



## 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, 31 de janeiro de 2020.

**Ofício Adm nº 15 / 2020 .**  
**Ajuste de Plano de Trabalho.**

A Irmandade do Hospital Francisco Rosas , vem pelo presente encaminhar Ajuste do Plano de Trabalho de Gerenciamento do Pronto Atendimento Municipal Dr. Ciro Carlos Corsi , conforme vossa solicitação ; 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, ajuste para o período de 01/02/2020 a 30/04/2020 sendo o período original do anterior de 03/11/2019 a 02/11/2020.

Atenciosamente,

  
Jaques Pontes Casalecchi  
Provedor

Ao Sr.  
Dione Laurindo  
Secretário Municipal de Saúde

RECEBIDO  
31/01/2020  
  
Dione Laurindo  
Secretário Municipal  
de Saúde



## **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**

#### **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](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

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





## 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)

### 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. RESPONSABILÍVEIS:**

##### **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](mailto: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	receptionista	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;

### 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	
03/11/2019 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	796.000,00
Complemento Municipal	5.158.800,00
Total	5.954.800,00

O desembolso ocorrerá em parcelas mensais conforme os valores especificados, sendo o Complemento Municipal até o 4º dia útil do mês subseqüente, 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	95.500,00

**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)

Março/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	78.000,00
Abril/2020	Municipal	426.400,00
	Estadual	
	Federal	78.000,00
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
<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>5.158.800,00</b>
	<b>Estadual</b>	
	<b>Federal</b>	<b>796.000,00</b>



**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			256.000,00	Despesas de expediente e diversas .
<b>Total</b>	<b>5.158.800,00</b>		<b>796.000,00</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.



#### **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 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.

Espírito Santo do Pinhal, 31 de janeiro de 2020.

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