



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Fis. 02

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

## **PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL**

O presente Plano Operativo elaborado, elaborado conjuntamente, com o Gestor Municipal do SUS do município de Descalvado/SP para acompanhamento do Convênio SUS conforme Lei nº 3.790, de 18 de março de 2014. Este Plano Operativo tem por objetivo no âmbito assistencial do SUS, definir as áreas de atuação, as metas qualitativas e quantitativas a serem atingidas, para o acompanhamento e a avaliação da efetividade do contrato celebrado entre as partes, visando:

- a) A prestação de assistência integral à saúde dos usuários do SUS, particularmente nas áreas de média complexidade, ambulatorial e hospitalar prestados pela Santa Casa de Misericórdia de Descalvado;
- b) O aprimoramento dos processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial de hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Descalvado vinculado ao SUS.

### **1. IDENTIFICAÇÃO**

Razão Social da Instituição	IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO
CNPJ:	47.544.663/0001-30
CNES	2081717
Licença de funcionamento	351370206-861-000005-1-5
Prazo de validade	31/03/2018
Endereço	PRAÇA OCTÁVIO GABRIELLI Nº 827 -- CENTRO
Município	DESCALVADO/SP
Provedor em exercício	SIDNEI APARECIDO PIZZA
Diretor Clínico	Dr. RENAN DITURI MUFATO
Diretor Técnico	Dr. PEDRO CELSO WANDERLEY DE MELO
Enfermeiro Responsável (RT)	ROSE DE SOUSA PEDROSO



# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

Missão da Instituição	Manter, administrar e desenvolver atividades médico-hospitalares, realizar assistência a enfermos ou acidentados, gratuitamente ou não.
Natureza Jurídica	Entidade beneficente sem fins lucrativos
Filantropia, número do certificado CEBAS e data de validade	Válido até 05/12/2018
Presta atendimento ambulatorial	Sim
Presta atendimento Hospitalar	Sim
Atende SUS	86,6%
Atende outros Convênios ou Contratos Particular	13,4%

## 2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Especializado
Natureza	<input type="checkbox"/> Público	<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos	Geral: 16	SUS: 24
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Referenciada
Serviço de Maternidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não Qual(is)
Atendimento Ambulatorial:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
Atendimento Hospitalar:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	

### 2.1 RECURSOS HUMANOS CONTRATADOS

#### a) SETOR HOSPITALAR (INCLUI CENTRO CIRÚRGICO)

CATEGORIA	ESPECIALIDADE	VÍNCULO	QUANTIDADE	HORA SEMANAL	OBSERVAÇÕES
Médicos (sobrevisto)	Cirurgia Geral	Autônomo	02	24x7	
	Anestesiata	Autônomo	04	24x7	
	Ginecologia/Obstetria	Autônomo	03	24x7	
	Clinica Geral	Autônomo	03	24x7	
	Pediatra	Autônomo	02	24x7	
	Ortopedia	Autônomo	02	24x7	
Outros	Clinico Geral	Autônomo	25		
	Cirurgião geral	Autônomo	08		
	Pediatra	Autônomo	03		
	Ginecologia/Obstetria	Autônomo	05		
	Cirurgia Vascular	Autônomo	01		
	Ortopedia	Autônomo	03		



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Fls. 03

*Reconhecido de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

	Otorrino	Autônomo	01		
Nutricionista		CLT	01	30 horas	
Fisioterapia		Autônomo	00		Necessidade = 01
Enfermeiro		CLT	05	12x36	
Enfermeiro		CLT	02	40 horas	
Farmacêutico		Autônomo	01	40 horas	
Enfermeiro	Obstetra	CLT	00		Necessidade = 03
Técnicos de Enfermagem			20	12X36	01 - 40 horas 01 - 36 horas
Auxiliar de Enfermagem			02	12X36	
Recepcionistas		CLT	02	12x36	Diurno
Sobreaviso laboratório		Terceirizado	01	24 hs	

**b) SETOR URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO)**

CATEGORIA	ESPECIALIDADE	VÍNCULO	QUANTIDADE	HORA SEMANAL	OBSERVAÇÕES
Médicos	Plantonista Presencial	Autônomo	1 por 24 horas/diárias		Necessidade de 2, sobretudo no horário de maior fluxo
Médicos em disponibilidade (sobreaviso)	Emergencial/Transferência	Autônomo	1 por 24 horas/diárias para cada especialidade. Anestesistas incluem cirurgias eletivas		
	Clínica Médica	Autônomo			
	Clínica Cirúrgica	Autônomo			
	Anestesia	Autônomo			
	Ginecologia/obstetrícia	Autônomo			
	Pediatria	Autônomo			
	Ortopedia	Autônomo			
Enfermeiro		CLT	05	12x36	
Enfermeiro		CLT	01	40 horas	
Farmacêutico		Autônomo	01		Prefeitura
Enfermeiro	Obstetra	CLT	00		Necessidade = 03
Técnico de Enfermagem			11	12x36	
Auxiliar de Enfermagem			01	12x36	
Recepcionistas		CLT	4	12x36	
Motoristas		Prefeitura	2	12x36	
		CLT	4	12x36	
Apoio		Prefeitura	01	40 horas	Sr. Gobbo



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72


Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

**c) SETOR AMBULATORIAL**

CATEGORIA	ESPECIALIDADE	VÍNCULO	QUANT	HORA SEMANAL	OBSERVAÇÕES
Médicos	Clinica Médica	Autônomo			Cirurgias de urgência Consultas para cirurgias eletivas – conforme - pactuação Ambulatório de ortopedia de traumas
	Clinica Cirúrgica	Autônomo			
	Anestesia	Autônomo			
	Ginecologia/obstetria	Autônomo			
	Pediatria	Autônomo			
	Ortopedia	Autônomo			
	Vascular	Autônomo			
Médico – laudos RX			01		Cedido pela prefeitura
Médico – laudos RX		Autônomo	01		Serviço terceirizado para convênios e particulares
Recepção		CLT	01	40 horas	
Técnico Imobilização Provisória		CLT	01	40 horas	
Técnico de Enfermagem					Disponibilizado pela área hospitalar ou de urgência

**d) SETOR DE DIAGNOSE (RX)**

CATEGORIA	ESPECIALIDADE	VÍNCULO	QUANTIDADE	HORA SEMANAL	OBSERVAÇÕES
Médicos	Laudos RX – SUS	Prefeitura	01		
	Laudos RX – convênios e particulares	Autônomo	01		
Recepção		CLT	01	40 horas	
Técnico de RX		CLT	03	20 horas	
Técnico de Enfermagem					Disponibilizado pela área hospitalar ou de urgência
Sobreaviso RX				Conforme escala dos técnicos de RX	Realizado no período noturno e finais de semana

  
W

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

*Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

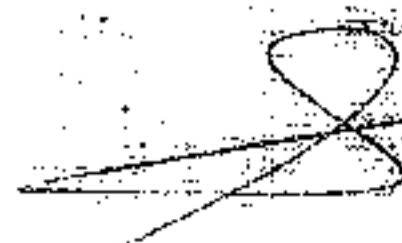
*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

**e) SETORES DE APOIO (NUTRIÇÃO, HIGIENIZAÇÃO, FATURAMENTO, COMPRAS, ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS, RELACIONAMENTO, RH, TI, MANUTENÇÃO)**

CATEGORIA	LOCAL DE ATUAÇÃO	VÍNCULO	QUANTIDADE	HORA SEMANAL
Apoio adm.	Relacionamento	Tercelizado	01	
	Aux. Administrativo	CLT	01	40 horas
	Faturamento	CLT	01	40 horas
	Contabilidade	CLT	01	40 horas
Nutricionista	Todo hospital	CLT	01	30 horas
Higiene	Todo hospital	CLT	13	12x36
Lavanderia	Todo hospital	CLT	02	12x36
Manutenção	Todo hospital	CLT	01	40 horas
Telefonista	Todo hospital	CLT	02	30 horas

