

José Bonifácio (SP), 05 de Outubro de 2016.

A  
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESMARINA PERPETUA DE OLIVEIRA ROSSETTI  
DIRETORA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UBARANA - SP

Exm<sup>a</sup>. Senhora,

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JOSÉ BONIFÁCIO**, entidade sem fins lucrativos, regularmente inscrita no CNPJ do MF sob o n. 50.854.960/0001-40, com sede na cidade de José Bonifácio, à Rua XV de Novembro, S/N – Bela Vista – José Bonifácio/SP, vem à presença de Vossa Senhoria, requerer a celebração do Termo de Subvenção Municipal com a Prefeitura Municipal de Ubarana – Diretoria Municipal de Saúde, considerando o recurso financeiro CUSTEIO – (Materiais de Uso e Consumo em Geral, Prestação de Serviços de Terceiros e Médicos e Pessoal e Encargos) no montante de R\$ 240.000,00 (Duzentos e Quarenta Mil Reais) visando A MELHORA NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NOS SERVIÇOS PRESTADOS DENTRO DAS DIRETRIZES DO SUS, GARANTINDO ASSIM O ATENDIMENTO DIGNO, HUMANITÁRIO, SEGURO E DE QUALIDADE, ALMEJANDO CONFIABILIDADE, CONTENTAMENTO E SATISFAÇÃO POR PARTE DOS PACIENTES, cujo prazo de vigência do presente **TERMO** será de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2017, podendo ser prorrogado mediante acordo entre as partes.

Para tanto, disponibilizamos a conta corrente nº 00001740-4, Agência 1174 – Banco Caixa Econômica Federal de José Bonifácio-SP.

Em qualquer hipótese será assegurado ao conveniente e conveniado amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recursos.

Ao tempo em que fica no aguardo do valioso apoio de V.Exa. que certamente, não faltará, aproveita a oportunidade para as cordiais,

Saudações,



Gefferson Luis de Sousa Rosa  
Provedor

PREFEITURA MUNICIPAL  
- DE -  
**UBARANA**  
**PROTOCOLO**  
N.º 6941/2016  
Data: 06-10-2016  
Prazo de 15 Dias Úteis \_\_\_\_\_

Recebi  
e encaminhei a  
Secretaria



**JOÃO COSTA MENDONÇA**  
Prefeito Municipal

## PLANO DE TRABALHO DA INSTITUIÇÃO

### I - INTRODUÇÃO

#### a) Breve Histórico da Instituição

A Santa Casa de Misericórdia de José Bonifácio, caracteriza-se como uma Instituição Filantrópica e de direito privado, com seus (81) oitenta e um anos de existência, sendo o único Hospital do Município e integra a rede de Atenção à Saúde da área de abrangência da Diretoria Regional de Saúde DRS XV no município de São José do Rio Preto, sendo referência para uma população de aproximadamente 80.000 habitantes, englobando os municípios de José Bonifácio, Adolfo, Mendonça, Planalto, **Ubarana**, Zacarias para atendimento de urgência/emergência e internações de média complexidade e como foco especial na clínica de obstetrícia para todos já contratualizados, acrescentando Nipoã, Monte Aprazível, União Paulista, Poloni e Jaci.

A Santa Casa é uma Instituição que atende em média 5.000 (cinco mil) pacientes no Pronto Socorro/Ambulatório e 250 (duzentos e cinquenta) internações mês via Sistema Único de Saúde, **sendo que para os municípios de Ubarana a média de atendimentos é de 435/mês e 22 internações/mês.**

Dentro de uma postura que tem como meta o equilíbrio e qualidade do serviço prestado em saúde hospitalar moderna, o hospital de José Bonifácio procura adequar estratégias funcionais e administrativas desde a implantação de protocolos nestes dois últimos anos. A Instituição deverá cada vez mais ser um ponto de apoio e atuante no resgate e na ajuda ao paciente e seus familiares.

No seu contexto estratégico, este projeto tem como suporte os princípios e valores que norteiam a instituição, ou seja, a humanização da hospitalização clínica e cirúrgica, administração honesta, prestação de serviços de ponta e competência técnica e científica, sintonizando os valores, a missão e a visão que norteiam o seu funcionamento.

