



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 Março de 2021

Ofício Adm 23/2021 .

Assunto : - Ofício Gab 19/2021 – Prefeitura de Santo Antônio do Jardim – SP

Prezada Senhora :

A Irmandade do Hospital Francisco Rosas A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida pelas autoridades competentes como de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal em atendimento ao ofício supracitado vem apresentar o Plano de Trabalho solicitado , para a elaboração do Convênio .

Sem mais para o momento, aproveitamos a oportunidade para reiterar votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Jaques Pontes Casalecchi
CPF 047.432.338-28
Provedor

Exma. Sra.

Ivone Aparecida Chiarato Scanavachi
Prefeita Municipal de Santo Antônio do Jardim – SP

| | |
|-------------------------|---------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL | |
| SANTO ANTÔNIO DO JARDIM | |
| PROTOCOLADO SOB nº | 696 |
| Fls. nº | 26 |
| Livro nº | 17 |
| Em | 25 de março de 2021 |
| SECRETÁRIO | |



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

CONVÊNIO PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO JARDIM – SP

**ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP
MARÇO DE 2021**

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive letter 'A' followed by a small flourish.



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



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

1.2.7. 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

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 (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/SSP/MG

3.1.1.4. Número do Registro Profissional: CRM 142371

3.1.1.5. Telefone para contato:

3.1.1.6. CEL: (12) 98158-4471

3.1.1.7. Email: tobiasmed37@hotmail.com

3.1.2. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

3.1.2.1. Nome Completo: Cristiane Figueiredo Pettarelli

3.1.2.2. CPF: 353.864.228-12

3.1.2.3. RG: 44667995-1

3.1.2.4. Número do Registro Profissional: COREN 295083

3.1.2.5. Telefone para contato: (19) 3651-5041

3.1.2.6. CEL: (19) 99229-5105

3.1.2.7. Email: enfermagem@hfrosas.com.br

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. DO PROJETO

3.2.1. OBJETIVO GERAL: O presente Plano de Trabalho tem por objeto a efetivação de Convênio com a Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Jardim para a execução de serviços médico-hospitalares a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, observada a sistemática de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde-SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgências/emergências quando for o caso, de acordo com a capacidade operacional e complexidade do hospital.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Manter as comissões hospitalares, buscando o aprimoramento de cada uma delas para melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários Sistema Único de Saúde-SUS;
- Capacitar os funcionários por meio de treinamentos baseados nas necessidades levantadas pelos indicadores de qualidade do atendimento hospitalar;



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

- Manter serviços com excelência em todas as esferas assistenciais da instituição ;
- Dispondo do serviço de referência e contra referência, todos os pacientes hospitalizados, no ato da alta saem com o encaminhamento e consulta agendada em UBS (Unidade Básica de Saúde) para continuidade do tratamento;

3.2.3. JUSTIFICATIVA:

O Hospital Francisco Rosas é uma entidade filantrópica destinada ao diagnóstico e ao tratamento de doentes e também a única unidade hospitalar geral instalada e em funcionamento nos municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

Além do avanço tecnológico pode-se afirmar que para oferecer e cumprir suas responsabilidades com uma boa atenção, o Hospital dentro das ações específicas, mantém as comissões hospitalares, buscando o aprimoramento de cada uma delas para melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários, sendo elas: Comissão de óbito, prontuário, CCIH, resíduos, segurança do paciente, SAE-Sistematização da Assistência de Enfermagem, curativo, farmacovigilância, humanização e multidisciplinar.

3.2.4. PÚBLICO ALVO / BENEFICIÁRIOS: O Hospital atende a população usuária do Sistema Único de Saúde-SUS residente nos municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

3.2.5. ÁREA DE ABRANGÊNCIA : Municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antonio do Jardim .

6



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

3.2.6. METODOLOGIA:

Desde a admissão até a programação de uma alta hospitalar o paciente terá todos os cuidados específicos para sua permanência e recuperação. Já visando uma continuidade efetiva no tratamento pós hospitalar através do serviço de referência e contra referência, saindo com o encaminhamento e consulta agendada em UBS (Unidade Básica de Saúde) para continuidade do tratamento, sendo entregue cópia dos exames realizados e relatório de conduta realizado durante a internação.

Os funcionários são capacitados por meio de treinamentos baseados nas necessidades levantadas pelos indicadores de qualidade do atendimento hospitalar e pesquisa de satisfação do usuário, para aprimoramento dos cuidados prestados aos clientes do Sistema Único de Saúde-SUS.

