

**PLANO DE TRABALHO****INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

Número do PT: SES-PRC-2023-00875-DM				
Órgão/Entidade: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA				
CNPJ: 49.797.293/0001-79				
Endereço: Rua Santos Dumont, 433				
Município: Itapeva CEP: 18400030				
Telefone: (15) 3521-9500				
E-mail: administracao@santacasaitapeva.org.br				
CPF	Representante Legal	RG	Cargo	E-mail
017.888.338-72	WILSON KASEMODEL	44712789	PROVEDOR	diretoria@santacasadeitapeva.org.br

**GESTOR DO CONVÊNIO**

CPF	RG	Nome do Gestor	Cargo	E-mail
202.587.248-89	276407416	LUCIANE GOMES PACHECO	ADMINISTRADOR HOSPITALAR	luciane@santacasadeitapeva.org.br

**RECEBIMENTO DO RECURSO**

**Banco:** Banco do Brasil Agência: 2414-7 Número: 6763-6

**Praça de Pagamento:**

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso e pagamento das despesas neste convênio.

**CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE****Missão da Instituição:**

Proporcionar aos seus clientes e à comunidade ações com qualidade e responsabilidade social, assegurando o desenvolvimento profissional de seus colaboradores.

**Histórico da Instituição:**

A Instituição tem como missão proporcionar a seus clientes e a comunidade, ações de saúde com qualidade e responsabilidade social, assegurando o desenvolvimento profissional de seus colaboradores. No final do século XIX, mais precisamente no ano de 1896, alguns cidadãos faxinenses entre eles Dona Luiza Marcondes e seu marido Francisco Marcondes Rezende resolveram fundar uma Santa Casa de Misericórdia em Faxina, antiga denominação da cidade de Itapeva. Três anos mais tarde, no dia 20 de maio de 1899 foi redigida a Ata para a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Faxina. Somente no dia 10 de junho de 1899 foi escolhida a primeira diretoria que nomeou como o 1º Provedor o Cel. Crescêncio Ferreira de Melo, um dos fundadores da Instituição.

**QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

**Objeto:** Custeio - Material de consumo



SESPTA2024001831DM

**Objetivo:**

Contribuir com a prestação de serviços médico-hospitalares já prestados, de forma resolutiva, atendendo as demandas da população dessa microrregião, mantendo a qualidade da assistência e garantindo assistência integral ao usuário do SUS atendidos pela Instituição.

**Justificativa:**

Como único hospital do município, que presta serviço de forma complementar ao Sistema Único de Saúde – SUS nos atendimentos de internações e de urgência e emergência, a Santa Casa de Itapeva tem grande importância e responsabilidade sobre a saúde da população da microrregião de Itapeva, que compreende 15 municípios. Dessa forma, destinará os recursos financeiros deste convênio, que para aquisição de material de consumo, que nos possibilitará garantir o estoque de Medicamentos e Material Médico Hospitalar em quantidade suficiente para mantermos os atendimentos com eficácia e eficiência aos usuários do SUS proporcionando a aquisição de produtos adequados aos tratamentos dos pacientes, visando a manutenção da qualidade do atendimento dos pacientes assistidos pela Instituição.

Realiza em média 2.300 sessões de hemodiálise mensalmente nesse serviço.

Além dos pacientes crônicos, que já estão em tratamento na unidade de hemodiálise, a Santa Casa realiza uma média mensal de 100 sessões em pacientes internados e que apresentam quadros agudos de insuficiência renal ou que já estão em estágio crônico, mas ainda no aguardo de vaga para tratamento em unidades de hemodiálise. Esses pacientes ocupam leitos na Unidade de Terapia Intensiva, e refletem no aumento de custo na diária e na taxa de ocupação da UTI.

Com os recursos financeiros recebidos através deste convênio, a Instituição busca o equilíbrio financeiro, necessário para atender as demandas da população encaminhada pelo setor de regulação do acesso, integrando as redes de atenção à saúde no Estado como também na qualificação de seus serviços, em prol dos pacientes aqui assistidos.

