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**

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 UBS Joaquim Antônio Pereira para atendimento exclusivo na ala de síndrome gripal.	**INÍCIO**	**TÉRMINO**
	JANEIRO/2021	**MAIO/2021**

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

Com a pandemia pelo novo Coronavírus, como medida preventiva e de combate, se fez necessária a criação de ala separada dos demais atendimentos de síndrome gripal no Pronto Atendimento do Hospital Maria do Valle Pereira e na UBS Municipal. Assim, no Hospital, para manutenção deste serviço se faz necessária o aumento de profissionais da enfermagem e recepção, bem como auxílio na aquisição de materiais de consumo, e, conforme solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, aumento de profissionais da enfermagem e médico exclusivo na UBS Municipal, com a finalidade de evitar contágio cruzado, atendimento individualizado integral e, se for o caso, substituição dos profissionais afastados.

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 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 UBS Municipal para atendimento exclusivo na Ala de Síndrome Respiratória, este no período diurno, 12 horas, nos dias úteis.	Demanda	100%	01/2021	05/2021

6. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (04 MESES E MEIO)

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, 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 da Unidade Básica de Saúde Municipal.	04 MESES e 15 DIAS	**R$ 373.500,00**	FEDERAL
TOTAL GERAL ESTIMADO		**R$ 373.500,00**	FEDERAL

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 de 02 (duas) recepcionistas, 02 (dois) enfermeiros e até 06 (seis) técnicos de enfermagem, que corresponde ao **valor total mensal aproximado de R$ 31.289,48** (trinta e um mil duzentos e oitenta e nove reais e quarenta e oito centavos).

6.2.2. CUSTEIO MENSAL HOSPITAL MARIA DO VALLE PEREIRA

DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL
Aquisição de materiais de consumo (EPIs, material médico/hospitalar, medicamentos, oxigênio medicinal, materiais de limpeza, escritório, energia elétrica, uniformes, entre outros).	**R$ 10.000,00** (dez mil reais)

6.3. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 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 01 (um) enfermeiro e até 03 (três) técnicos de enfermagem, que corresponde ao **valor total mensal aproximado de R$ 13.250,46** (Treze mil duzentos e cinquenta reais e quarenta e seis centavos).

7. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

7.1. TABELA DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL E TOTAL

CATEGORIA ECONÔMICA	MÊS - 2021	VALOR MENSAL APROXIMADO
FONTE 05	JANEIRO	**R$ 41.500,00**
	FEVEREIRO	**R$ 83.000,00**
	MARÇO	**R$ 83.000,00**
	ABRIL	**R$ 83.000,00**
	MAIO	**R$ 83.000,00**
TOTAL GLOBAL	**R$ 373.500,00**	

OBS: O cronograma de desembolso poderá sofrer alterações mensalmente em razão do número de contratados, incidência de adicional noturno, encargos sociais e rescisão de contrato de trabalho, devendo ao final, a somatória, não ultrapassar o valor global de R$ 373.500,00 (trezentos e setenta e três mil e quinhentos 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 maio 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, 06 de Janeiro de 2.021.

SANDRA CRISTINA SIMÕES SILVA
PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE TABAPUÃ