#### b) Características da Instituição

Prestar assistência integral à saúde dos usuários do SUS conforme contrato sob gestão estadual, particularmente nas áreas de média complexidade hospitalar e Pronto-Socorro de Urgência e Emergência, bem como aprimorar os processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial e hospitalar dos hospitais vinculados ao SUS de acordo com os programas da atenção psicossocial, leitos de retaguarda, cuidados prolongados e Rede Cegonha.

A Santa Casa de Misericórdia de José Bonifácio conta com 61 leitos, sendo 29 destinados ao Sistema Único de Saúde, dentro das especialidades em média complexidade, clínica médica, obstetrícia e pediatria.

## II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

### a) Entidade

<i>Razão Social</i> SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JOSÉ BONIFÁCIO			
<i>CNPJ</i> 50.857.960/0001-40			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> ATENDIMENTO HOSPITALAR			
<i>Endereço</i> RUA XV DE NOVEMBRO, S/N – BELA VISTA			
<i>Cidade</i> JOSÉ BONIFÁCIO			<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 15.200-000	<i>DDD/Telefone</i> 17 – 3265-9022		
<i>E-mail</i> santacasajb@oquei.com.br			
<i>Banco</i> 104	<i>Agência</i> 1174	<i>Conta Corrente (*)</i> 00001740-4	<i>Praça de Pagamento</i> José Bonifácio

(\*) Conta corrente exclusiva para o recebimento do recurso.

### b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i> GEFFERSON LUIS DE SOUSA ROSA		
<i>CPF</i> 399.821.188-89	<i>RG</i> 47.581.395-9	<i>Órgão Expedidor</i> SSP/SP
<i>Cargo</i> PROVEDOR	<i>Função</i> Provedor	
<i>Endereço</i> RUA TENENTE SEBASTIÃO MACHADO, Nº 255 – SÃO JOSÉ		
<i>Cidade</i> JOSÉ BONIFÁCIO		<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 15.200-00	<i>Telefone</i> (17)	

<i>Diretor Clínico</i> Alessandro Rogerio Botaro		
CPF 169.837.458-50	RG 22.528.055-9	Órgão Expedidor SSP-SP
Cargo Diretor Clinico	Função Médico Pediatra	
Endereço Av. Das Hortências, nº 867 – Jd.Seixas		
Cidade São José do Rio Preto		UF SP
CEP 15.061-080	Telefone (17) 9 9766 4401	

### III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO CONCEDENTE / RESPONSÁVEIS

#### a) Órgão Concedente

<i>Órgão Concedente</i> PREFEITURA MUNICIPAL DE UBARANA			
CNPJ 65.708.786/0001-41			
Endereço RUA JOÃO VIRGINEO DOS SANTOS, Nº 505 - CENTRO			
Cidade UBARANA			UF SP
RESPONSÁVEL JOÃO COSTA MENDONÇA	CEP 15.225-000	DDD/Telefone (17) 3807 8700	E-mail msilvaubarana@hotmail.com

#### b) Responsáveis

<i>Responsável pelo Órgão Concedente</i> JOÃO COSTA MENDONÇA		
CPF 051.840.008-52	RG 16.396.219	Órgão Expedidor SSP/SP
Cargo PREFEITO	Função PREFEITO	
Endereço RUA JOSÉ VIRGINEO DOS SANTOS, Nº 1491 - CENTRO		

<i>Cidade</i> UBARANA	<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 15.225-000	<i>Telefone</i> (17) 99108 - 7510

#### IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

<i>Objeto</i>	<i>Descrição</i>
<i>Custeio</i>	<b>MATERIAIS DE USO E CONSUMO EM GERAL, MEDICAMENTOS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS E MÉDICOS E PESSOAL E ENCARGOS</b>

**a) Identificação do Objeto**

O presente Plano de Trabalho visa a melhoria na qualidade da assistência nos serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia de José Bonifácio dentro das diretrizes do SUS, garantindo assim atendimento digno, humanitário e de qualidade aos munícipes de Ubarana.