**Local de execução:** Rua Santos Dumont, 433 - Centro - São Paulo - **CEP** 18.400-030

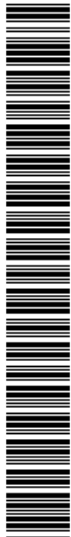
**METAS A SEREM ATINGIDAS****Metas Qualitativas:**

<b>Descrição da Meta:</b>	Aumentar o índice de satisfação do usuário de 80% para 85% de bom e ótimo, em 3 meses.
<b>Ações para Alcance:</b>	Disponibilizar ao usuário o questionário de pesquisa de satisfação.
<b>Situação Atual:</b>	80% de bom e ótimo.
<b>Situação Pretendida:</b>	Aumentar 5% o índice de satisfação do usuário passando de 80% para 85%.
<b>Indicador de Resultado:</b>	Percentual do índice de Satisfação do Usuário.
<b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b>	$\frac{\text{Nº de avaliações "ótimo/bom" no período}}{\text{Nº de avaliações respondidas}} \times 100$
<b>Fonte do Indicador:</b>	Relatório de pesquisa de satisfação.



**Metas Quantitativas:**

<b>Descrição da Meta:</b>	Manter a realização de 2300 sessões de hemodiálise mensalmente, procedimento realizado para a assistência de aproximadamente 180 pacientes.
<b>Ações para Alcance:</b>	Disponibilizar insumos médico-hospitalares para realização de sessões de hemodialise.
<b>Situação Atual:</b>	2.300 sessões de hemodiálise mensalmente.
<b>Situação Pretendida:</b>	Manter a realização de 2.300 sessões de hemodiálise mensalmente.
<b>Indicador de Resultado:</b>	Percentual de sessões de hemodiálise.
<b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b>	$\frac{\text{Nº de sessões de hemodiálise realizadas no mês}}{\text{Nº de sessões de hemodiálise propostas no mês}} \times 100.$
<b>Fonte do Indicador:</b>	SIA/SUS

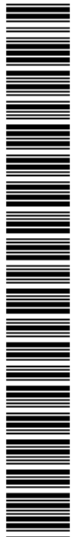


ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapa	Duração da execução (em dias)	Descrição
1	Cotação de Insumos Hospitalares	60	Cotação de Insumos Hospitalares
2	Aquisição de Insumos Hospitalares	80	Aquisição de Insumos Hospitalares - Solução para Hemodiálise

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Tipo Objeto	Item	Especificação	Proponente	%	Concedente	%
1	Custeio - Material de consumo	Aquisição de Material de Consumo	Aquisição de Material de Consumo - Solução para Hemodiálise	0,00	0,00%	150.000,00	100,00%
Total:				R\$ 0,00	0,00%	R\$ 150.000,00	100,00%



1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Nº Parcela	Valor Parcela	Proponente	%	Concedente	%	Total de Desembolso
1	R\$ 150.000,00	R\$ 0,00	0,00	R\$ 150.000,00	100,00	R\$ 150.000,00

2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:

Término: Vigência do Ajuste

3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

CPF	Nome	RG	Cargo	E-mail
202.587.248-89	LUCIANE GOMES PACHECO	276407416	ADMINISTRADOR HOSPITALAR	luciane@santacasadeitapeva.org.br

ASSINATURAS DIGITAIS

Documento assinado digitalmente pela(s) pessoa(s) abaixo, conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

Itapeva, 26 de Março de 2024

WILSON KASEMODEL  
PROVEDOR  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA

CARLOS EDUARDO RIBEIRO DE MOURA  
Diretor Técnico de Saúde III  
DIRETORIADODRSXVISOROCABA-CRS/DRS16

TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER  
Coordenador  
CGOF / COORDENADORIA DE GESTÃO ORÇAMENTARIA E FINANCEIRA / GABINETE DO COORDENADOR

ELEUSES VIEIRA DE PAIVA  
Secretário de Saúde  
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: WILSON KASEMODEL - 14/03/2024 às 09:22:31  
Assinado com senha por: CARLOS EDUARDO RIBEIRO DE MOURA - 14/03/2024 às 13:44:55  
Assinado com senha por: TATIANA DE CARVALHO COSTA LOSCHER - 25/03/2024 às 18:14:48  
Assinado com senha por: ELEUSES VIEIRA DE PAIVA - 26/03/2024 às 12:53:26  
Documento N°: 050276A3360680 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050276A3360680>



SESPTA2024001831DM