HOSPITAL
Maria do Valle
Pereira
Tabapuã / SP

PLANO DE TRABALHO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE - CONVENENTE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE TABAPUÃ			CNPJ: 71.981.476/0001-07
END: Av. Adinael Moreira, nº. 1.683			E-MAIL: financeiro@hmvp.com.br
CIDADE: Tabapuã	UF: SP	CEP: 15.890-000	TELEFONE: 017-35621811
RESP. ENTIDADE: Sandra Cristina Simões Silva			CARGO: Presidente
CPF: 034.756.068-79	RG: 13.419.298-9		TELEFONE: 011-985785832

2. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO – CONCEDENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE TABAPUÃ			CNPJ: 45.128.816/0001-33
END: Av. Rodolfo Baldi, nº. 817			E-MAIL: gabinete@tabapua.sp.gov.br
CIDADE: Tabapuã	UF: SP	CEP: 15.890-000	TELEFONE: 017-35629022
RESP. ÓRGÃO: Silvio César Sartorello			CARGO: Prefeito Municipal
CPF: 157.869.768-90	RG: 21.864.314-7		TELEFONE: 017-35629022

3. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Razão Social da Instituição: **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE TABAPUÃ**
CNES: **2084074**
CNPJ: **71.981.476/0001-07**
Licença de Funcionamento - Prazo de validade: **14/10/2021**
Endereço: **Rua Adinael Moreira Nº 1683 Centro, CEP: 15880-000**
Município: **Tabapuã**
Diretor/Presidente: **Sandra Cristina Simões Silva**
Diretor Clínico/Técnico: **Dr. José Pedro Toledo**
Administrador: **Sandra Cristina Simões Silva**

Missão da Instituição:

A Associação iniciou suas atividades em 27/11/1969, mantém contrato com o SUS desde dezembro 1989, é uma sociedade civil sem fins lucrativos.

Tem como missão o quanto descrito nos termos do artigo 2º de seu Estatuto Social vigente, abaixo transcrito:

*"**Artigo 2º** - No desenvolvimento de suas atividades, a Associação observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência, com as seguintes finalidades:*

***a)**– constituir, manter, administrar e desenvolver um Hospital, um Lar de Idosos,um Centro Comunitário Urbano de Recreação e Lazer e uma propriedade rural, bem como outros estabelecimentos que venha criar ou receber;*

b)– *aplicar suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente em território Nacional, na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;*

c)– *aplicar as subvenções sociais e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;*

d)– *dispensar assistência médico-hospitalar aos enfermos e acidentados, gratuitamente ou não;*

e)–*prestar auxílio aos pobres necessitados, e realizar toda a espécie de assistência social junto a crianças carentes, desvalidos, albergados e idosos;*

f)– *acolher e manter pessoas idosas carentes ou não, executando serviços, programas, projetos sociais e culturais e benefícios sócio-assistenciais de forma gratuita e de caráter continuado prolongado;*

g)– *promover intercâmbio com entidades congêneres;*

h)- *desenvolver atividades sociais, esportivas, recreativas, culturais, cívicas e comunitárias;*

i)– *colaborar com os poderes públicos no desenvolvimento do município.*

Parágrafo Único– *Para cumprir suas finalidades sociais, a Associação se organizará em tantas unidades quantas se fizerem necessárias, em todo o território nacional, as quais funcionarão mediante delegação expressa da matriz, e se regerão pelas disposições contidas neste estatuto e, ainda, por um regulamento ou regimento interno aprovado pela Diretoria Executiva."*

Natureza Jurídica: Associação Privada - **Filantrópica**
Nº. Certificado CEBAS: Processo nº 25000.182142/2018-44 - Data validade: **26/10/2021**
PORTARIA Nº 1.065, DE 10 DE SETEMBRO DE 2019.

Atendimento ambulatorial: sim **X** não ☐
Atendimento Hospitalar: sim **X** não ☐

PARÂMETROS INTERNAÇÕES 2019
Atende SUS: 77%
Atende Outros Convênios: 23%

INFRA-ESTRUTURA
AMBULATÓRIO
Nº. de salas de pequenas cirurgias: **01**
Nº. de consultórios: **02**
Nº. de salas de Nebulização: **01**
N°. de salas de repouso Fem/Masc: **02**

PRONTO SOCORRO

Demanda espontânea:	sim **X**	não ☐	
Demanda referenciada:	sim **X**	não ☐	
Leitos de observação:	sim **X**	não ☐	Nº. **10**
Sala de acolhimento com classificação de risco	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Consultórios médicos (Geral/ COVID)	sim **X**	não ☐	Nº. **02**
Sala de atendimento Urg/Emerg.	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Sala de atendimento Urg/Emerg. COVID	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Sala de higienização	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Sala pequena cirurgia	sim **X**	não ☐	Nº. **01**