**f) RESUMO QUADRO DE PESSOAL**

CATEGORIA	VÍNCULO	QUANTIDADE	HORA SEMANAL	OBSERVAÇÕES
ADMINISTRAÇÃO	CLT	07	40 horas	Inclui apoio adm. e adm. geral
LIMPEZA	CLT	15	12x36	Limpeza e lavanderia
ENFERMAGEM	CLT	13	12x36 e 40 horas	Inclui apenas enfermeiros
TÉC. ENFERMAGEM	CLT	32	12x36	Incluem apenas Técnicos de Enfermagem
AUX. DE ENFERMAGEM	CLT	03	12x36	Inclui apenas Auxiliar de Enfermagem
FARMACIA	CLT	04	12x36 e 40 horas	
NUTRIÇÃO	CLT	12	12x36 e 80 horas	Inclui cozinheiras, auxiliares de cozinha e Nutricionista.
RAIO X	CLT	04	20 horas e 40 horas	Inclui os técnicos de Raio-X e a Recepcionista
MANUTENÇÃO	CLT	01	40 horas	
MOTORISTA	CLT	04	12x36	
RECEPÇÃO	CLT	10	12x36	Inclui recepção Santa Casa e PAM
TELEFONISTA	CLT	02	30 horas	
ORTOPEDIA	CLT	01	40 horas	Técnico em Imobilização Ortopédica
TOTAL		108		






**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

**2.2 ESTRUTURA FÍSICA**

**a) SALAS:**

**I - PRONTO SOCORRO**

Funcionamento 24 horas.

INSTALAÇÃO	QUANTITATIVO
Leitos de observação	03
Sala de acolhimento com classificação de risco	01
Sala de estabilização (vermelha)	01
Consultórios médicos	01
Sala de atendimento	01
Sala de higienização	01
Sala pequena cirurgia	01
Sala de imobilização/gesso	01
Recepção	01
Sala de inalação/aplicação	01
Posto de Enfermagem	01
Sala de avaliação de gestante	01

**II - UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

Funcionamento 24 horas.

CLÍNICA	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS OPERACIONAIS		
		TOTAL	SUS	PARTICULARES E CONVÊNIO
Cirurgia geral	10	10	05	05
Clínica geral	13	18	14	04
Obstetrícia	03	08	03	05
Pediatria	04	04	03	01
Total	40	40	25	15

**III – AMBULATÓRIO (INCLUI SETOR RX)**

INSTALAÇÃO QUANTIDADE DE SALAS	EXISTENTE SUS
Consultórios para Clínicas básicas	01
Consultórios para Clínicas especializadas (ortopedia)	01
Sala de cirurgia ambulatorial	01
Sala de curativo	01
Sala de enfermagem	01
Sala de gesso	01



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

Sala de nebulização	01
---------------------	----

**IV - ÁREA CIRÚRGICA**

INSTALAÇÃO	QUANTIDADE DE SALAS
Sala de cirurgia	03
Sala de recuperação	01
Sala de PPP ( Pré-parto, parto e pós-parto)	01

**V – LABORATÓRIO**

ÁREA	ESPECIFICIDADE	PRÓPRIO OU TERCEIRIZADO
LABORATÓRIO	Clinico	Terceirizado

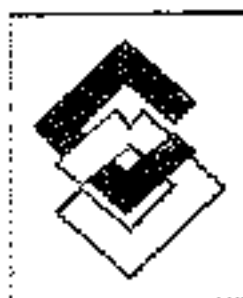
**VI - ESTRUTURA DE APOIO EDUCACIONAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
SALAS DE AULA	01

**b) EQUIPAMENTOS**

SERVIÇO DE APOIO, DIAGNÓSTICO		
EQUIPAMENTO	QUANTIDADE	TERCEIRIZADO
Raios-X até 100 MA (móveis)	02	01
Raio-X – Arco Cirúrgico	01	01
Raio X de 100 a 500 MA	03	01
Cardiotocógrato	01	01
EQUIPAMENTOS		
Grupo Gerador	01	01
EQUIPAMENTOS		
Berço aquecido	02	02
Bomba de infusão	04	04
Desfibrilador	01	01
Incubadora	01	01

Handwritten signature and initials at the bottom right of the page.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

*Reconhecido de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

Monitor de ECG	01	01
Reanimador Pulmonar – Ambu	06	06
Respirador / Ventilador	02	02
<b>EXAMES E MÉTODOS GRÁFICOS</b>		
Eletrocardiograma	02	02

**VII – METAS FÍSICAS – ATENDIMENTOS CONTRATADOS PELO SUS-SP**

a) INTERNAÇÕES, RX, AMBULATORIO						
Meta	Etapa/fase	Especificação	Indicador		Periodo	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
1	1.1	Especialidades / Ambulatório	Consulta	1.200	01/01/2018	31/12/2018
			Outros Procedimentos	800		
2	2.1	Radiologia	Exames de Tórax	2.550		
			Exames de Crânio	1.100		
			Exames de Membros Sup.	1.650		
			Exames Membros Inf.	2.700		
			Outros Exames	2.000		
3	3.1	Internação	Clinicas	660		
			Cirúrgicas	240		
			Obstétricas	144		
			Pediátricas	12		

MAC	QUANTIDADE	VALOR MENSAL
SIH	88	45.558,24
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>45.558,24</b>

FAEG	QUANTIDADE	VALOR MENSAL
SIH	Conforme produção	460,00
<b>Total</b>		<b>460,00</b>

INTEG	Valor mensal

*[Handwritten signature]*





**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Fls. 06

*Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

Integra-SUS	Valor mensal	1.831,79
Total	Valor a repassar retroativo de julho a dezembro de 2017 em uma única parcela	10.990,74

**3. METAS:**

METAS	ESPECIFICAÇÃO
01	Manter escalas mensais de plantões de sobreaviso por especialidade
02	Honrar com os atendimentos qualificados e humanizados, visando atender às expectativas da população
03	Realizar remoção de pacientes internados e/ou na U/E, conforme necessidade.

**3.1 INDICADORES:**

Nº	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE AVALIAÇÃO	FONTE
1	Apresentar relatório quadrimestral com as seguintes informações mensais: • Nº de internações, por convênio e por clínica básica, • Média de permanência por convênio e por clínica básica, • Taxa geral de Ocupação • Nº de cirurgias • Nº de partos normais e cesáreos • Taxa de mortalidade institucional	Análise documental	Relatório Quadrimestral
2	Apresentação relatório quadrimestral com as seguintes informações: • Nº de atendimentos ambulatoriais • Nº RX	Análise documental	Relatório Quadrimestral
3	Cumprimento das metas pactuadas (físicas e/ou financeiras) – Internação	Análise documental	Relatório Quadrimestral
4	Cumprimento das metas pactuadas (físicas e/ou financeiras) – Ambulatorial	Análise documental	Relatório Quadrimestral

**3.2. QUALIDADE DOS SERVIÇOS – METAS QUALITATIVAS:**

AÇÕES ASSISTENCIAIS EXISTENTES OU EM FUNCIONAMENTO	PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO	META PARA A IMPLANTAÇÃO OU BOMBADE OPERANDO	INDICADORES PARA MEDIÇÃO DAS AÇÕES	
			MÉTODO DE MEDIÇÃO	FONTE
<b>IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DO PARTO E NASCIMENTO:</b> 1. Garantia da presença do pediatra em 100% dos	2º Semestre	100% das propostas	Análise documental	Análise documental prontuários das gestantes



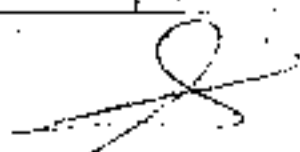
## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

*Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

<p>nascimentos.</p> <p>2. Registro do Apgar pelo pediatra em 100% dos nascimentos.</p> <p>3. Programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno (mínimo a 80% das parturientes atendidas).</p> <p>4. Garantia da presença do acompanhante indicado pela parturiente nas três etapas: pré-parto, parto e pós parto.</p> <p>5. Parto SUS.</p> <p>Número de partos SUS/número de partos realizados.</p> <p>Conhecimento/apresentação de dados e avaliação do apresentado.</p>		Implantadas e em funcionamento.		
Incentivo ao parto Normal com redução dos partos cesárea	Implantação do FPP 2º Semestre	Realização de atividades de incentivo à redução de partos cesárea	Visita in loco	Análise da existência e utilização do PPP
Disponibilização de agenda de vista da Gestante à Maternidade a partir do 6º mês de gestação	Disponibilização de agenda quando solicitada a visita por parte das UBS do município ou pela própria gestante	100% de realização das visitas solicitadas	Análise documental	Visitas realizadas
Realização dos testes rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes	Permanente	100% % de gestantes com testes rápidos para HIV	Análise documental	Relatório da Santa Casa
Realização de VDRL e TPHA (reagentes para o VDRL) 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto	Permanente	100% de gestantes com VDRL realizado no período	Análise documental	Relatório da Santa Casa
Implantar e manter os testes neonatais: orelhinha, olhinho e coraçãozinho	2º Semestre	100% dos nascidos vivos avaliados	Análise documental	Relatório da Santa Casa
Notificação para a unidade de referência sobre a alta do RN	2º semestre	100% das altas de RN notificadas	Análise documental	Relatório da Santa Casa
<b>b. AÇÕES DE GESTÃO EXISTENTE OU FUNCIONAMENTO</b>	<b>PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO</b>	<b>META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO</b>	<b>MÉTODO DE AVERIFICAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>


  
 20



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

Manter os dados do CNES atualizados	2º Semestre	CNES atualizado e 100% dos relatórios encaminhados	Análise documental	CNES
Garantir de 100% aos portadores de HIV internação hospitalar estabilizando-os e tratando as doenças oportunistas e encaminhando ao ambulatório de especialidades ou hospital de referência, caso seja necessário.	Permanente	Nº internação de pacientes portadores de HIV		
Apresentar, no mínimo 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS - na própria competência	Permanente	Acima de 95% de AIH's apresentadas no prazo pactuado	Número de AIHs com altas no mês de competência/nº de AIH apresentadas	Auditoria
Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas	2º semestre	Plano construído até o final do ano	Análise documental	Relatório da Santa Casa
Gestão dos leitos hospitalares	2º Semestre	Manutenção dos Indicadores de Produção e Utilização: Taxa de Ocupação e Média de Permanência geral e por especialidade.	Análise documental	Relatório da Santa Casa
Serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário	2º Semestre	Encaminhamento com resposta formal, para mais de 80% dos atendimentos do SAC/Ouvidoria.	Análise documental	Relatório da Santa Casa
Comissões Assessoras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissões de verificação de óbitos</li> <li>• Comissão de verificação de prontuários</li> <li>• CC&amp;F</li> </ul>	2º Semestre	Relatório de revisão trimestral de 10% dos prontuários, escolhidos de forma aleatória.  Análise de 100% dos óbitos ocorridos a cada trimestre. Obs. Óbito maternos e infantis deverão ser analisados no prazo máximo de 20 (vinte) dias	Análise documental	Atas das reuniões

*[Handwritten signature and initials]*



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

*Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73*

*Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72*

*Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30*

		úteis.		
Protocolos clínicos de acesso e diretrizes clínicas	Final do 2º semestre (Urgência e Emergência)	Manutenção dos principais protocolos	Análise documental	Demonstração dos protocolos
PLANO DIRETOR DE GESTÃO	2º Semestre	Apresentação das ações propostas e cronograma de execução para 2017	Análise documental	Apresentação do Plano
EDUCAÇÃO PERMANENTE	2º Semestre	Plano de trabalho e cronograma de capacitações a serem desenvolvidas	Análise documental	Atas e Plano de ações
Equipe de Monitoramento do Plano Operativo do Convênio	Permanente	Acompanhamento do POC	Análise documental	Atas e apresentação da equipe
Realização de pesquisa de satisfação do usuário no Hospital e na U/E	Permanente	Aumento gradativo dos participantes e percentual de bom e ótimo	Análise documental	Relatório da Santa Casa (e pesquisa aleatória dos formulários)
<b>a. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO</b>	<b>PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO</b>	<b>META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO</b>	<b>MÉTODO DE AFERICAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>
Grupo GTH	Constituição, construção de Plano e Ação – 2º quadrimestre Execução e monitoramento do Plano – 3º quadrimestre	Apresentação do Plano Monitoramento das ações	Análise documental	Atas das reuniões
Acolhimento com Classificação de Risco na Urgência e Emergência (PAM)	Implantação no 2º quadrimestre Monitoramento – 3º quadrimestre	100% dos atendimentos em consulta com classificação de risco	Análise documental e visita in loco	Relatório da Santa Casa
Visita aberta com direito a acompanhante	Permanente	Manter 4 horas diárias de visitas em 3 horários diários Apresentar	Análise documental visita in loco	Quadro com disponibilização dos horários de visitas e



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Fls. 08

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

		regulamento interno do Hospital e publicização dos horários de visita		regulamento
<b>b. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (Convênio 01)</b>	<b>PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO</b>	<b>META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO</b>	<b>MÉTODO DE AFERICAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>
Garantir que 100% das urgências sejam atendidas de acordo com especialidades oferecidas	Permanente	100% das urgências atendidas	Análise documental	Relatório Santa Casa
Mantiver 100% o atendimento às urgências nas especialidades pactuadas nas 24 horas.	Permanente	nº de urgências atendidas/ nº de solicitações.	Análise documental	Relatório Santa Casa
Estabilização de usuários, garantindo transporte adequado para locomoção até os serviços de referência, bem como acompanhamento de profissionais habilitados na transferência.	Permanente	100% das urgências atendidas		
<b>c. SANGUE</b>	<b>PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO</b>	<b>META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO</b>	<b>MÉTODO DE AFERICAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>
Mantenção de Agência Transfusional com Campanhas periódicas	Permanente	Manutenção da qualidade dos serviços e das exigências sanitárias	Análise documental	Relatório das Campanhas
<b>d. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS</b>	<b>PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO</b>	<b>META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO</b>	<b>MÉTODO DE AFERICAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>
Garantir 100% o atendimento hospitalar a esses usuários, desde a sua internação até a liberação de vaga em serviço especializado, quando for necessário.	Permanente	Manutenção da qualidade dos serviços e das exigências sanitárias	Análise documental	Relatório Santa Casa

4) QUADRO PARA ACOMPANHAMENTO FÍSICO/FINANCEIRO:

a. AMBULATORIAL:

Handwritten signature and initials.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

CÓDIGO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
030101007-2	CONSULTA MÉDICA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	95	R\$ 10,00	R\$ 950,00
020302003-0	ANATOMO PATOLÓGICO PEÇA CIRÚRGICA	01	R\$ 24,00	R\$ 24,00
030106010-0	ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	02	R\$ 13,00	R\$ 26,00
030309003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIA EM CAVIDADE SINOVIAL ARTICULARES BAINHA TENDINOSA	01	R\$ 5,63	R\$ 5,63
030309007-3	REVISÃO DA TROCA DO APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	01	R\$ 25,31	R\$ 25,31
030309009-0	REVISÃO DA TROCA DO APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	01	R\$ 22,21	R\$ 22,21
030309014-6	TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA DE COSTELAS	01	R\$ 15,04	R\$ 15,04
030309015-4	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO - LUVA GESSADA	01	R\$ 40,68	R\$ 40,68
030309016-2	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO DO METACARPO	01	R\$ 17,85	R\$ 17,85
030309016-2	TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA INFERIOR COM IMO	10	R\$ 15,98	R\$ 159,80
030309020-0	TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	20	R\$ 41,93	R\$ 838,60
030309022-7	TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	01	R\$ 41,63	R\$ 41,63
030309026-0	TRATAMENTO CONSERVADOR LESÃO MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	01	R\$ 17,55	R\$ 17,55
030309028-6	TRATAMENTO CONSERVADOR LESÃO LIGAMENTAR EM MEMBRO COM IMOBILIZAÇÃO	01	R\$ 35,20	R\$ 35,20
040801013-4	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA/ LUXAÇÃO ESCAPULO UMERAL	01	R\$ 41,10	R\$ 41,10
040802017-2	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA DE PUNHO	01	R\$ 38,74	R\$ 38,74
040802020-2	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO	01	R\$ 37,88	R\$ 37,88
040802024-5	REDUÇÃO INCRUENTA LUXAÇÃO / FRATURA PUNHO	01	R\$ 38,74	R\$ 38,74
040805020-9	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA METATARSIANOS	01	R\$ 35,20	R\$ 35,20
040805025-0	REDUÇÃO INCRUENTA LESÃO DE JOELHO	01	R\$ 44,69	R\$ 44,69
040805024-1	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA DOS OSSOS DO TARSO	01	R\$ 35,20	R\$ 35,20
040805029-2	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA / LUXAÇÃO TARSO METATARSICA	01	R\$ 35,20	R\$ 35,20
040805026-8	REDUÇÃO INCRUENTA FRATURA / LUXAÇÃO JOELHO	01	R\$ 42,59	R\$ 42,59
040806035-2	EXERESE DE FIO OU PINGO	02	R\$ 28,42	R\$ 56,84
040101001-5	CURATIVO GRAU II	20	R\$ 32,39	R\$ 647,80
	<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS</b>	<b>168</b>		<b>R\$ 3274,02</b>

b) RAIOS



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO

Fls. 09

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 - CNPJ - 47.544.663/0001-30

