



IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: administracao@hfrosas.com.br

IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

PLANO DE TRABALHO

GERENCIAMENTO DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. CIRO CARLOS CORSI

**ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP
2017**



IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: administracao@hfrosas.com.br

DADOS CADASTRAIS

1.1. DA ORGANIZAÇÃO

1.1.1. Nome da entidade: IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

1.1.2. CNPJ: 54.228.648/0001-49

1.1.3. Rua: Rua Teixeira Rios, nº 210

1.1.4. Bairro: Centro

1.1.5. CEP: 13990-000

1.1.6. Cidade: Espírito Santo do Pinhal

1.1.7. Estado: SP

1.1.8. Telefone: (19) 3651 1131

1.1.9. E-mail: contabilidade@hfrosas.com.br

1.2. DO RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO

1.2.1. Nome completo: JAQUES PONTES CASALECCHI

1.2.2. CPF: 047.432.338-28

1.2.3. RG: 15.690.769/SP

1.2.4. Rua: Rua Ernesto Monfardine, nº 280

1.2.5. Bairro: Jd. das Rosas

1.2.6. CEP: 13990-000



IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: administracao@hfrosas.com.br

1.2.7. Cidade: Espírito Santo do Pinhal

1.2.8. Estado: : SP

1.2.9. Telefone: (19) 3651 3574

1.2.10. E-mail: jcasalecchi@gmail.com

1.2.11. Cargo: Provedor

1.2.12. Eleito em: 28/04/2017

1.2.13. Vencimento do Mandato: 31/03/2019

1.3. CONSELHO FISCAL

Nome Completo: JOÃO BATISTA ROZON

Endereço: Rua Osvaldo Cruz , 25, Jd. Paulista, E.S.Pinhal – SP

Tel.: (19) 3651-3028 CPF: 718.623.1558-68 RG: 8.879.822 SSP/SP

Nome Completo: ELIAS REIS ELIAS

Endereço: Praça João Pessoa , 202, Centro, E.S.Pinhal - SP

Tel.: (19) 3651-2522 CPF: 192.242.498-68 RG: 3.961.608/SSP/SP

Nome Completo: JOSÉ GERALDO FERNANDES TITO

Endereço: Rua Anunciata S. Amato , 45, Pq. do Lago , E.S.PINHAL - SP

Tel.: (19) 3651-3816 CPF: 014.746.858-20 RG: 3.050.998/SSP/SP

1.4. CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA

1.4.1. Nº do CNPJ: 54.228.648/0001/49

1.4.2. Data de abertura informada no CNPJ: 17/09/1973

1.4.3. Atividade econômica principal: Atividades de Atendimento Hospitalar

1.4.4. Atividades econômicas secundárias:

2. EXECUÇÃO

2.1. Imóvel onde funciona o Serviço é:

Próprio () Cedido () Público () Particular

() Alugado

2.2. A organização da sociedade civil fica aberta quantas horas por semana:

() Até 20 horas () De 21 a 39 horas () 40 horas

() Mais de 40 horas (X) Ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana)

