

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabrielli, 827 – Fone 3583-1133 - CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP



ANEXO I – PAM

1. Atividades Desenvolvidas (Meta, Etapa, Especificação, Indicador Físico e Período de Execução)

| a) PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO (U/E) | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---------------------------------|----------------------|------------|---------------------------|------------|
| 3.1 - Meta | 3.2 - Etapa/fase | 3.3 - Especificação | 3.4 - Indicador | | 3.5 - Período de Execução | |
| 1 | 1.1 | Pronto Atendimento Médico (U/E) | 3.4.1 - Unidade | Quantidade | Início | Término |
| | | | Consulta | 42.000 | 01/01/2019 | 31/12/2019 |
| | | | Outros procedimentos | 20.000 | | |
| | | | Eletrocardiograma | 950 | | |
| | | | Remoções Internas | 4.000 | | |
| | | | Remoções Externas | 200 | | |
| | | | Acolhimento | 40.000 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO II – SANTA CASA

2. Atividades Desenvolvidas (Meta, Etapa, Especificação, Indicador Físico e Período de Execução). O presente convênio também compõe recurso de complementação do Convênio 04/2019 (Tabela SUS), por isso as metas também estão contempladas no Convênio 01/2019.

| b) INTERNAÇÕES, RX, AMBULATÓRIO | | | | | | |
|---------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|
| Meta | Etapa/fase | Especificação | Indicador | | Período | |
| | | | Unidade | Quantidade | Início | Término |
| 1 | 1.1 | Especialidades / Ambulatório | Consulta | 1.800 | 01/01/2019 | 31/12/2019 |
| | | | Outros | 600 | | |
| 2 | 2.1 | Radiologia | Procedimentos | 3.500 | | |
| | | | Exames de Tórax | 1.100 | | |
| | | | Exames de Crânio | 1.800 | | |
| | | | Exames de Membros Sup. | 3.000 | | |
| | | | Exames Membros Inf. | 2.000 | | |
| | | | Outros Exames | 700 | | |
| 3 | 3.1 | Internação | Clinicas | 180 | | |
| | | | Cirúrgicas | 145 | | |
| | | | Obstétricas | 45 | | |
| | | | Pediátricas | | | |
| | | | | | | |

Descalvado, 21 de dezembro de 2018


Sidnei Aparecido Pizza
Provedor


Wander Roberto Boneli
Secretário de Saúde

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

ANEXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

1. Metas e Indicadores Quantitativos

| Nº | DESCRIÇÃO | INDICADORES PARA MENSURAÇÃO DAS AÇÕES | |
|--------------------|---|---------------------------------------|--------------------|
| | | PONTUAÇÃO | MÉTODO DE AFERIÇÃO |
| 1 | Apresentar relatório quadrimestral com as seguintes informações mensais: 1. Nº de internações, por convênio e por clínica básica, 2. Média de permanência por convênio e por clínica básica, 3. Taxa geral de Ocupação 4. Nº de cirurgias 5. Nº de partos normais e cesáreos 6. Taxa de mortalidade institucional | 1. 100 | Análise documental |
| | | 2. 100 | |
| | | 3. 100 | |
| | | 4. 100 | |
| | | 5. 100 | |
| | | 6. 100 | |
| | | Total | |
| 2 | Apresentação relatório quadrimestral com as seguintes informações: 1. Nº de atendimentos ambulatoriais 2. Nº RX | 1. 100 | Análise documental |
| | | 2. 100 | |
| | | Total | |
| 3 | 1. Consulta 2. Outros procedimentos 3. Eletroencefalograma 4. Remoções Internas 5. Remoções Externas 6. Acolhimento | 1. 100 | Análise documental |
| | | 2. 100 | |
| | | 3. 100 | |
| | | 4. 100 | |
| | | 5. 100 | |
| | | 6. 100 | |
| | | Total | |
| Total Geral | | 1.400 | |

Obs.: Para avaliação será considerado o valor total de pontuação por setor.