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
CRÂNIO	204010080	40	R\$ 300,80
MAXILAR	204010110	1	R\$ 7,20
OSSOS DA FACE	204010128	5	R\$ 41,90
SEIOS DA FACE	204010144	35	R\$ 254,80
SELA TURCICA	204010152	01	R\$ 7,20
CAVUM	204010063	38	R\$ 261,44
A.T.M	204010055	2	R\$ 16,76
COLUNA CERVICAL	204020042	29	R\$ 237,51
COLUNA LOMBO-SACRA	204020069	46	R\$ 504,16
COLUNA LOMBO-SACRA (4P)	204020077	4	R\$ 59,60
COLUNA DORSAL	204020093	16	R\$ 146,56
SACRO COCCIX	204020123	02	R\$ 23,40
COLUNA CERVICAL (4P)	204020034	01	R\$ 8,33
OMBRO	204040035	25	R\$ 185,00
BRACO	204040051	9	R\$ 69,93
CLAVÍCULA	204040060	4	R\$ 29,60
COSTELAS	204030072	15	R\$ 133,92
ESTERNO	204030099	1	R\$ 7,98
ANTEBRAÇO	204040019	12	R\$ 77,04
COTOVELO	204040078	21	R\$ 123,90
MÃO	204040094	35	R\$ 220,50
IDADE OSSEA	204040108	3	R\$ 18,00
PLUNHO	204040124	15	R\$ 103,65
DEGOS DA MÃO	204040086	8	R\$ 47,36
ART.COXXO FEMORAL	204060050	27	R\$ 209,79
SACRO ILIACAS	204060079	01	R\$ 7,77
BACIA	204060095	15	R\$ 124,32
COXA	204060117	6	R\$ 53,64
PERNA	204060168	17	R\$ 151,98
TORNOZELO	204060087	33	R\$ 214,50
CALCÂNFO	204060109	7	R\$ 45,50
JOELHO	204060125	59	R\$ 400,02
JOELHO (3P)	204060133	2	R\$ 14,32
PÉ	204060150	61	R\$ 413,58



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

TÓRAX	204)30170	75	6,88	R\$ 516,00
TÓRAX (2P)	204)30153	75	9,50	R\$ 712,50
TÓRAX (3P)	204)30145	01	12,02	R\$ 12,02
TRÂNSITO INTESTINAL	204)50154	01	47,59	R\$ 47,59
UROGRAFIA EXCRETORA	204)50189	01	57,40	R\$ 57,40
ABDOMEN SIMPLES	204)50138	19	7,17	R\$ 150,57
ABDOMEN PÉ/DEITADO	204)50111	9	10,73	R\$ 96,57
<b>TOTAL</b>		<b>77</b>		<b>R\$ 6114,61</b>

### 5 – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A Avaliação de desempenho da instituição será realizada conforme cronograma que segue abaixo, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas físicas e qualitativas, bem como a inserção da unidade no sistema de regulação e de controle. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

Para cumprimento das metas serão auditados

#### a) Cronograma de Avaliação das Metas de Indicadores

Trimestre	Avaliação
1º Quadrimestre	Maior/2018
2º Quadrimestre	Setembro/2018
3º Quadrimestre	Janeiro/2019

#### b) Metas Financeiras – Prestação de Contas Mensal

Metas Físicas	VALORES DE VIDE	Percentual de Produção	Fonte Recurso
Ambulatório (SLA) – Físico/Financeiro	ANEXO I - R\$ 5.413,01 ANEXO II - R\$ 7.075,52 TOTAL = R\$ 12.488,53	100%	05
Internação (SIH) – Físico/Financeiro IntégraSUS	R\$ 45.558,24 FAEC R\$ 460,00 R\$ 1.831,79 TOTAL = R\$ 46.018,24	100%	05
<b>Total FÍSICO/FINANCEIRO</b>	<b>R\$ 60.338,56</b>	<b>100%</b>	





IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO

Fig. 10

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30

c) Prestação de Contas ao TCE: Com cumprimento nas datas previstas conforme Legislação.

Faixa de Desempenho Metas Quantitativas	Revisão do Total de Recursos
Menor que 95%	Revisão do valor
95% ou mais	Manter o valor

d) Metas Qualitativas (40 pontos) e Quantitativas (60 pontos)

Apoio à Política		
Manter as Comissões em funcionamento	Comissão de Óbito	1
	Comissão de CCIH	1
	Comissão de Verificação de Prontuário	1
Políticas Prioritárias do SUS	Humaniza SUS	3
	Sangue	2
	Alimentação e Nutrição	3
	Saúde da Mulher	6
	HIV/DST/AIDS	5
	Urgência/Emergência	5
CNES	Saúde Mental	5
	Atualização dos dados do CNES	5
AIH	Apresentação 95% AIH no mês de competência:	5
	Produção:	
	Clinica Cirúrgica (20) = 5 pontos	20
	Clinica obstétrica (12) = 5 pontos	
Clinica Médica (55) = 5 pontos		
Clinica Pediátrica (01) = 5 pontos		
SIA	Apresentação 95% SIA no mês de competência:	5
	Produção:	
	302 procedimentos	20
Gestão Hospitalar	905 Raio X	
	Participação da Equipe de Monitoramento nas avaliações	5
	Alvará VISA	5
	Contratos de Equipamentos	3
<b>Total</b>		

*[Handwritten signature and initials]*



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
DESCALVADO**

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72


Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72 – CNPJ – 47.544.663/0001-30


Faixa de Desempenho Meta: Quantidade	Percentual do Total de Recursos destinados ao Desempenho
Menor que 75%	Revisão do valor
76% a 94%	Avaliação
95% ou mais	Manutenção do valor

**e) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
58.506,77	73.161,09	60.338,56	60.338,56	60.338,56	60.338,56
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
60.338,56	60.338,56	60.338,56	60.338,56	60.338,56	60.338,56
<b>TOTAL: R\$ 735.053,46</b>					

Descalvado, 28 de fevereiro de 2018.

  
Sidnei Aparecido Pizza  
Provedor

  
Wander Roberto Boneli  
Secretário de Saúde



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.P. 13.690-000**

Fls. 11

**PLANO DE TRABALHO - 2018 / convênio 01**

**ANEXO 1 – DADOS CADASTRAIS**

<b>1. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE</b>			
<b>1.1 – Órgão/Proponente</b> IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DESCALVADO		<b>1.2 – CNPJ</b> 47.544.663/0001-30	
<b>1.3 – Endereço</b> Praça Doutor Octavio Gabrielli, 827 - Centro			
<b>1.4 Cidade</b> Descalvado	<b>1.5 UF</b> SP	<b>1.6 CEP</b> 13.690-000	<b>1.7 - Esfera Administrativa</b> Municipal
<b>1.8 – DDD</b> 19	<b>1.9 – Fone</b> 3583.1133	<b>1.10 – Fax</b>	<b>1.11 – e-mail</b> administracao@santacasadedescalvado.com.br
<b>1.12 – UG (Unidade Gestora)</b> Fundo Municipal de Saúde – Município de Descalvado		<b>1.13 – Gestão (número)</b>	
<b>1.14 – Nome do Responsável</b> Sidnei Aparecido Pizza		<b>1.15 – CPF</b> 057.602.828-24	
<b>1.16 – RG/ORGÃO</b> 16.446.244-2 SSP/SP	<b>1.17 – CARGO</b> Provedor	<b>1.18 – FUNÇÃO</b> Provedor	<b>1.19 – Matrícula</b>
<b>1.20 – Endereço</b> Rua Ezio Angelo de Marco, 264 – São Francisco, Descalvado, SP		<b>1.21 – CEP</b> 13.690-000	