2.3. Quais dias da semana a unidade executora funciona?

(X) Segunda-feira (X) Terça-feira (X) Quarta-feira

(X) Quinta-feira (X) Sexta-feira (X) Sábado

(X) Domingo

3. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO A SER EXECUTADO

3.1. RESPONSABILIZADOS:

3.1.1. COORDENADOR TÉCNICO

3.1.1.1. Nome Completo: Matias Augusto de Carvalho

3.1.1.2. CPF: 073.412.736-74

3.1.1.3. RG: MG-13.286.613

3.1.1.4. Número do Registro Profissional: CRM 142.371

3.1.1.5. Telefone para contato: (19) 3651-1131

3.1.1.6. CEL: (12) 8158-4471

3.1.1.7. Email: tobiasmed37@hotmail.com

3.1.2. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

3.1.2.1. Nome Completo: Aline Ariane Meira Cardoso Scarabello

3.1.2.2. CPF: 368.765.818-02

3.1.2.3. RG: 43.434.008-X

3.1.2.4. Número do Registro Profissional: COREN/SP 261949

3.1.2.5. Telefone para contato: (19) 3651-7373

3.1.2.6. CEL: (19) 997887343

3.1.2.7. Email: aa.mscarabello@gmail.com

3.1.3. RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1.3.1. **Nome Completo: Geraldo Magelo Barbosa**

3.1.3.2. **CPF: 068.480.638-00**

3.1.3.3. **RG: 15.214.420**

3.1.3.4. **Número do Registro Profissional: CT.CRC 1SP 166213/O-5**

3.1.3.5. **Telefone para contato: (19) 3651-1131**

3.1.3.6. **CEL:**

3.1.3.7. **Email: contabilidade@hfrosas.com.br**

3.2. RECURSOS HUMANOS DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Quantidade	Escolaridade	Função	Vínculo	CH/Semanais
24	4	agente comunitario de saude	1	40
17	4	assistente administrativo	1	40
3	5	assistente social	1	20
1	5	assistente social	1	30
1	4	atendente de farmacia	1	40
10	4	atendente de farmacia	1	36
1	4	aux depeessoal	1	40
4	4	aux tecnico em hemoterapia	1	36
13	4	auxiliar de enfermagem	1	40

IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892

CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta

Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000

Fone / Fax: (19) 3651-1131 – e-mail: administracao@hfrosas.com.br

52	4	auxiliar de enfermagem	1	36
3	4	auxiliar de faturamento	1	40
16	3	auxiliar de serv cozinha	1	36
2	4	conferente roupas	1	40
1	4	control rouparia	1	40
7	5	coordenadores administrativos	1	40
2	5	coordenadoras E.S.F.	1	20
1	4	cozinheira	1	36
1	4	enc SAME	1	40
13	5	enfermeira	1	40
25	5	enfermeira	1	36
2	5	farmaceutica	1	40
1	5	farmaceutica	1	36
2	3	faxineira	1	40
26	3	faxineira	1	36
1	5	fisioterapeuta	1	30
1	4	gerente administraivo	1	40
14	3	lavadeiras	1	36
2	4	maqueiro	1	36
1	6	med psiquiatra	1	4
1	6	med psiquiatra	2	6
1	6	med urologista	1	4

2	5	medico clinico	1	4
5	5	medico clinico	1	12
15	5	medico clinico	2	12
4	6	medico estr saude familia	1	40
1	6	medico pediatra	1	10
1	4	monitor terapeutico	1	40
1	4	motorista	1	36
1	5	nutricionista	1	36
21	4	recepcionista	1	36
1	4	serv manutenção	1	36
3	4	serv manutenção	1	40
1	4	superv higienização	1	40
1	4	tecnico de enfermagem	1	30
58	4	tecnico de enfermagem	1	36
6	4	tecnico em radiologia	1	24
2	4	tecnico segurança	1	40

LEGENDA: Utilize os seguintes códigos

Escolaridade: 1-Sem escolaridade 2-Ensino Fundamental Incompleto 3-Ensino Fundamental Completo 4-Ensino médio completo 5-Ensino superior completo 6-Especialização 7-Mestrado 8-Doutorado

Vínculo: 1-CLT 2-RPA 3-Voluntário 4-MEI

3.3. DO PROJETO

3.3.1. OBJETIVO GERAL: A efetivação de Termo de Colaboração/Convênio com a Secretaria Municipal de Saúde visando atender a demanda de pacientes em situações de

urgência e emergência do município de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Atender a demanda de pacientes em situações de urgência/emergência;
- Triagem de pacientes com classificação de risco;
- Realização de consultas com o plantonista para análise do quadro clínico e devidas intervenções;
- Realização de exames complementares de acordo com sua necessidade;
- Realização de cuidados de enfermagem para os pacientes de repouso e em observação;
- Plantão de ortopedia;

3.3.3. JUSTIFICATIVA:

O Pronto Atendimento é um estabelecimento de assistência médica, com assistência à população durante 24 horas/dia, com presença de equipe médica no local, tecnicamente estruturado para o atendimento de pacientes, prevendo, inclusive, o atendimento inicial em situações excepcionais de urgência/emergência, com capacidade de remoção de pacientes para locais previamente referenciados.

Conta com uma equipe de profissionais preparados para atendimentos de urgência e emergência, oferecendo aos nossos clientes estrutura adequada e a segurança necessária nas situações onde a rapidez da assistência é fundamental.

3.3.4. PÚBLICO ALVO / BENEFICIÁRIOS:

O Pronto Atendimento atende a população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS dos municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

3.3.5. ÁREA DE ABRANGÊNCIA: Municípios de Espírito Santo do Pinhal e Santo Antônio do Jardim.

3.3.6. METODOLOGIA: Apresentação do Projeto , Capacitação dos Profissionais envolvidos , Organização dos Setores visando o melhor desenvolvimento e qualidade dos atendimentos de acordo com os princípios Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

3.3.7. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL / QUALIFICAÇÃO EQUIPE TÉCNICA/ INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE:

O Pronto Atendimento possui estrutura e equipe especializada capaz de prestar os primeiros socorros, e conta com Profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos, Recepcionistas e outros com capacidade necessária de atendimento às urgências/emergências .