SADT

EQUIPAMENTO	Nº. Salas	Nº. Aparelhos
Raio X de 100 a 500 MA	**01**	**01**
Eletrocardiógrafo	**01**	**03**

CENTRO CIRURGICO

Nº. de salas cirúrgicas: **02**

Horário de funcionamento: **24 horas**

Sala de cirurgia	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Sala de recuperação	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Sala de parto normal	sim **X**	não ☐	Nº. **01**
Sala de pré-parto	sim **X**	não ☐	Nº. **01**

INTERNAÇÃO

Número de leitos distribuídos por especialidade:

Tipos de leito por especialidades	Nº de leitos Existentes
Médica	17
Pediátrica	04
Cirúrgica	06
Obstetrícia	03
Total	**30**

Obs: Hospital conta atualmente com 09 leitos de enfermaria COVID-19 e 03 leitos de Suporte Ventilatório.

4. DESCRIÇÃO DO PROJETO – OBJETO

OBJETO	PERÍODO DE EXECUÇÃO	
Custeio emergêncial do Hospital Maria do Valle Pereira, CNES nº. 2084074 nas ações de combate à pandemia COVID-19 e disponibilização de profissional médico e profissionais de enfermagem na Ala Síndrome Gripal Ambulatorial do Município para atendimento exclusivo na ala de síndrome gripal.	**INÍCIO**	**TÉRMINO**
	JUNHO/2021	**JULHO/2021**

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

Com a permanência da pandemia pelo novo Coronavírus, como medida preventiva e de combate, houve a criação de ala separada dos demais atendimentos de síndrome gripal no Pronto Atendimento do Hospital Maria do Valle Pereira, inclusive com internação de enfermaria, e a Ala Síndrome Gripal Ambulatorial do Município. Assim, no Hospital, para manutenção deste serviço necessita de mais profissionais da enfermagem, recepção, equipe médica extra, bem como auxílio na aquisição de materiais de consumo, e, conforme solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, profissionais da enfermagem e médico exclusivos na Ala de Síndrome Gripal Municipal, com a finalidade de evitar contágio cruzado, atendimento individualizado integral e, se for o caso, substituição dos profissionais afastados. De frisar que a referência tem demorado para liberar as vagas de enfermaria e UTI COVID, permanecendo o paciente assistido no hospital às vezes por mais de 10 dias até a liberação da mesma.

5. DAS METAS

I - META GERAL

META	ETAPA/FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FISICO		DURAÇÃO	
			ATENDIMENTO	DEMANDA MUNICIPAL	INÍCIO	TÉRMINO
1.	1.1	Auxílio financeiro emergencial para ações de combate a Pandemia da COVID-19 do Hospital Maria do Valle Pereira de Tabapuã, CNES nº. 2084074, para incrementar os materiais de consumo, os serviços médicos (PJ), de enfermagem e recepção (salários, encargos sociais, trabalhistas, benefícios, rescisões e despesas diretas e indiretas), e, disponibilização de profissionais da enfermagem e médico clínico na Ala de Síndrome Gripal Municipal para atendimento exclusivo, este no período diurno, 12 horas, nos dias úteis.	Demanda	100%	06/2021	07/2021

6. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (02 MESES)

6.1.TABELA GERAL DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO	VALOR TOTAL	FONTE DE FINANCIAMENTO
1. Custeio das ações de combate e controle da Pandemia COVID-19 do Hospital Maria do Valle Pereira (despesas com aquisição de materiais de consumo, medicamentos, médico extra, contratação, pagamento e rescisão dos profissionais) para atender a ala de síndrome gripal do Pronto Atendimento 24 horas, e, custeio do profissional médico e dos de enfermagem (com todos os encargos) disponibilizado para atender na ala de síndrome gripal Municipal.	02 meses	**R$ 171.200,00**	FEDERAL/ MUNICIPAL
TOTAL GERAL ESTIMADO		**R$ 171.200,00**	FEDERAL/ MUNICIPAL