2. Metas e Indicadores Qualitativos

| A. AÇÕES ASSISTENCIAIS EXISTENTES OU EM FUNCIONAMENTO | PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO | META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO | INDICADORES PARA MENSURAÇÃO DAS AÇÕES | |
|--|---|--|---|---------------------------------|
| | | | MÉTODO DE AFERIÇÃO | PONTUAÇÃO |
| BOAS PRÁTICAS DO PARTO E NASCIMENTO: 1. Garantia da presença do pediatra em 100% dos nascimentos. 2. Registro do Apgar pelo pediatra em 100% dos nascimentos. 3. Programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno (mínimo a 80% das parturientes atendidas). 4. Garantia da presença do acompanhante indicado pela parturiente nas três etapas: pré-parto, parto e pós parto. | Permanente | 100% das propostas implantadas e em funcionamento. | Análise documental | 1. 25 2. 5 3. 25 4. 25 |
| Incentivo ao parto Normal com redução dos partos cesárea | Permanente | Realização de atividades de incentivo | Disponibilização de agenda quando solicitada a visita por | 100 |



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

| | | à redução de partos cesárea | parte das UBS do município ou pela própria gestante | |
|--|--|--|---|-------------------------|
| Realização dos testes rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes | Permanente | 100 % de gestantes com testes rápidos para HIV | Análise documental | 100 |
| 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 | 100 |
| Implantar e manter os testes neonatais: orelhinha, olhinho, linguinha e coraçozinho | Permanente | 100% dos nascidos vivos avaliados | Análise documental | 100 |
| Notificação para a unidade de referência sobre a alta do RN | Permanente | 100% das altas de RN notificadas | Análise documental | 100 |
| B. AÇÕES DE GESTÃO EXISTENTE OU FUNCIONAMENTO | PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO | META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO | MÉTODO DE AFERICAÇÃO | PONTUAÇÃO |
| Manter os dados do CNES atualizados | Permanente | CNES atualizado e 100% dos relatórios encaminhados | Análise documental | 100 |
| 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 | 100 |
| Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas | 2º semestre | Atualização | Análise documental | 100 |
| Gestão dos leitos hospitalares | Permanente | Manutenção dos indicadores de Produção e Utilização: Taxa de Ocupação e Média de Permanência geral e por especialidade. | Análise documental | 100 |
| Serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário | Permanente | Encaminhamento com resposta formal, para mais de 80% dos atendimentos do SAC/Ouvidoria. | Análise documental | 100 |
| Comissões Assessoras: 1. Comissões de verificação de óbitos 2. Comissão de verificação de prontuários 3. CCIH | Permanente | 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 úteis. | Análise documental | 1. 50 2. 50 3. 50 |
| Protocolos clínicos de acesso e diretrizes clínicas | Final do 2º semestre (Urgência e Emergência) | Manualização dos principais protocolos | Análise documental | 100 |
| Plano diretor de gestão | 2º Semestre | Atualização | Análise documental | 50 |

w
de

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73,101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

| | | | | |
|---|--|---|--|------------------|
| Educação permanente | 1) 1º Semestre 2) 2º Semestre | 1) Plano de trabalho e cronograma de capacitações a serem desenvolvidas 2) Monitoramento | Análise documental | 100 |
| Equipe de Monitoramento do Plano Operativo do Convênio | Permanente | Acompanhamento do POC | Análise documental | 100 |
| C. AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO | PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO | META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO | MÉTODO DE AFERICAÇÃO | PONTUAÇÃO |
| Grupo GTH | 1) 1º Semestr e 2) 2º Semestr e | 1) Apresentação do Plano 2) Monitoramento das ações | Análise documental | 100 |
| Acolhimento com Classificação de Risco na Urgência e Emergência (PAM) | Permanente | 100% dos atendimentos em consulta com classificação de risco | Análise documental e visita in loco Relatório da Santa Casa | 100 |
| Visita com direito a acompanhante | Permanente | Manter 4 horas diárias de visitas em 3 horários diários Apresentar regulamento interno do Hospital e publicização dos horários de visita | Análise documental – visita in loco | 100 |
| 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 | 100 |
| D. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO | META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO | MÉTODO DE AFERICAÇÃO | PONTUAÇÃO |
| Garantir que 100% das urgências sejam atendidas de acordo com especialidades oferecidas | Permanente | 100% das urgências atendidas | Análise documental | 100 |
| 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 | Análise documental | 100 |
| E. SANGUE | PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO OU FUNCIONAMENTO | META PARA A VIGÊNCIA DO PLANO OPERATIVO | MÉTODO DE AFERICAÇÃO | FONTE |
| Manutenção de Agência Transfusional com Campanhas periódicas | Permanente | Manutenção da qualidade dos serviços e das exigências sanitárias | Análise documental Relatório das Campanhas | 100 |

