

## PLANO DE TRABALHO DA INSTITUIÇÃO

### I. INTRODUÇÃO

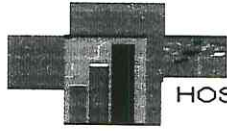
#### a. Breve Histórico da Instituição

A Irmandade de Misericórdia do Hospital São José foi formada em dezesseis de outubro de 1945, como uma associação de caridade, conforme consta no registro de nº 05, folha 03 do livro A na Comarca de Santa Adélia-SP. Em vinte de maio de 1957, após Assembleia, foi aprovada a primeira alteração do estatuto social, onde constou que a Irmandade vinha desempenhando o papel de Santa Casa de Misericórdia, passando a ser denominada de Irmandade de Misericórdia do Hospital São José de Itajobi. Em dezoito de junho de 1961 a Instituição foi reconhecida como Filantrópica. Atualmente o atendimento da Instituição é predominantemente voltado ao Sistema Único de Saúde – SUS, prestando serviços aos munícipes de Itajobi e Marapoama nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, atendimentos ambulatoriais em Radiologia, Ultrassonografia e Eletrocardiograma, atendimentos de Urgência e Emergência Básica, além da gestão da Estratégia de Saúde da Família – ESF do Município de Itajobi. Anualmente são realizados cerca de 600 atendimentos hospitalares, 6800 atendimentos ambulatoriais, além dos atendimentos de Atenção Básica.

O Hospital de Misericórdia São José de Itajobi – HMSJ preza por princípios e valores de humanização no atendimento, administração eficiente dos recursos e prestação de serviços de qualidade com competência técnica e científica.

#### b. Características da Instituição

O Hospital de Misericórdia São José de Itajobi – HMSJ busca prestar assistência integral à saúde dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS e também Particulares, nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia e pediatria, em baixa e média complexidade ambulatorial, hospitalar e diagnóstico. Atualmente o HMSJ conta com 30 leitos, dos quais 13 são reservados aos SUS. Conta ainda com um Corpo Clínico de 18 médicos, além da estrutura de 06 Consultórios, Centro Cirúrgico, salas de Raio-X e Ultrassom, e equipamentos próprios em todas as instalações.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA SÃO JOSÉ ITAJOBÍ  
CNPJ 49.622.327/0001-94



## II. INFORMAÇÕES CADASTRAIS

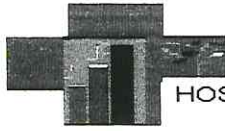
### a. Instituição

|  |                            |                             |                               |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Razão Social<br>IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE ITAJOBÍ          |                            |                             |                               |
| CNPJ<br>49.622.327/0001-94   |                            |                             |                               |
| Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)<br>ATENDIMENTO HOSPITALAR |                            |                             |                               |
| Endereço<br>Rua Rio Branco, 251, Centro  |                            |                             |                               |
| Cidade<br>Itajobi  |                            |                             | UF<br>SP                      |
| CEP<br>15.840-000  | Telefone<br>(17) 3546-1912 |                             |                               |
| E-mail<br>hospitalsaojoseitajobi@yahoo.com.br                                      |                            |                             |                               |
| Banco<br>001   | Agência<br>2158-X          | Conta Corrente (*)<br>544-4 | Praça de Pagamento<br>Itajobi |

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

### b. Responsáveis

|  |                            |                           |
|--|----------------------------|---------------------------|
| Responsável pela Instituição<br>IZILDINHA PASCOALINA ZUANETI |                            |                           |
| CPF<br>887.754.458-91  | RG<br>7.852.894-X          | Órgão Expedidor<br>SSP/SP |
| Cargo<br>Provedora   | Função<br>Provedora        |                           |
| Endereço<br>Rua Pedro de Toledo, nº 990 – Centro             |                            |                           |
| Cidade<br>Itajobi  |                            | UF<br>SP                  |
| CEP<br>15.840-000  | Telefone<br>(17) 3546-1913 |                           |
| Diretor Clínico<br>DRA. RITA DE CÁSSIA CASTRO GERLACH        |                            |                           |
| CPF<br>126.164.928-14  | RG<br>19.226.666           | Órgão Expedidor<br>SSP    |



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA SÃO JOSÉ ITAJOBÍ  
CNPJ 49.622.327/0001-94



|  |                            |
|--|----------------------------|
| Cargo<br>Diretor Clínico                     | Função<br>Diretor Clínico  |
| Endereço<br>Rua Cincinato Braga, 826, Centro |                            |
| Cidade<br>Itajobi                            | UF<br>SP                   |
| CEP<br>15840-000                             | Telefone<br>(17) 3546-1912 |