**ANEXO 2 – DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO**

<b>2. DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO</b>		
<b>2.1 Título do Projeto</b> TERMO DE CONVÊNIO – Irmandade Santa Casa de Descalvado	<b>2.2 – Período de Execução</b>	
	<b>2.2.1 – Início</b> 01/01/2018	<b>2.2.2 – Término</b> 31/12/2018
<b>2.3 Objeto do Projeto</b> Repasse de recursos a serem aplicados em ações de saúde pública, durante o período da vigência deste termo: internações, cirurgias de urgência/emergência na complexidade da entidade), maternidade (parto normal e cesáreos e eventos), Raio X, procedimentos Ambulatoriais (ortopedia, Clínica e outros), gestão do Pronto Atendimento, Transporte sanitário (inter-hospitalar e U/E)		



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.P. 13.690-000**

Fls. 122

chamadas de Urgência no Município) – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Descalvado.

**2.4 – Justificativa da Proposição**

A Santa Casa local, único hospital do município, possui experiência de 118 anos na área de saúde pública e conta com estrutura operacional e pessoal capacitado para a execução dos serviços, ora pactuados. A entidade possui benefícios que a Municipalidade não tem, o que aumentaria ainda mais os custos dos serviços prestados.

**ANEXO 3 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - PAM**

**3. EXECUÇÃO (Meta, Etapa, Especificação, Indicador Físico e Período de Execução)**

3.1 META	3.2 Etapa/ Fase	3.3 Especificação	3.4 Indicador		3.5 – Período de	
			3.4.1 Unidade	3.4.2 Quantidade	3.5.1 Início	3.5.2 Término
1	1.1	Pronto Atendimento Médico (U/E)	Consulta Outros Procedimentos Eletrocardiograma Remoções Internas Remoções Externas Acolhimento	42.000 20.000 950 950 4.000 200 46.000	01/01/2018/	31/12/2018

**ANEXO 3.1 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - INTENAÇÕES, RX E ORTOPEDIA**

3.1 META	3.2 Etapa/ Fase	3.3 Especificação	3.4 Indicador		3.5 – Período de	
			3.4.1 Unidade	3.4.2 Quantidade	3.5.1 Início	3.5.2 Término
1	1.1	Especialidades Ambulatório	Consulta Outros	1.200 800	01/01/2018	31/12/2018



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.P. 13.690-000**

Fls. 13

2	2.1	Radiologia	Procedimentos		01/01/2018	31/12/2018
		Radiologia	Exames Tórax	2.550		
		Radiologia	Exames Crânio	1.100		
		Radiologia	Exames Membros Sup.	1.650		
		Radiologia	Exames Membros Inf.	2.700		
3	3.1	Radiologia	Outros Exames	2.000		
		Internações	Clinicas	600		
		Internações	Cirúrgicas	300		
		Internações	Pediatria	12		
		Internações	Maternidade	144		

**ANEXO 4 – PLANO DE APLICAÇÃO**

PLANO DE APLICAÇÃO DAS DESPESAS		
ORIGEM DOS RECURSOS (4): FONTE MUNICIPAL	PLANO DE TRABALHO	CONTRAPARTIDA
CATEGORIA OU FINALIDADE	2.490.000,00	0
RECURSOS HUMANOS (5)	0	0
RECURSOS HUMANOS (6)	80.000,00	11.300,00
MEDICAMENTOS	60.000,00	0
MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	1.136,00	0
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	10.634,00	0
OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	2.518.230,00	0
SERVIÇOS MÉDICOS	0	0
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	0	0
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	0	0
LOCAÇÃO DIVERSA	0	0
UTILIDADES PÚBLICAS (7)	0	0
COMBUSTÍVEL	0	0
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	0	0
OBRAS	0	6.500,00
DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	0	0
OUTRAS DESPESAS	3.168.000,00	17.800,00
<b>TOTAL</b>		

*[Handwritten signature]*

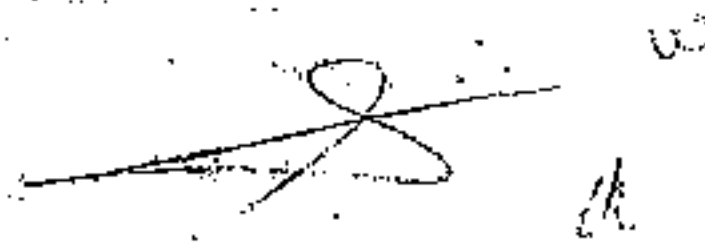


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
C.E.P. 13.690-000

Fls. 14

ANEXO 5 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

MÊS	DIA	VALOR	CONVÊNIO
JANEIRO	05	170.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	120.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	70.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	360.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
FEVEREIRO	05	170.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	120.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	85.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	375.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
MARÇO	05	170.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	135.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	197.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	502.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
ABRIL	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
MAIO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
JUNHO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
JULHO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
AGOSTO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
SETEMBRO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
OUTUBRO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	412.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
NOVEMBRO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	211.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	517.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
DEZEMBRO	05	200.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	15	211.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	22	106.250,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
	SUBTOTAL	517.500,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1
TOTAL		5.180.000,00	Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1





**ANEXO 6 - PERIODICIDADE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**6. PERIODICIDADE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Referência - Instrução 2 de 2016 TCE-SP Art. 177

Etapa/fase: Semestral/mensal - Julho/2018 - Janeiro/2019/ Janeiro a  
Dezembro

Periodicidade: Anual

Prazo para a apresentação da prestação de contas: 10º dia subsequente ao  
mês de aplicação dos recursos para acompanhamento e Vigésimo dia  
subsequente ao Semestre do repasse.

Prazo de análise e liberação: décimo dia do mês de abril do ano subsequente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
 ESTADO DE SÃO PAULO  
 C.E.P. 13.690-000

**ANEXO 7 - ESTIMATIVA DOS CUSTOS**

**SUPORTE TÉCNICO I**

Função	Horas/mês	Salário	3,00%	Insalubridade	H Not.	Ad. Not.	Sub-Total	13º Salário	1/3 Férias	FGTS	Cesta	Total	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	184,00	120	425,50	2.618,22	213,22	70,90	227,51	80,00	3.209,85	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80			2.199,52	178,35	59,31	190,29	80,00	2.707,46	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80			2.189,52	178,35	59,31	190,29	80,00	2.707,46	
Enfermeira	40 hs	1.950,21	58,51	190,80			2.199,52	178,35	59,31	190,29	80,00	2.707,46	
Enfermeira	40 hs	1.950,21	58,51	190,80			2.199,52	178,35	59,31	190,29	80,00	2.707,46	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	12x36	1.950,21	58,51	190,80	120	425,50	2.625,02	213,79	71,09	228,11	80,00	3.218,01	
Enfermeira	40 hs	1.950,21	58,51	190,80			2.199,52	178,35	59,31	190,29	80,00	2.707,46	
Enfermeira	40 hs	1.950,21	58,51	190,80			2.199,52	178,35	59,31	190,29	80,00	2.707,46	
<b>Total Mes</b>										<b>2.630,60</b>	<b>841,51</b>	<b>2.700,12</b>	<b>38.262,13</b>

16







**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

C.E.P. 13.690-000

Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80		1.393,20	113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80		1.393,20	113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80		1.393,20	113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80	120	254,70	134,35	44,68	143,35	80,00	2.050,29
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80	120	254,70	134,35	44,68	143,35	80,00	2.050,29
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80	120	254,70	134,35	44,68	143,35	80,00	2.050,29
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80	120	254,70	134,35	44,68	143,35	80,00	2.050,29
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Tec. Enfermagem	12x36	1.167,38	35,02	190,80			113,14	37,62	120,72	80,00	1.744,67
Aux. de Enfermagem	12x36	966,74	29,00	190,80			96,42	32,06	102,88	80,00	1.497,91
Aux. de Enfermagem	12x36	966,74	29,00	190,80			96,42	32,06	102,88	80,00	1.497,91
Aux. de Enfermagem	12x36	966,74	29,00	190,80			96,42	32,06	102,88	80,00	1.497,91
Aux. de Enfermagem	12x36	966,74	29,00	190,80			96,42	32,06	102,88	80,00	1.497,91
Aux. de Enfermagem	12x36	966,74	29,00	190,80			96,42	32,06	102,88	80,00	1.497,91
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">48</span>											