Ao adentrar nas dependências do Pronto Atendimento o paciente realizará sua admissão na recepção, que será encaminhada para triagem de classificação de risco.

O Pronto Atendimento oferecerá ao paciente, consulta com o plantonista para análise do quadro clínico e devidas intervenções, bem como a solicitação e realização de exames complementares de acordo com sua necessidade.

Sendo que esta estrutura está adaptada a população com mobilidade reduzida.

3.3.8. RESULTADOS/PRODUTOS ESPERADOS/ IMPACTOS PREVISTOS:

Os resultados esperados são o atendimentos humanizados, com qualidade e resolutividade, de forma a atender as expectativas da população. Espera-se também efetivar o projeto de classificação de risco dos pacientes de forma a melhorar a referência e contra referência do atendimento. Além disso, a aplicação deste plano de trabalho



resultará na melhoria da informação prestada ao setor de Vigilância Epidemiológica, de forma a implementar os indicadores de saúde do município.

O plano de trabalho terá como impacto positivo a otimização dos atendimentos de urgência/emergência no Pronto Atendimento Dr. Ciro Carlos Corsi. Poderá ter como impacto negativo durante a fase de adaptação, o descontentamento por parte dos pacientes que não demandam urgência/emergência, os quais serão encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde – UBS de referência.

3.3.9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Número de atendimentos mensais com indicação de classificação de risco;
- Relação dos cursos/atualizações/treinamentos que a equipe de saúde participou (com assinatura dos presentes);
- Pesquisa de Satisfação e Relatório dos atendimentos de pessoas com suspeita de doença de notificação compulsória, conforme determina a Portaria 204 de 17/02/2017.

3.3.10. METAS:

METAS	
03/12/2017 a 02/01/2018.	
METAS	Descrição /Especificação
1	Manter escalas mensais de plantões
2	Treinamento das equipes para Classificação de risco
3	Honrar com os atendimentos qualificados e humanizados, visando atender as expectativas da população
4	

A Complementação Municipal mensal tem sido no valor de R\$ 389.400,00 (Trezentos e oitenta e nove mil e quatrocentos reais) excepcionalmente este mês, não será este valor, está sendo um valor pré-acordado para esse mês .

3.4. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE 03/12/2017 a 02/01/2018.

O Valor do custeio :

ÁREA/ORIGEM	TOTAL
Complemento Municipal	R\$ 137.000,00
Total	R\$ 137.000,00

O desembolso ocorrerá em parcelas mensais conforme os valores especificados, sendo o Complemento Municipal até o 4º dia útil do mês subsequente, e o SIA-SUS até do dia 15 .

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO		
REPASSE	FONTE	VALOR (R\$)
Dezembro/17	Municipal	137.000,00
	Estadual	
	Federal	
Total	Municipal	137.000,00
	Estadual	
	Federal	

3.5. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE 03/12/2017 a 02/01/2018.

APLICAÇÃO DE RECURSOS				
Descrição da Despesa	1 – Recurso da Parceria (R\$)			2 – Detalhamento da Despesa
	Municipal	Estadual	Federal	
Recursos Humanos (A)	137.000,00			
Recursos Humanos (B)				
Medicamentos				Medicamentos.
Material Médico e Hospitalar (*)				
Gêneros Alimentícios				
Outros Materiais de Consumo				
Serviços Médicos (*)				Exames laboratoriais , radiológicos, etc .
Outros Serviços de Terceiros				
Locação de Imóveis				
Locações Diversas				
Utilidades Públicas (C)				
Combustível				
Despesas Financ. e Bancárias				
Outras Despesas				Despesas de expediente e diversas .
Total	137.000,00			

Orientação:

- 1 – Alocar o valor em cada fonte
 2 – Detalhar o Material a ser adquirido

Legenda :

- (A) Salários, encargos e benefícios.
 (B) Autônomos e pessoa jurídica
 (C) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.
 (*)Apenas para entidades da área da Saúde.

4. PRESTAÇÃO DE CONTAS

4.1. As contas serão prestadas parciais a cada quatro meses, quadrimestralmente e a final será até 30 dias após o final do exercício financeiro.

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Município de Espírito Santo do Pinhal, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem 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 plano de trabalho.

Espírito Santo do Pinhal, 11 de dezembro de 2017.



Jaques Pontes Casalecchi
Provedor