Handwritten signature and initials in blue ink.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

3. Resumo pontuação

| Apoio à Políticas (metas quantitativas) | Metas | Pontuação |
|---|---|--------------|
| Internação | Clinica Cirúrgica (15) = 5 pontos Clinica Obstétrica (12) = 5 pontos Clinica Médica (58) = 5 pontos Clinica Pediátrica (04) = 5 pontos | 600 |
| Ambulatorial | 200 Procedimentos 950 RAIO X | 200 |
| Pronto Atendimento Médico | 42.000 Consultas 20.000 Outros Procedimentos 950 Eletrocardiograma 4.000 Remoções Internas 200 Remoções Externas 40.000 Acolhimentos | 600 |
| Total | | 1.400 |

| Apoio à Política (metas qualitativas) | Metas | Pontuação |
|---|---|--------------|
| AÇÕES ASSISTENCIAIS | Boas Práticas Do Parto E Nascimento | 100 |
| | Incentivo ao parto Normal com redução dos partos cesárea | 100 |
| | Realização dos testes rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes | 100 |
| | Realização de VDRL e TPHA (reagentes para o VDRL) 100 % das gestantes que ingressarem na maternidade para parto | 100 |
| | Implantar e manter os testes neonatais: orelhinha, olhinho, linguinha e coraçãozinho | 100 |
| | Notificação para a unidade de referência sobre a alta do RN | 100 |
| | Manter os dados do CNE5 atualizados | 100 |
| AÇÕES DE GESTÃO | Apresentar, no mínimo 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS – na própria competência | 100 |
| | Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas | 100 |
| | Gestão dos leitos hospitalares | 100 |
| | Serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário | 100 |
| | Comissões Assessoras: <ul style="list-style-type: none">• Comissões de verificação de débitos• Comissão de verificação de prontuários• CCIH | 150 |
| | Protocolos clínicos de acesso e diretrizes clínicas | 100 |
| | PLANO DIRETOR DE GESTÃO | 100 |
| | EDUCAÇÃO PERMANENTE | 50 |
| | Equipe de Monitoramento do Plano Operativo do Convênio | 100 |
| | AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO | Grupo GTH |
| Acolhimento com Classificação de Risco na Urgência e Emergência (PAM) | | 100 |
| Visita com direito a acompanhante | | 100 |
| Realização de pesquisa de satisfação do usuário no Hospital e na U/E | | 100 |
| AÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Garantir que 100% das urgências sejam atendidas de acordo com especialidades oferecidas | 100 |
| | Estabilização de usuários, garantindo transporte adequado para locomoção até os serviços de referência, bem como acompanhamento de profissionais habilitados na transferência | 100 |
| AÇÕES – SANGUE | Manutenção de Agência Transfusional com Campanhas periódicas | 100 |
| Total | | 2.300 |
| TOTAL GERAL | | 3.700 |



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

4. 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 controla. O não cumprimento de metas deverá ser informado ao serviço contratado juntamente com as medidas propostas de correção.