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.R. 13.690-000**

Loc.	1.368,34	41,04	130,80	1.599,88	22,95	43,18	138,55	80,00	1.991,46
Imobiliz. Provisória									
<b>Total Mês</b>				<b>4.428,52</b>	<b>1.472,63</b>	<b>4.725,17</b>			<b>65.042,15</b>

RECEPÇÃO											
Função	Horas/mês	Salário	3,00% Inatividade	H. Not.	Ad. Not.	Sub-Total	13º Salário	1/3 Férias	FGTS	Cesta	Total
Receptionistas	12x36	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	12x36	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	12x36	937,00	28,11	190,80	120	1.360,35	110,98	36,90	118,41	80,00	1.706,63
Receptionistas	12x36	937,00	28,11	190,80	120	1.360,35	110,98	36,90	118,41	80,00	1.706,63
Receptionistas	12x36	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	12x36	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
Receptionistas	40 hs	937,00	28,11	190,80		1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
<b>Total Mês</b>						<b>1.161,44</b>	<b>1.161,44</b>	<b>386,21</b>	<b>1.239,21</b>		<b>18.025,61</b>

14



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
 ESTADO DE SÃO PAULO  
 C.E.P. 13.690-000

TRANSPORTE SANITÁRIO

Função	Horas/mês	Salário	3.00%	Insalubridade	H. Not.	Ad. Not.	Sub- Total	13º Salário	1/3 Férias	FGTS	Cesta	Total
Motorista	12x36	1.206,56	36,20	-	-	-	1.242,76	100,51	33,42	107,24	80,00	1.563,92
Motorista	12x36	1.206,56	36,20	-	-	-	1.242,76	100,51	33,42	107,24	80,00	1.563,92
Motorista	12x36	1.206,56	36,20	-	120	253,25	1.506,01	122,44	40,71	130,64	80,00	1.879,79
Motorista	12x36	1.206,56	36,20	-	120	253,25	1.506,01	122,44	40,71	130,64	80,00	1.879,79
						Total Mês		446,88	148,27	475,75		6.887,49

RADIOLOGIA

Função	Horas/mês	Salário	3.00%	Insalubridade	H. S/ Aviso	Sobre Aviso	Sub- Total	13º Salário	1/3 Férias	FGTS	Cesta	Total
Tecnólogo em RX	20 hs	2.215,00	66,45	912,58		892,15	4.086,18	334,84	111,35	357,27	80,00	4.969,64
Tec. De RX	20hs	2.034,00	61,02	838,01		779,70	3.712,73	304,19	101,15	324,56	80,00	4.522,63
Tec. De RX	20 hs	2.034,00	61,02	838,01		779,80	3.712,83	304,20	101,16	324,57	80,00	4.522,75
Auxiliar (Paloma)		937,00	28,11	190,80			1.155,91	93,95	31,24	100,24	80,00	1.461,33
								1.161,77	34,48	100,66		15.476,36



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.F.P. 13.690-000**

**APOIO**

Função	Horas/mês	Salário	3,00% Insalubridade	H. Sobre Aviso	13º Salário	1/3 Férias	FGTS	Cesia	Total
Financeiro Administrativo (Adm Hosp.)	60 hs	1.756,25	52,59		146,30	48,05	156,10	80,00	2.187,29
Supervisão (Farmácia) Coordenação (Limpeza)	Disp	3.000,00	90,00		249,90	83,10	266,64	80,00	3.679,64
Telefonista	40 hs	2.480,00	74,40		206,58	68,70	220,42	80,00	3.055,70
Telefonista	40 hs	1.400,00	42,00		116,62	38,78	124,43	80,00	1.759,83
Telefonista	30 hs	937,00	28,11		76,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Telefonista	30 hs	937,00	28,11		76,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Aux. Adm. (Pacotes)	40 hs	1.571,29	47,14		130,89	43,52	138,66	80,00	1.965,36
Faturista	40 hs	-	-		-	-	-	-	-
Faturista	40 hs	-	-		-	-	-	-	-
Nutrição	30 horas	2.181,50	65,45		181,72	60,43	196,89	80,00	2.697,54
Copeira	40 hs	1.148,94	34,47		95,71	31,83	102,12	80,00	1.458,59
Copeira	40 hs	937,00	28,11		78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Copeira	40 hs	937,00	28,11		78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Copeira	40hs	937,00	28,11		78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Copeira	40 hs	937,00	28,11		78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Auxiliar de (Tsiara)	40 hs	937,00	28,11		78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Auxiliar de (Fabiana)	40 hs	937,00	28,11		78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
<b>Total</b>									<b>1.204,29</b>



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
ESTADO DE SÃO PAULO

C.E.P. 13.690-000

Cozinheira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Cozinheira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Cozinheira	40 hs	-	-	-	-	-	-	-
Cozinheira	40 hs	-	-	-	-	-	-	-
Cozinheira	40 hs	-	-	-	-	-	-	-
Cozinheira	40 hs	-	-	-	-	-	-	-
Auxiliar de Cozinha	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Auxiliar de Cozinha	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Auxiliar de Cozinha	40 hs	-	-	-	-	-	-	-
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	78,05	25,95	83,28	80,00	1.204,29

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
ESTADO DE SÃO PAULO

C.F.P. 13.690-000



Faxineira	40 hs	937,00	28,11	937,00	78,05	25,95	83,28	60,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	937,00	78,05	25,95	83,28	60,00	1.204,29
Faxineira	40 hs	937,00	28,11	937,00	78,05	25,95	83,28	60,00	1.204,29
Higiene e Limpeza (Lav.)	40 hs	1.287,23	35,62	1.222,85	98,90	52,89	103,52	80,00	1.540,15
Total Mês					3.177,91	1.055,76	3.390,79		48.451,29

6



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
 C.E.P. 13.690-000

FARMÁCIA											
Função	Horas/mês	Salário	3,00%	Insalubridade	H. Not.	Sobre Aviso	Sub-Total	1/3 Férias	FGTS	Cesta	Total
Farmacêutico Auxiliar de Farmácia	30 hs	2.636,00	79,08	-	-	-	2.715,08	73,02	234,29	80,00	3.321,96
Farmacêutico Auxiliar de Farmácia	12X36	937,00	28,11	-	-	-	965,11	23,95	83,28	80,00	1.232,40
Farmacêutico Auxiliar de Farmácia	12X36	937,00	28,11	-	-	-	965,11	25,95	83,28	80,00	1.232,40
Auxiliar (Leticia)	12X36	937,00	28,11	-	-	-	965,11	25,95	83,28	80,00	1.232,40
Total Mês								453,74	150,88	434,13	7.019,16

MANUTENÇÃO											
Função	Horas/mês	Salário	3,00%	Insalubridade	H. Not.	Sobre Aviso	Sub-Total	1/3 Férias	FGTS	Cesta	Total
Manutenção	40 hs	1.127,88	33,84	-	-	-	1.161,72	31,24	100,25	80,00	1.467,16
Total Mês								93,95	31,24	100,25	1.467,16

Mês de Pagamento Mensal Anual			
13º Salário	159.950,19	13.329,18	4.482,39
FGTS 13º	12.796,02	172.746,20	7.019,16
Total	172.746,20	172.746,20	7.019,16

