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: **15/10/2021**
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 2020**
Atende SUS: 81,58%
Atende Outros Convênios: 18,42%

**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** |

HOSPITAL
Maria do Valle
Pereira
Tabapuã / SP

**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 do Hospital Maria do Valle Pereira, CNES nº. 2084074. | **INÍCIO** | **TÉRMINO** |
| | **NOVEMBRO/2021** | **OUTUBRO/2022** |

**JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO**

Portaria MS nº. 2.237, de 02 de setembro de 2021, que dispõe sobre transferência de recursos advindos do Ministério da Saúde, para o enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo Coranavírus, destinados ao custeio de ações e serviços de saúde para o enfrentamento da Pandemia relativo ao procedimento "0303010223 – Tratamento de infecção pelo Novo Coronavírus – COVID-19.

## 5. DAS METAS

### I - META GERAL

| META | ETAPA/FASE | ESPECIFICAÇÃO | INDICADOR FISICO | | DURAÇÃO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ATENDIMENTO | DEMANDA MUNICIPAL | INÍCIO | TÉRMINO |
| 1. | 1.1 | Auxílio financeiro para ações de controle e combate da Pandemia da COVID-19 do Hospital Maria do Valle Pereira de Tabapuã, CNES nº. 2084074, para incrementar os materiais de consumo, escritório, medicamentos, materiais de enfermagem, limpeza, EPIs, bem como despesas com energia elétrica, gerais para manutenção de equipamentos e da Instituição, e, os serviços médicos extra (PJ). | Demanda | 100% | 11/2021 | 10/2022 |

## 6. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (12 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, bem como gerais do Hospital Maria do Valle Pereira (despesas com aquisição de materiais de consumo, escritório, medicamentos, materiais de enfermagem, limpeza, EPIs, bem como despesas com energia elétrica, gerais para manutenção de equipamentos e da Instituição, e, os serviços médicos extra – pessoa jurídica, caso necessário). | 12 meses | **R$ 138.000,00** | FEDERAL |
| **TOTAL GERAL ESTIMADO** | | **R$ 138.000,00** | FEDERAL |

### 6.1. VALOR DO PLANTÃO MÉDICO

| PROFISSIONAL | CARGA HORÁRIA | VALOR POR PLANTÃO |
|---|---|---|
| MÉDICO CLÍNICO GERAL | PLANTÃO DE 12 HORAS – DIURNO/ NOTURNO | R$ 1.500,00 |

**6.1.1.** Plantão médico extra para atendimento de clientes suspeitos e/ou confirmados pela COVID-19, junto ao Hospital Maria do Valle Pereira, caso necessário.

## 7. DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

**TABELA DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO.**

| CATEGORIA ECONÔMICA | Mês | Valor total |
|---|---|---|
| | De acordo com o recebimento dos recursos financeiros via Fundo Nacional de Saúde para Município e do Município para a Entidade | **R$ 138.000,00** |
| **TOTAL GERAL** | **R$ 138.000,00** | |

## 8. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

**A - INDICADORES**

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

## 9. VIGÊNCIA

**Início:** Da assinatura do Convênio.

**Término:** 31 de outubro de 2.022.

## 10. 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, 20 de Outubro de 2021.**

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