00
Total	5.884.800,00

O desembolso ocorrerá em parcelas mensais conforme os valores especificados, sendo o Complemento Municipal até o 4º dia útil do mês subsequente, e o SIA-SUS até do dia 15 .

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO		
REPASSE	FONTE	VALOR (R\$)
Novembro/2019	Municipal	447.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Dezembro/2019	Municipal	447.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Janeiro/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Fevereiro/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00

Março/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Abril/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Maio/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Junho/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Julho/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Agosto/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Setembro/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Outubro/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	60.500,00
Total	Municipal	5.158.800,00
	Estadual	
	Federal	726.000,00

3.5. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE 03/11/2019 a 02/11/2020.

APLICAÇÃO DE RECURSOS				
Descrição da Despesa	1 – Recurso da Parceria (R\$)			2 – Detalhamento da Despesa
	Municipal	Estadual	Federal	
Recursos Humanos (A)	3.621.300,00			
Recursos Humanos (B)	938.000,00			
Medicamentos			540.000,00	Medicamentos.
Material Médico e Hospitalar (*)				
Gêneros Alimentícios				
Outros Materiais de Consumo				
Serviços Médicos (*)	550.000,00			Exames laboratoriais , radiológicos, etc .
Outros Serviços de Terceiros				
Locação de Imóveis				
Locações Diversas				
Utilidades Públicas (C)	48.000,00			
Combustível				
Despesas Financ. e Bancárias	1.500,00			
Outras Despesas			186.000,00	Despesas de expediente e diversas .
Total	5.158.800,00		726.000,00	

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.

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, 21 de outubro de 2019.



Jaques Pontes Casalecchi
Provedor