13º Salário 159.950,19  
 FGTS 13º 12.796,02  
 Total 172.746,20





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
C.E.P. 13.690-000

		Médicos Plantonistas PAM		Valor	
Meses	Cidade	Unidade	Horário	Planos	Total
Janeiro	12	horas	Dia/Noite	52	1.400,00
Fevereiro	12	horas	Dia/Noite	56	1.400,00
Carnaval	12	horas	Dia/Noite	2	1.400,00
Março	12	horas	Dia/Noite	62	1.400,00
Abril	12	horas	Dia/Noite	60	1.400,00
Maior	12	horas	Dia/Noite	62	1.400,00
Junho	12	horas	Dia/Noite	60	1.400,00
Julho	12	horas	Dia/Noite	62	1.400,00
Agosto	12	horas	Dia/Noite	62	1.400,00
Setembro	12	horas	Dia/Noite	60	1.400,00
Outubro	12	horas	Dia/Noite	62	1.400,00
Novembro	12	horas	Dia/Noite	60	1.400,00
Dezembro	12	horas	Dia/Noite	62	1.400,00
Natal	12	horas	Dia/Noite	2	1.400,00
Ano Novo	12	horas	Dia/Noite	2	1.400,00
					1.030.400,00

22



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE DESCALVADO  
 ESTADO DE SÃO PAULO  
 C.F.P. 13.690-000

Médicos Plantonistas PAM - Reforço						
Meses	Qtda	Unidade	Horario	Plantões	Valor	Total
Janeiro	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Fevereiro	5	horas	Dia/Noite	28	500,00	14.000,00
Carnaval	5	horas	Dia/Noite	1	500,00	500,00
Março	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Abril	5	horas	Dia/Noite	30	500,00	15.000,00
Maió	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Junho	5	horas	Dia/Noite	30	500,00	15.000,00
Julho	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Agosto	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Setembro	5	horas	Dia/Noite	30	500,00	15.000,00
Outubro	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Novembro	5	horas	Dia/Noite	30	500,00	15.000,00
Dezembro	5	horas	Dia/Noite	31	500,00	15.500,00
Natal	5	horas	Dia/Noite	1	500,00	500,00
Ano Novo	5	horas	Dia/Noite	1	500,00	500,00
					<b>Total Serviços Médicos</b>	<b>184.900,00</b>

66

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
 ESTADO DE SÃO PAULO  
 C.F.P. 13.690-000



Hospitalar - Sobre Aviso (Médicos)						
Função	Dias	Salário	DIA	MES	Meses	Ano
Ginecologia	30	600,00	30,00	18.000	12	216.000,00
Coordenação GO	30	132,33	30,00	4.000	12	48.300,00
Cirurgia	30	450,00	30,00	13.500	12	162.000,00
Clinica	30	450,00	30,00	13.500	12	162.000,00
Ortopedia	30	450,00	30,00	13.500	12	162.000,00
Anestesia	30	1.000,00	30,00	30.000	12	360.000,00
Pediatria	30	450,00	30,00	13.500	12	162.000,00
				106.000		
				<b>Total ano</b>		<b>1.222.000,00</b>

40

14

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
 ESTADO DE SÃO PAULO  
 C.E.P. 13.690-000



Medicamentos	ME	20.583,00	206.630,00	246.196,00
Plasma e Hemácias	ME	362,00	3.600,00	4.320,00
Materia. Hospitalar	MA	8.860,00	88.600,00	106.320,00
Ortese e Prótese	MA	4.301,00	43.010,00	57.612,00
Oxigenio	MA	2.603,00	26.030,00	31.236,00
Generos Alimenticios	Alimentos	2.574,00	25.740,00	32.588,00
Generos Alimenticios convenio 1	Alimentos	109,20	1.092,00	1.310,40
Generos Alimenticios convenio 2	Alimentos	1.500,00	15.000,00	19.200,00
Federação	Ut. Pública	280,00	2.800,00	3.360,00
Telefonia	Ut. Pública	1.750,00	17.500,00	21.000,00
Energia	Ut. Pública	5.820,00	58.200,00	69.640,00
Água/Esgoto	Ut. Pública	21,00	210,00	252,00
Internet	Ut. Pública	83,00	830,00	996,00
Honorários Advocaticios	Serv. Terc PF	3.159,00	31.590,00	37.908,00
Fonoaudiologia	Serv. Terc PF	376,80	3.768,00	4.521,60
Estagiários	Serv. Terc PF	580,00	5.800,00	6.960,00
Honorários Administrativos	Serv. Terc PF	1.360,00	13.600,00	16.320,00
Contabilista	Serv. Terc	4.517,00	45.170,00	54.204,00
Assessoria de Informática	Serv. Terc	2.953,00	29.530,00	35.436,00
Assessoria Gestão	Serv. Terc	4.500,00	45.000,00	54.000,00
Análises Clínicas	Serv. Terc	8.032,00	80.320,00	96.384,00
Honorários Administrativos	Serv. Terc	2.235,00	22.350,00	26.820,00
Controle de Radiação	Serv. Terc	333,00	3.330,00	3.996,00
Manut. Equip.	Serv. Terc	1.078,00	10.780,00	12.936,00
Detalia/Plant./Cartuchos	Serv. Terc	748,00	7.480,00	8.976,00



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

Tarifa Bancos ..... C.E.P.: 13.690-000 Tarifa

Tarifa Bancos	1.450,00	11.450,00	13.740,00
GLP	2.893,00	29.930,00	34.716,00
Mat. Manut. Predial	676,00	6.760,00	8.912,00
Mat. Manut. Veículos	113,00	1.130,00	1.355,00
Mat. Cope e Cozinha	3.078,00	33.750,00	40.538,00
Mat. Hig e Limpeza	4.281,00	42.810,00	51.372,00
Materia de Exped	1.559,00	15.590,00	18.708,00
Locações	754,00	7.540,00	9.048,00
Serviços Médicos	35.027,00	350.270,00	420.324,00
Administração da PAFA	11.200,00	112.000,00	134.400,00
Medicamentos	9.210,87	92.108,70	110.550,44
Totais	149.652,87	1.496.628,70	1.795.834,44

**Total Sem dos Gerais = R\$ 5.528.985,00**

Ms. 24

600



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
C.E.P. 13.690-000

CRONOGRAMA FINANCEIRO

CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Plano de trabalho
Recursos Humanos (5)	2.249.731,45
Recursos Humanos (6)	65.708,60
Medicamentos	362.046,44
Material médico e hospitalar (*)	185.138,00
Gêneros alimentícios	52.588,40
Outros materiais de consumo	153.600,00
Serviços médicos (*)	3.041.124,00
Outros serviços de terceiros	292.752,00
Locação de imóveis	9.048,00
Locações diversas	95.448,00
Utilidades públicas	
Combustível	
Bens e materiais permanentes	
Obras	13.740,00
Despesas financeiras e bancárias	
Outras despesas	6.528.955,90
TOTAL	6.528.955,90
TOTAL MES	6.528.955,90

8



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
C.E.P. 13.690-000

FONTES DE FINANCIAMENTO			
RECURSOS	ANUAL	MENSAL	%
MAC - INTEGRASUS Convênio SUS	724.062,72	50.338,56	11,09
PRÓPRIOS DA ENTIDADE	674.893,00	72.907,70	13,40
CONVENIO 01/2018	4.830.000,00	410.823,35	75,51
TOTAL	6.528.955,80	544.079,66	100,00

40



**ANEXO 8 – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO  
METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