5. Cronograma de Avaliação das metas e Indicadores

| Trimestre | Avaliação |
|------------------|------------------|
| 1º Quadrimestre | Junho/2019 |
| 2º Quadrimestre | Outubro/2019 |
| 3º Quadrimestre | Fevereiro/2020 |

6. Status da Avaliação:

| FAIXA DE DESEMPENHO | PERCENTUAL DO TOTAL DE RECURSOS DESTINADOS, CONFORME DESEMPENHO |
|--------------------------------------|--|
| Menor que 75% - 2.775 | Revisão do valor |
| Entre 76 e 94% - Entre 2.812 e 3.478 | Avaliação |
| 95% ou mais – 3.515 | Manutenção do valor |

Descalvado, 21 de dezembro de 2018



Sidnei Aparecido Pizza

Provedor



Wander Roberto Bonelli

Secretário de Saúde

BR



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabrielli, 827 – Fone 3583-1133 – CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

ANEXO IV – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| MÊS | DIA | VALOR | CONVÊNIO |
|--------------|-----------------|---------------------|------------------------------------|
| JANEIRO | 10 | 200.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 100.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 450.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| FEVEREIRO | 05 | 200.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 100.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUTOTAL | 450.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| MARÇO | 05 | 200.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 100.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 450.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| ABRIL | 05 | 200.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 450.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| MAIO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 460.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| JUNHO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 460.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| JULHO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 460.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| AGOSTO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 460.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| SETEMBRO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 460.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| OUTUBRO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 150.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 105.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 460.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| NOVEMBRO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 250.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 100.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 560.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| DEZEMBRO | 05 | 210.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 15 | 270.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | 22 | 100.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| | SUBTOTAL | 580.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |
| TOTAL | | 5.700.000,00 | Convênio/Plano de Trabalho Fonte 1 |

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

ANEXO V – CRONOGRAMA PLANTÕES:

1. PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO:

| Meses | Qt | Unidade | Horário | Plantões | Valor | Total |
|---|----|---------|-----------|----------|-----------|---------------------|
| Janeiro | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Fevereiro | 12 | Horas | Dia/Noite | 56 | 1.450,00 | 81.200,00 |
| Carnaval (4 e 05/03) | 12 | Horas | Dia/Noite | 2 | 1.450,00 | 2.900,00 |
| Março | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Abril | 12 | Horas | Dia/Noite | 60 | 1.450,00 | 87.000,00 |
| Pascoa (21/4) | 12 | Horas | Dia/Noite | 1 | 1.450,00 | 1.450,00 |
| Maió | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Junho | 12 | Horas | Dia/Noite | 60 | 1.450,00 | 87.000,00 |
| Julho | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Agosto | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Setembro | 12 | Horas | Dia/Noite | 60 | 1.450,00 | 87.000,00 |
| 7 E 8 Setembro | 12 | Horas | Dia/Noite | 4 | 1.450,00 | 5.800,00 |
| Outubro | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Novembro | 12 | Horas | Dia/Noite | 60 | 1.450,00 | 87.000,00 |
| Dezembro | 12 | Horas | Dia/Noite | 62 | 1.450,00 | 89.900,00 |
| Natal (24 E 25) | 12 | Horas | Dia/Noite | 4 | 1.450,00 | 5.800,00 |
| Ano Novo (31) | 12 | Horas | Dia/Noite | 2 | 1.450,00 | 2.900,00 |
| Cóordenação PAM (inclui plantões de emergência) | | MÊS | | | 25.000,00 | 276.000,00 |
| Totais Serviços Médicos | | | | | | 1.377.350,00 |



