PLANO DE TRABALHO
(CONVÊNIO 01/2025)

1 – DADOS CADASTRAIS

Órgão/Entidade Proponente: **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Caconde**					C.N.P.J. 45.915.675/0001-07
Endereço: Rua: Padre de Angelis nº 39, Bairro Centro					
Cidade Caconde	U.F. SP	C.E.P. 13770-000	DDD/Telefone (19) 3662 1711	FAX	e-mail hospital@santacasacaconde.com.br financeirogilson@santacasacaconde.com.br
Conta Corrente 205-4	Banco Banco Brasil S/A		Agência 1691-8	Praça de Pagamento Caconde – SP	
Nome do Responsável: Ana Lúcia Ribeiro do Valle Silva				C.P.F.: 531.038.828-15	
C.I./Órgão Expedidor: SSP	Cargo: Provedor		Função: Provedoria		
Endereço: Rua: Marechal Deodoro nº 185, Bairro: Centro				CEP.: 13770-000	

2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO/OBJETO

Título do Projeto	Período de Execução	
	Início	Término
Atendimento Ambulatorial à população do município	**01/01/2025**	**31/12/2025**

Identificação do Objeto

Descrição	Capacidade de Atendimento Pretendido
Atendimento Ambulatorial de urgência / emergência; demanda espontânea e referenciada pelas unidades de saúde do município.	No ano de 2024 de 01 de janeiro a data de 30 de julho já foram realizados 20.535 atendimentos ambulatoriais/ano, média de 2.934 atendimentos mês. Valor de Referência por Usuário R$ 88,63. **Valor Anual Previsto para o ano de 2025 R$ 3.432.000,00 Repasse Mensal no valor de R$ 286.000,00 (Duzentos e Oitenta e Seis Mil Reais), Obs. Não estão inclusos neste Plano de Trabalho os Plantão extras de Carnaval e Feriados de Natal e Ano Novo.**

Justificativa da Proposição

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Caconde é o único hospital existente no município e atua de forma complementar na prestação da assistência de saúde à população. Desta forma as unidades de saúde do município prestam atendimento na atenção básica e o hospital executa os procedimentos de média complexidade, compreendendo o atendimento ambulatorial e internação.

Metodologia de Execução das Metas	Metodologia de Avaliação das Metas
Meta quantitativa	Comparar a quantidade mensal estimada / quantidade mensal de atendimentos realizados, manter a taxa de alcance da produção conveniada em 90%
Meta qualitativa	Manter equipe de Enfermagem qualificada e capacitada para utilizar o protocolo de acolhimento e de classificação de risco de urgência/emergência – apresentação mensal do número de pacientes atendidos, segundo a classificação

Objetivo

Aprimorar a qualidade da assistência do serviço de urgência e emergência, a partir da priorização dos pacientes de acordo com o risco apresentado durante a triagem e estabelecendo o tempo de seu atendimento.

Público Alvo

Perfil da População Atendida	Critério de Seleção	Formas de Acesso
População em Geral	Priorização de acordo com o risco apresentado na triagem	Atendimento à demanda espontânea e referenciada

3 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

Meta	Etapa Fase	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quant.	Início	Término
01	Atendimento Médico em Pronto Socorro		População Geral	Média	01/01/2025	31/12/2025
	01.1	Plantonistas	24 hs	31	01/01/2025	31/12/2025
	01.2	Sobre Aviso Cirurgias	24 hs	31	01/01/2025	31/12/2025
	01.3	Folha de Pagamento	24 hs	31	01/01/2025	31/12/2025
02	Serviços de Terceiros		Serviços em Gerais	31	01/01/2025	01/01/2025
	02.2	Serviços de Terceiros	Manutenção (Preventiva / Corretiva), Exames Laboratoriais e Imagens, Energia Elétrica, Materiais Hospitalares, Medicamentos, Materiais Diversos.	Suporte 24 hs	01/01/2025	31/12/2025

4 – PLANO DE APLICAÇÃO (R$1,00)

Descrição das Despesas	Tipo de Despesa	Qtd	Valor Unitário em R$	Valor Total da Despesa em R$
1. Pessoal e Obrigações (folha/encargos)	Plantões Médicos / Folha Pagamento Funcionários, Encargos	Plantões, Sobre Aviso Cirurgias / Folha Pagamento	R$ 230.000,00	R$ 230.000,00
2. Serviços de Terceiros	Manutenção (Preventiva / Corretiva), Exames Laboratoriais e de Imagens, Energia Elétrica, Materiais Hospitalares, Medicamentos, Materiais Diversos.	Média / Mês	R$ 56.000,00	R$ 56.000,00
TOTAL GERAL MENSAL (MÉDIA)				R$ 286.000,00

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R$ 1,00)

CONCEDENTE

Meta	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
Manutenção Pronto Socorro	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00

Meta	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
Manutenção Pronto Socorro	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00	R$ 286.000,00

PROPONENTE (CONTRAPARTIDA)

Meta	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
00	00	00	00	00	00	00
Meta	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
00	00	00	00	00	00	00

6 – PRESTAÇÕES DE CONTAS

Prestação de contas Final: até o dia 31/01/2026 (30 dias após o término da vigência do CONVÊNIO 12/2025)

7 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura da Estância Climática de Caconde, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexiste 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 convênio.

Pede deferimento.

Caconde, 04 de novembro de 2024.

ANA LUCIA RIBEIRO DO VALLE SILVA:53103882815

Proponente

8 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

8.1 – Comissão de Seleção, Monitoramento e Avaliação: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Caconde, ____/____/____ Assinatura: _____

8.2 – Diretoria de Finanças: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Caconde, ____/____/____ Assinatura: _____

8.3 – Controle Interno: (✓) Aprovado ( ) Reprovado

Caconde, ____/____/____ Assinatura: _____

8.4 – Diretoria Jurídico: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Caconde, ____/____/____ Assinatura: _____

8.5 – Chefe do Poder Executivo: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Caconde, ____/____/____ Assinatura: _____