O Proponente deverá prestar assistência médica e hospitalar em regime de média complexidade contratualizado e de acordo com a demanda reprimida e referenciada pelo Município, além dos atendimentos de urgência/emergência especializada.

**b) Objetivo**

O Proponente deverá adquirir materiais de uso e consumo em geral, contratar serviços de terceiros e médicos, firmando contratos com equipes médicas de especialidade e de urgência/emergência e de terceiros, como também assegurar materiais e medicamentos propiciando melhores condições de atendimento ao paciente.

**c) Justificativa**

Manter profissionais médicos competentes prontos a atenderem usuários do município de Ubarana mediante agendamento prévio para atendimento eletivo ou para o atendimento de urgência e emergência.

Os serviços médicos oferecidos são:

- Clínica Médica
- Clínica Obstétrica
- Clínica Pediátrica

*Para Ambulatório Médico, sob regime de agendamento em dias pré determinados, a Santa Casa conta com as seguintes especialidades:*

- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia

#### d) Metas a Serem Atingidas

Metas Quantitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META (cálculo para identificar se a meta foi alcançada)
Manter a taxa de alcance da produção conveniada/contratada de no mínimo 90% do total de 22 Internações/mês e 435 atendimentos/Mês.	Verificar a proporção de alcance da produção através de reuniões mensais, avaliado pela Comissão Técnica com representantes do Hospital e Secretaria Municipal de Saúde, para os agrupamentos pactuados no plano operativo das Metas Quantitativas, tanto ambulatorial quanto hospitalar.	$\frac{\text{Produção relativa ao agrupamento} \times 100}{\text{Quantidade pactuada do agrupamento}}$

Metas Qualitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Alcançar 85% de grau de satisfação – ótimo dos usuários	Implantação de pesquisa de satisfação	Total de ótimos / Número de entrevistados x 100

#### e) Etapas ou Fases de Execução

ETAPA	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	APLICAÇÃO
1	Levantamento da necessidade	15 dias	0,00
2	Pesquisa de preços e busca do melhor fornecedor de serviços e produtos	15 dias	0,00
3	Realização das compras e serviços de terceiros e médicos e pessoal e encargos	12 meses	0,00
4	Pagamento pelas compras efetuadas e serviços de terceiros e médicos	12 meses	240.000,00
	Sub Total		240.000,00
	Total Geral		240.000,00

#### Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

(a especificação do objeto pode ser verificada no item IV; a Identificação do Objeto)

ORDEM	OBJETO	VALOR	%
1	Custeio – Materiais de Uso e Consumo em Geral e Medicamentos	120.000,00	50
2	Prestação de Serviços de Terceiros e Médicos e Pessoal e Encargos	120.000,00	50
	<b>Total</b>	<b>240.000,00</b>	<b>100</b>

**V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)**

Mês	OBJETO	PROPONENTE	CONCEDENTE
1	Custeio	-	R\$ 20.000,00
2	Custeio	-	R\$ 20.000,00
3	Custeio	-	R\$ 20.000,00
4	Custeio	-	R\$ 20.000,00
5	Custeio	-	R\$ 20.000,00
6	Custeio	-	R\$ 20.000,00
7	Custeio	-	R\$ 20.000,00
8	Custeio	-	R\$ 20.000,00
9	Custeio	-	R\$ 20.000,00
10	Custeio	-	R\$ 20.000,00
11	Custeio	-	R\$ 20.000,00
12	Custeio	-	R\$ 20.000,00
<b>Total</b>		-	<b>R\$ 240.000,00</b>

**VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO**

- Início: 01/01/2017
- Duração: 31/12/2017

**VII – DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Ubarana - Diretoria Municipal de Saúde, 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 Plano de Trabalho.



**Gefferson Luis de Sousa Rosa**  
Provedor

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016  
*a data deve ser de acordo com o ofício do interessado)*

**VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA**

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

---

Assinatura do Prefeito Municipal

**IX – APROVAÇÃO – Diretor Municipal de Saúde**

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

---

Diretora Municipal de Saúde