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

2. PLANTÕES DE APOIO PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO:

| Meses | Qt | Unidade | Horário | Plantões | Valor | Total |
|--------------------------|----|---------|--------------------|----------|--------------------------------|-------------------|
| Janeiro | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 31 | 500,00 | 18.600,00 |
| Fevereiro | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 28 | 500,00 | 16.800,00 |
| Carnaval (2,3,e 4/03) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 3 | 500,00 | 3.600,00 |
| Carnaval (05/03) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 1 | 500,00 | 2.400,00 |
| Março | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 27 | 500,00 | 16.200,00 |
| Abril | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 27 | 500,00 | 16.200,00 |
| Santa (19 e 20/4) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 4 | 500,00 | 2.400,00 |
| Pascoa (21/4) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 1 | 500,00 | 2.400,00 |
| Maio | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 31 | 500,00 | 18.600,00 |
| Junho | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 30 | 500,00 | 18.000,00 |
| Julho | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 28 | 500,00 | 16.800,00 |
| Julho (6,7,e 8/07) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 3 | 500,00 | 3.600,00 |
| Agosto | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 31 | 500,00 | 18.600,00 |
| Setembro | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 28 | 500,00 | 16.800,00 |
| 7 E 8 Setembro | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 4 | 500,00 | 4.800,00 |
| Outubro | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 31 | 500,00 | 18.600,00 |
| Novembro | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 27 | 500,00 | 16.200,00 |
| Novembro (15, 16, 17/11) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 6 | 500,00 | 3.600,00 |
| Dezembro | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 27 | 500,00 | 16.200,00 |
| Natal (24 e 25/12) | 6 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 2 | 500,00 | 2.400,00 |
| Ano Novo (30 /12) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 1 | 500,00 | 1.200,00 |
| Ano Novo (31/12) | 12 | Horas | das 16:00 as 22:00 | 1 | 500,00 | 2.400,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | Totais Serviços Médicos | 236.400,00 |



Handwritten signature and initials in blue ink.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE DESCALVADO

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 73.101 de 07/01/73 – CNPJ 47.544.663/0001-30

Estadual pelo Decreto nº 757 de 18/12/72

Municipal pelo Decreto nº 124 de 12/04/72

Praça Dr. Octávio Gabirelli, 827 – Fone 3583-1133 – Email:

administracao@santacasadedescalvado.com.br CEP 13.690-000 – DESCALVADO-SP

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS:

| Função | Dias | Salário/dia | Dias | Mês | Meses | Total |
|----------------|------|-----------------|------|-----|---------------------|------------|
| Ginecologista | 30 | 450,00 | 365 | | | 219.000,00 |
| Coordenação GO | 30 | 133,33 | | | 12 | 48.000,00 |
| Cirurgia | 30 | 450,00 | 365 | | | 182.500,00 |
| Clínica | 30 | 450,00 | 365 | | | 182.500,00 |
| Ortopedia | 30 | 450,00 | 365 | | | 182.500,00 |
| Anestesia | 30 | 1.000,00 | 365 | | 12 | 384.000,00 |
| Pediatra | 30 | 450,00 | 365 | | | 182.500,00 |
| | | | | | | - |
| | | 3.383,33 | | | 1.381.000,00 | |

Descalvado, 21 de dezembro de 2018


Sidnei Aparecido Pizza
Provedor


Wander Roberto Boneli
Secretário de Saúde

Handwritten mark



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

ANEXO RP-15

(Artigo 174 inciso XIII das Instruções 2/2016 TCE/SP)

REPASSES AO TERCEIRO SETOR TERMO DE CIENCIA E DE NOTIFICAÇÃO – TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: MUNICIPIO DE DESCALVADO – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CONVENIADA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DESCALVADO
TERMO DE CONVÊNIO Nº: 01/2019
OBJETO: CUSTEIO

Pelo presente termo, nós acima identificados: 1. Estamos CIENTES de que: a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico; b) poderemos ter acesso ao processo, tendo em vista extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na resolução 01/2011 do TCE/SP; c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomadas, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709 de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil; d) Qualquer alteração de endereço residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para: a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e conseqüente publicação; b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Descalvado, 20 de dezembro 2018.

ANTONIO CARLOS RESCHINI - PREFEITO MUNICIPAL

e-mail pessoal: becaoreschini@hotmail.com.br

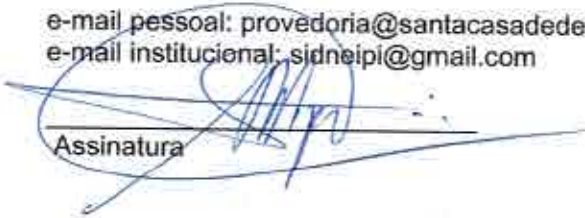
e-mail institucional: gabinetedoprefeito@descalvado.gov.br


Assinatura

SIDNEI APARECIDO PIZZA - PROVIDOR

e-mail pessoal: provedoria@santacasadedescalvado.com.br

e-mail institucional: sidneipi@gmail.com


Assinatura