A - AÇÕES ASSISTENCIAIS EXISTENTES OU EM FUNCIONAMENTO	PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO	META PARA VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO	INÍCIOS LÓGICOS PARA MENSURAÇÃO DAS AÇÕES		PONTUAÇÃO ATINGIDA
			MÉTODOS DE ATRIBUIÇÃO DE PONTOS	EVIDENTE	
<b>IMPLANTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DO PARTO E NASCIMENTO:</b> 1. Garantia da presença do pediatra em 100% dos nascimentos 2. Registro da adag pela puérpera em 100% dos nascimentos 3. Programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno (mínimo a 80% das parturientes atendidas) 4. Garantia da presença de acompanhante indicado pela puérpera nas três etapas: pré-parto, parto e pós-parto	1º SEMESTRE	100% das propostas implantadas e em funcionamento.	1. 25	Análise documental: preluvíos das gestantes	1
			2. 25		2
			3. 25		3
			4. 25		4
<b>100 Pontos</b>					
Incentivo ao Parto Normal com redução dos Partos Cesárea	Manutenção do PPT	Realização de atividades de incentivo à redução de partos cesárea	Parto Normal crescente = 100 Manutenção Parto Normal = 50 Parto cesárea crescente = 00	Análise documental e utilização do PPP + indicador de cesárea/parto normal em decrescente	
<b>100 Pontos</b>					
Agenda semanal de visita da gestante à Maternidade a partir do 6º mês de gestação	Disponibilização de agenda quando solicitada e visita por parte das UBS do município de parte própria gestante	100% das visitas realizadas em relação as visitas solicitadas	= 100 Pontos	Análise documental	
<b>100 Pontos</b>					
Realização de testes rápido de HIV em sangue periférico em 100% de parturientes	Disponibilizar testes rápidos as parturientes	Realizar 100% dos testes nas parturientes	= 100 Pontos	Análise documental	
<b>100 Pontos</b>					
Realização de VDRL e TPHA (prezentes para o VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para o parto	Disponibilizar testes rápidos as parturientes	Realizar 100% dos testes nas parturientes	= 100 Pontos	Análise documental	
<b>100 Pontos</b>					
Realizar 100% dos testes neonatais Orfina, sífilis, triquinose e coriza zicho	1º Semestre	100% dos nascidos vivos avaliados	= 100 Pontos	Análise Documental	
<b>100 Pontos</b>					
Notificação para a unidade de referência sobre a alta do RN	1º Semestre	100% dos nascidos vivos notificados	= 100 Pontos	Análise documental	
<b>100 Pontos</b>					
B - Ações de Gestão existentes ou funcionamento	Prazo para implantação ou	Meta para vigência do	Pontuação	Método de aferição	Pontuação Atingida

*[Handwritten signatures and initials]*





**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.P. 13.690-000**

Fls. 33

	Funcionamento	Plano Operativo		
Manter os dados do CNES atualizado		100% CNES atualizado	= 100 Pontos	Documento
Apresentar no mínimo 95% das UFGs hospitalares no levantamento hospitalar ao SUS - dentro da própria competência	Permanente	Acima de 95% de AHS apresentadas no prazo pactuado	= 100 Pontos	Análise de documentos
			= 100 Pontos	
Plano de gerenciamento e desastres e incidentes com múltiplas vítimas	1º semestre	Plano construído até final de Junho 2018.	= 100 Pontos	Análise documental
Gestão dos Leitos Hospitalares	1º Semestre	Manutenção dos indicadores de produção e utilização: Taxa de ocupação e média de Permanência geral e por especialidade.	= 100 Pontos	
			= 100 Pontos	
Serviço de Ouvidoria e/ou serviço de Atendimento ao Usuário	2º Semestre	Encaminhamento com resposta formal, para mais de 80% dos atendimentos do SAC/Ouvidoria	= 100 Pontos	Análise Documental
Comissões Assessoras	1º Semestre	Relatório de revisão trimestral de 10% das Prontuários, escolhidos de forma Aleatória.	= 50 Pontos	Análise Documental / Atas
		Análise de 100% dos óbitos ocorridos a cada trimestre. Óbs de óbitos maternos e infantis deverão ser analisados no prazo máximo de vinte dias úteis.	= 50 Pontos	
			= 50 Pontos	
Proteção Ética de Acesso e Qualificação Clínica	1º Semestre / manutenção	Constituir 2 Protocolos por semestre	= 100 Pontos	Análise Documentos
Plano Diretor de Gestão	1º Semestre	Apresentação das Propostas e cronograma de execução para 2018	= 50 Pontos	Análise Documental
			= 50 Pontos	
Indicação Permanente	Permanente	Plano de Trabalho e Cronograma de execução para 2018	= 100 Pontos	Análise Documental / Atas e Plano de Ação
Realização de Pesquisa de Satisfação do Usuário no Santa	Permanente	Aumento gradativo dos participantes a	= 100 Pontos	Análise Documental / Relatório de Santa Casa e

*[Handwritten signature]*



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.P. 13.690-000**

Fls. 34

Unidade	percentual de bom e ótimo	pesquisa aleatória dos formulários			
<b>Ações de Humanização</b>	<b>Prazo Para Implantação ou Funcionamento</b>	<b>Meta Para Vigência do Plano Operativo</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Método Para Aferição</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
<b>Grupo GTH</b>	Constituição, Construção de Plano de Ação - 1º quadrimestre; execução e monitoramento do Plano 2º e 3º quadrimestre.	Apresentação do Plano Monitoramento das Ações	= 100 Pontos	Análise documental / Atas de Reuniões	
<b>Atendimento com Classificação de Risco de Urgência = Emergência (PAM)</b>	<b>Manutenção</b>	100% dos atendimentos em consultas com classificação de risco	= 100 Pontos	Análise documental / visita in loco / Relatório de Santa Casa	
<b>Visita aberta com foco a acompanhamento</b>	<b>Paciente</b>	Manter 4 horas de visitas em 3 horários diários; Apresentar regulamento interno da Santa Casa e publicação dos horários de visitas	= 100 Pontos	Análise documental / visita in loco	
<b>Garantir que 100% das urgências sejam atendidas de acordo com a especialidade das clínicas</b>	<b>Permanente</b>	100% das Urgências Emergências Atendidas	= 100 Pontos	Análise documental / Relatório Santa Casa	
<b>Estabelecimento de serviços, garantindo transporte adequado para irromção até os serviços de referência, bem como acompanhamento e profissionais habilitados no transporte</b>	<b>Permanente</b>	100% das Urgências e Emergências atendidas	= 100 Pontos	Análise documental / Relatório Santa Casa	
<b>E - SANGUE</b>	<b>Prazo Para Implantação ou Funcionamento</b>	<b>Meta Para Vigência do Plano Operativo</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Método Para Aferição</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
<b>Manutenção da Agência transfusional com Campanhas periódicas</b>	<b>Permanente</b>	<b>Manutenção da qualidade dos serviços e das exigências sanitárias</b>	= 100 Pontos	Análise documental / Relatório das campanhas	
<b>F - APRESENTAR RELATÓRIO QUADRIMESTRAL COM AS SEGUINTES INFORMAÇÕES MENSAIS.</b>	<b>Prazo Para Implantação ou Funcionamento</b>	<b>Meta para Vigência do Plano Operativo</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Método para Aferição</b>	<b>Pontuação Atingida</b>
1. Nº de Internações, por Clínica Básica	<b>Permanente</b>	<b>Apresentação dos Relatórios.</b>	1 - 100 Pontos	<b>Análise documental / Relatório Santa Casa</b>	
2. Média de Permanência Por Convênio e por Clínica Básica			2 - 100 Pontos		
3. Taxa Geral de Ocupação			3 - 100 Pontos		
4. Nº de Cirurgias			4 - 100 Pontos		
5. Nº Partos Normais			5 - 100 Pontos		

*[Handwritten signature]*



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DESCALVADO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**C.E.P. 13.690-000**

Fla. 35

Categorias					
6. Taxa de Moratória Institucional			600 Pontos		
Número de atendimentos Ambulatoriais	Permanente	Apresentação de Relatórios	= 100 Pontos	Análise Documental / Relatório Santa Casa	
Número de Bed X	Permanente	Apresentação de Relatórios	= 100 Pontos	Análise Documental / Relatório Santa Casa	
Cumprimento das Metas Faltantes - Informação	Permanente	Apresentação de Relatórios: Clínico 56/mês = 100 Pontos Cirúrgico 11/mês = 100 Pontos Obstétrica 12/mês = 100 Pontos Pedfância 1/mês = 100 Pontos	400 Pontos	Análise Documental / Relatório Santa Casa	
Cumprimento das Metas Faltantes Ambulatorial	Permanente	Apresentação de Relatórios	= 100 Pontos	Análise Documental / Relatório Santa Casa	
			100 Pontos		

**Status da Avaliação**

- (VERMELHO) - Menor que 2.775 Pontos Revisão do Valor
- (AMARELO) - De 2.775 a 3.478 Avaliação dos resultados
- (VERDE) - Maior que 3.478 Manutenção Valor

Descalvado, 28 de Fevereiro de 2018

Sidnei Aparecido Pizza  
**PROVEDOR**

Antônio Carlos Reschini  
**PREFEITO**

Wander Roberto Boneti  
**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

**TESTEMUNHAS:**

01 \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_

02 \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_