



PLANO DE TRABALHO ADITAMENTO

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		28/02/2025	04/03/2025
Identificação do Objeto			
Descrição		Capacidade de Atendimento Pretendido	
Atendimento Ambulatorial de urgência / emergência; demanda espontânea Evento Carnaval 2025.		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\$ 32.170,32	
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	Período	28/02/2025	04/03/2025
	01.1	Plantonistas / Folha de Pagamento Funcionários	24 hs	5	28/02/2025	04/03/2025

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	5 - Plantões Presencial / Sobre Aviso (Diurno / Noturno) Período de Carnaval	R\$ 14.175,00	R\$ 14.175,00
	Folha de Pagamento Funcionários / Encargos		R\$ 17.995,32	R\$ 17.995,32
TOTAL GERAL				R\$ 32.170,32

5 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

CONCEDENTE

Meta	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
Manutenção Pronto Socorro	0,00	0,00	R\$ 32.170,32	0,00	0,00	0,00

Meta	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
Manutenção Pronto Socorro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE

CACONDE

Não tratamos doenças; Cuidamos da sua saúde !!!

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACONDE

Entidade Filantrópica – Declarada de Utilidade Pública: Federal, Estadual e Municipal

Rua Padre de Angelis, 39 – Centro – Caconde/SP – Telefax (019) 3662-1711

E-mail: hospital@santacasacaconde.com.br CEAS n.º 301

CNPJ: 45.915.675/0001-07 – CNSS: 2192/45

6 - PRESTAÇÕES DE CONTAS

Prestação de contas Final: até o dia 31/04/2025 (30 dias após o término da vigência do ADITAMENTO 01/2025)

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 inexistente 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, 27 de janeiro de 2025.

ANA LUCIA
RIBEIRO DO VALLE
SILVA:53103882815

Proponente

8 - APROVAÇÃO PELO CONCEDEENTE

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

Caconde, ___/___/___ Assinatura: *[Handwritten Signature]*

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

Caconde, ___/___/___ Assinatura: *[Handwritten Signature]*

8.3 - Controle Interno: () Aprovado () Reprovado

Caconde, ___/___/___ Assinatura: *[Handwritten Signature]*

8.4 - Diretoria Jurídico: () Aprovado () Reprovado

Caconde, ___/___/___ Assinatura: *[Handwritten Signature]*

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

Caconde, ___/___/___ Assinatura: *[Handwritten Signature]*

[Handwritten mark]