HOSPITAL
Maria do Valle
Pereira
Tabapuã / SP

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE TABAPUÃ**
**CNPJ Nº 71.981.476/0001-07**
*Rua Adinael Moreira, nº 1683 – Centro - 15880-000- Tabapuã – SP*
**Fone/*Fax: (17)3562-1811***

# 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: Maria Felicidade Peres Campos Arroyo | | | CARGO: Prefeita Municipal |
| CPF: 109.285.408-80 | RG: 10.124.043-0 | | 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: **16/10/2020**
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 na área da saúde 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: **Filantrópica**
Nº. Certificado CEBAS: Processo nº 25000.182142/2018-44Data 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 | sim **X** | não ☐ | Nº. **02** |
| Sala de atendimento urgência/emergência | sim **X** | não ☐ | Nº. **02** |
| 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** | **02** |

**CENTRO CIRURGICO**

Horário de funcionamento: **24 horas**

Sala de cirurgia sim **X** não ☐ Nº. **02**

Sala de recuperação sim **X** não ☐ Nº. **01**

**INTERNAÇÃO**

Número de leitos distribuídos por especialidade:

| Tipos de leito por especialidades | Nº de leitos Existentes SUS e Não SUS |
|---|---|
| Médica | 17 |
| Pediátrica | 04 |
| Cirúrgica | 06 |
| Obstetrícia | 03 |
| **Total** | **30** |

## 4. DESCRIÇÃO DO PROJETO – OBJETO

| OBJETO | PERÍODO DE EXECUÇÃO | |
|---|---|---|
| CUSTEIO EMERGENCIAL DO HOSPITAL MARIA DO VALLE PEREIRA, CNES nº. 2084074, NAS AÇÕES DE COMBATE À PANDEMIA DA COVID-19; | **INÍCIO** | **TÉRMINO** |
| | **AGOSTO/2020** | **DEZEMBRO/2020** |
| **JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO** | | |
| Com a Pandemia pelo novo Coronavírus, como medida preventiva de combate e prevenção, se fez necessário a criação de ala separada dos demais para atendimento de Síndrome Gripal no Pronto Atendimento. Assim, é preciso o aumento do número de profissionais da enfermagem e recepção, para que fiquem exclusivos em referido atendimento, com a finalidade de evitar infecções/contágios cruzados, bem como substituição dos profissionais contaminados. | | |

## 5. DAS METAS

**I - META GERAL**

| META | ETAPA/FASE | ESPECIFICAÇÃO | DURAÇÃO | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INÍCIO | TÉRMINO |
| 1. | 1.1 | Auxílio financeiro emergencial para ações de combate a Pandemia do COVID-19 do Hospital Maria do Valle Pereira de Tabapuã, CNES nº. | 08/2020 | 12/2020 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2084074, para incrementar o custeio do serviço de enfermagem e recepção (salários, encargos sociais, trabalhistas, benefícios, rescisões e despesas indiretas). | | |

## 6. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (05MESES)

**TABELA DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS.**

| ESPECIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO | PERÍODO | VALOR TOTAL | FONTE DE FINANCIAMENTO |
|---|---|---|---|
| 1. CUSTEIO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA PANDEMIA COVID-19 DO HOSPITAL MARIA DO VALLE PEREIRA (gastos com a contratação e pagamento dos profissionais para atender a nova ala de Síndrome Gripal). | 05 MESES | R$ 120.000,00 | FEDERAL/ Covid-19 |
| **TOTAL GERAL** | | R$ 120.000,00 | FEDERAL |

**AUXÍLIO FINANCEIRO EMERGENCIAL**

**TOTAL R$ 120.000,00 (CENTO E VINTE MIL REAIS)**

**TABELA DETALHADA DE ESTIMATIVA POR PROFISSIONAL/MÊS**

| PROFISSIONAL | SALÁRIO/ ADICINAL NOTURNO/INSALUBRIDADE | BENEFÍCIOS | ENCARGOS SOCIAIS | PROVISÕES 13º E FÉRIAS | CUSTO MÉDIO MENSAL |
|---|---|---|---|---|---|
| RECEPÇÃO | R$ 1671,33 | R$ 68,30 | R$ 133,71 | R$ 461,30 | R$ 2.334,63 |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | R$ 2037,67 | R$ 68,30 | R$ 163,01 | R$ 562,41 | R$ 2831,39 |
| ENFERMEIRO | R$ 3.401,25 | R$ 68,30 | R$ 272,10 | R$ 938,75 | R$ 4.680,39 |

**Obs:** Estima-se a contratação de 01 (uma) recepcionista, 01 (um) enfermeiro e até 06 (seis) técnicos de enfermagem.

## 7. DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

**TABELA DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO.**

| CATEGORIA ECONÔMICA | Mês/2020 | Valor total |
|---|---|---|
| | AGOSTO | **R$ 24.000,00** |
| | SETEMBRO | **R$ 24.000,00** |
| | OUTUBRO | **R$ 24.000,00** |
| | NOVEMBRO | **R$ 24.000,00** |
| | DEZEMBRO | **R$ 24.000,00** |
| **TOTAL GERAL** | **R$ 120.000,00** | |

**OBS:** O cronograma de desembolso poderá sofrer alterações mensalmente em razão do número de contratados e o mês de referência, devido incidência de adicional noturno, encargos e rescisão do contrato de trabalho, devendo ao final se atentar ao valor total.

Nos valores estão incluídas despesas indiretas como refeição, aquisição de uniformes e tudo que se fizer necessário para a execução do labor.

## 8. PAGAMENTO

O pagamento será realizado até o 5º dia útil do mês subseqüente à execução dos serviços, de acordo com a informação via ofício dos profissionais contratados e dos serviços executados.

## 9. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

**A - INDICADORES**

A1. Apresentação da aplicação dos recursos financeiros de acordo com relatório quadrimestral realizado pela Secretaria Municipal de Saúde;

## 10. VIGÊNCIA

**Início:** Da assinatura do Convênio.
**Término:** 31de dezembro de 2020.

## 11. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho da Instituição será realizada dentro dos relatórios quadrimestrais realizados pela Secretaria Municipal de Saúde ocasião em 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, 24 de Julho de 2020.**

**SANDRA CRISTINA SIMÕES SILVA**
**Presidente da Associação Beneficente de Tabapuã**