3.2.7. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL / QUALIFICAÇÃO EQUIPE TÉCNICA/ INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE: Contamos com uma equipe multidisciplinar e especializada de profissionais tais como: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutica, técnica de segurança, recepcionistas e setores de apoio que ajudam a garantir a eficácia do atendimento final ao paciente. Os profissionais elencados são registrados nos seus respectivos conselhos, e o Hospital tem conveniado um atendimento de 219 internações mensais (AIHs), respeitados os parâmetros definidos pela CONTRATANTE, a infraestrutura hospitalar é capaz de atender 33 leitos em clínica médica, 06 de clínica cirúrgica, 04 de clínica obstétrica, 02 de pediatria, totalizando 45 leitos com capacidade de atender média complexidade. O Hospital conta hoje com uma UTI Adulto Tipo II, com 10 leitos funcionando para atendimentos COVID 19. Em nossa estrutura física, disponibilizamos dos setores de recepção e portaria, dois elevadores sociais e um de serviço, rampas de acesso, maternidade e pediatria, enfermaria para os cuidados de clínica médica e cirúrgica, centro cirúrgico, central de materiais, agência transfusional, farmácia e Serviço Arquivo Médico-SAME.

3.2.8. RESULTADOS/PRODUTOS ESPERADOS / IMPACTOS PREVISTOS: Manter e aperfeiçoar a qualidade de um atendimento seguro, humanizado, organizado e efetivo, atendendo as necessidades e expectativas dos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS. Poderá ter como impacto negativo, a insuficiência de recursos financeiros para manutenção dos objetivos descritos anteriormente.

3.2.9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO: Como instrumentos de indicadores de avaliação temos utilizado: pesquisa de satisfação do usuário por meio preenchimento manual e busca telefônica, pesquisa trimestral com os colaboradores, indicadores de índice de infecção hospitalar , quedas de pacientes, desenvolvimento de lesão de pele, taxa de nascimentos e óbitos hospitalares, Periodicamente somos avaliados por alguns órgãos públicos como Secretaria Municipal de Saúde, Delegacia Regional de Saúde, Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Enfermagem.

3.3 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE 01/04/2021 a 31/12/2021 .

O valor do custeio Mensal será :

| ÁREA/ORIGEM | TOTAL |
|-------------------------------------------|---------------|
| Convênio Municipal Média Complexidade AIH | R\$ 22.000,00 |
| Total | R\$ 22.000,00 |

Conforme acordado no mês de abril estarão sendo repassados os valores acumulados retroativos de janeiro a março /2021, incluídos com o mês de abril/2021.

Os desembolsos, ocorrerão em parcelas mensais conforme o valor acima especificado, até o dia 10 de cada mês , na conta específica do Banco do Brasil Agência 0474-X , conta corrente nº 108280-9

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO | | | |
|---------------------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| REPASSE | FONTE | VALOR (R\$) | T. MENSAL (R\$) |
| Abril/2021 | Municipal | R\$ 88.000,00 | R\$ 88.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Maio /2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Junho / 2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Julho/2020 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Agosto/2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Setembro/2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Outubro/2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Novembro/2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Dezembro/2021 | Municipal | R\$ 22.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| | Estadual | | |
| | Federal | | |
| Total | Municipal | R\$ 264.000,00 | R\$ 264.000,00 |
| | Estadual | R\$ - | |
| | Federal | R\$ - | |

3.5 PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE 01/04/2021 a 31/12/2021 .

| APLICAÇÃO DE RECURSOS SEM REAJUSTES | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------|---------|--------------------------------------------------------------|
| Descrição da Despesa | 1 – Recurso da Parceria (R\$) | | | 2 – Detalhamento da Despesa |
| | Municipal | Estadual | Federal | |
| Recursos Humanos (A) | | | | Salários, encargos e benefícios |
| Recursos Humanos (B) | | | | Honor. Médicos dentro atendimentos A.I.H. |
| Medicamentos | | | | Medicamentos de consumo geral |
| Material Médico e Hospitalar (*) | | | | Materiais diversos hospitalares |
| Gêneros Alimentícios | | | | |
| Outros Materiais de Consumo | | | | Materiais auxiliares e de limpeza/descartáveis |
| Serviços Médicos (*) | | | | |
| Outros Serviços de Terceiros | | | | Exames laboratoriais, raio-x, tomografia/ ultrasson e outros |
| Locação de Imóveis | | | | |
| Locações Diversas | | | | |
| Utilidades Públicas (C) | R\$ 264.000,00 | | | Energia Elétrica, água e esgoto, telefones |
| Combustível | | | | |
| Despesas Financ. e Bancárias | | | | |
| Outras Despesas | | | | Manut.de software, informática e manutenções Diversas . |
| Total | R\$ 264.000,00 | R\$ - | | R\$ 264.000,00 |

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 até 60 dias após o final do exercício financeiro, e ao final do Convênio .

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 , 24 de Março de 2021.



Jaques Pontes Casalecchi
Provedor