TABELAS DETALHADA DE ESTIMATIVA POR PROFISSIONAL E CUSTEIO MENSAL

6.2. HOSPITAL MARIA DO VALLE PEREIRA

6.2.1. ESTIMATIVA POR PROFISSIONAL/MÊS (01 PROFISSIONAL)

PROFISSIONAL	SALÁRIO/ ADICIONAL NOTURNO/ INSALUBRIDADE	BENEFÍCIOS	ENCARGOS SOCIAIS	PROVISÕES 13º /FÉRIAS/ RESCISÃO	CUSTO MÉDIO MENSAL
01 RECEPÇÃO	R$ 1.715,33	R$ 68,30	R$ 137,23	R$ 473,42	R$ 2.394,28
01 TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R$ 2.051,67	R$ 68,30	R$ 164,13	R$ 566,25	R$ 2.850,36
01 ENFERMEIRO	R$ 3.415,25	R$ 68,30	R$ 273,22	R$ 942,61	R$ 4.699,38

OBS: Estima-se a contratação e/ou manutenção do contrato de 02 (dois) recepcionistas, 01 (um) enfermeiro e até 06 (seis) técnicos de enfermagem, que corresponde ao **valor total mensal aproximado de R$ 26.590,10** (vinte e seis mil quinhentos e noventa reais e dez centavos). Obs: Pode ocorrer a incidência de reajuste salarial.

6.2.2. CUSTEIO MENSAL HOSPITAL MARIA DO VALLE PEREIRA

DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL
Aquisição de materiais de consumo (EPIs, material médico/hospitalar, medicamentos, energia elétrica, entre outros) e pagamento de profissional médico extra.	**R$ 20.000,00** (vinte mil reais)

6.3. ALA DE SÍNDOME GRIPAL MUNICIPAL

6.3.1. PLANTÃO MÉDICO

PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	VALOR POR PLANTÃO
MÉDICO CLÍNICO GERAL	PLANTÃO DE 12 HORAS – DIURNO	R$ 1.300,00

OBS: Plantão de 12 horas diurno, diretamente na ala de síndrome gripal da UBS municipal, nos dias úteis (segunda à sexta-feira), média de 22 (vinte e dois) plantões/mês, que corresponde ao **valor total mensal aproximado de R$ 28.600,00** (vinte e oito mil e seiscentos reais).

6.3.2. ESTIMATIVA POR PROFISSIONAL/MÊS (01 PROFISSIONAL)

PROFISSIONAL	SALÁRIO/ ADICIONAL NOTURNO/ INSALUBRIDADE	BENEFÍCIOS	ENCARGOS SOCIAIS	PROVISÕES 13º /FÉRIAS/ RESCISÃO	CUSTO MÉDIO MENSAL
01 TÉC. ENFERMAGEM	R$ 2.051,67	R$ 68,30	R$ 164,13	R$ 566,25	R$ 2.850,36
01 ENFERMEIRO	R$ 3.415,25	R$ 68,30	R$ 273,22	R$ 942,61	R$ 4.699,38

OBS: Estima-se a contratação e/ou manutenção do contrato 01 (um) enfermeiro e até 02 (dois) técnicos de enfermagem, que corresponde ao **valor total mensal aproximado de R$ 10.400,10** (dez mil quatrocentos reais e dez centavos). Obs: Pode ocorrer a incidência de reajuste salarial.

7. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

7.1. TABELA DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL E TOTAL

CATEGORIA ECONÔMICA	MÊS - 2021	VALOR MENSAL APROXIMADO
FONTE 05/01	JUNHO	**R$ 85.600,00**
	JULHO	**R$ 85.600,00**
TOTAL GLOBAL	**R$ 171.200,00**	

OBS: O cronograma de desembolso poderá sofrer alterações mensalmente em razão do número de contratados, incidência de reajuste salarial, adicional noturno, horas extras, férias, encargos sociais e rescisão de contrato de trabalho, devendo ao final, a somatória, não ultrapassar o valor global de R$ 171.200,00 (cento e setenta e um mil e duzentos reais).

8. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO/ PAGAMENTO

8.1. INDICADORES

Apresentação da aplicação dos recursos financeiros de acordo com o plano de trabalho, quadrimestralmente junto com o relatório da Secretaria Municipal de Saúde.

8.2. PAGAMENTO

O pagamento será realizado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à execução dos serviços, de acordo com a informação via ofício do número de profissionais atuantes e dos serviços executados junto ao Hospital e Secretaria Municipal de Saúde.

9. VIGÊNCIA

Início: Da assinatura do Convênio

Término: 31 de julho de 2.021

10. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho da instituição será realizada quadrimestralmente, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, ocasião que será verificada a aplicação dos recursos financeiros. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

Tabapuã/SP, 30 de abril de 2.021.

SANDRA CRISTINA SIMÕES SILVA
Presidente da Associação Beneficente de Tabapuã