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

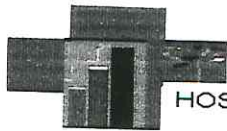
#### a. Órgão Concedente

|   |                   |                                |                                      |  |
|---|-------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Órgão Concedente<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJOBÍ |                   |                                |                                      |  |
| CNPJ<br>45.126.851/0001-13                          |                   |                                |                                      |  |
| Endereço<br>Rua Cincinato Braga, 360, Centro        |                   |                                |                                      |  |
| Cidade<br>Itajobi                                   |                   |                                | UF<br>SP                             |  |
| Responsável<br>LAIRTO LUIZ<br>PIOVESANA FILHO       | CEP<br>15.840-000 | DDD/Telefone<br>(17) 3546-9000 | E-mail<br>gabinete@itajobi.sp.gov.br |  |

#### b. Responsáveis

|  |                            |                           |
|--|----------------------------|---------------------------|
| Responsável pelo Órgão Concedente<br>LAIRTO LUIZ PIOVASANA FILHO |                            |                           |
| CPF<br>120.457.258-55  | RG<br>156.248-86           | Órgão Expedidor<br>SSP/SP |
| Cargo<br>Prefeito  | Função<br>Prefeito         |                           |
| Endereço<br>Rua Antônio Martin, nº 240 – JD. Gláucia             |                            |                           |
| Cidade<br>Itajobi  |                            | UF<br>SP                  |
| CEP<br>15.840-000  | Telefone<br>(17) 3546-2338 |                           |





#### IV. QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

| OBJETO  | DESCRIÇÃO   |
|---------|---|
| CUSTEIO | Prestação de serviços médico-hospitalares de baixa e média complexidade ambulatorial, hospitalar e diagnóstico, visando a garantia da atenção integral à saúde dos munícipes de Itajobi/SP. |

##### a. Identificação do Objeto

A Instituição deverá prestar serviços médico-hospitalares de baixa e média complexidade ambulatorial, hospitalar e diagnóstico por imagem aos pacientes do Sistema Único de Saúde do Município de Itajobi/SP, visando a garantia da atenção integral à saúde destes, observando a sistemática de referência e contra referência dentro dos programas do Ministério da Saúde.

##### b. Objetivo

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             |   |
| O que se pretende alcançar? | Atendimento integral à saúde dos munícipes de Itajobi/SP, com qualidade, eficácia e humanização.              |
| Como?                       | Através da prestação de serviços médico-hospitalares de baixa e média complexidade ambulatorial e hospitalar. |

##### c. Justificativa

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          |   |
| Por que realizar a ação? | Para manter o atendimento de baixa e média complexidade dos munícipes de Itajobi neste Hospital, evitando que se desloquem para outros municípios para tratamento de demandas simples.        |
| Motivos que justificam?  | O referido atendimento já é realizado neste Hospital há vários anos através de Convênios com a Prefeitura, sendo constatada a capacidade técnica desta Instituição na prestação dos serviços. |



|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Contribuição a ser realizada?</b> | Contratação de profissionais de saúde capacitados, incluindo serviços médicos, além de custeio geral para operacionalização dos serviços de Internação Hospitalar (Clínica e Pediátrica) e Exames de Diagnóstico por Imagem (Raio-X e Ultrassom). |
| <b>Solução para o problema?</b>      | Diminuição dos custos e riscos do transporte de pacientes a outros municípios para atendimentos de baixa e média complexidade, aumentando o conforto e qualidade de vida destes pacientes.  |

**d. Metas a serem atingidas**

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Específica</b> | Consolidar a oferta da atenção hospitalar de baixa e média complexidade no município de Itajobi/SP, por meio da celebração de um Termo de Compromisso de Gestão entre a Prefeitura Municipal e esta Instituição, como também estreitar o relacionamento com a Secretaria de Saúde do Estado e o Ministério da Saúde, Governo Federal.  |
| <b>Mensurável</b> | Aumentar a taxa de ocupação de leitos hospitalares com baixa e média permanência.  |
| <b>Atingível</b>  | Melhorar o resultado das pesquisas de satisfação dos pacientes após a capacitação da equipe e oferecimento de condições de conforto e segurança ao paciente.   |
| <b>Relevante</b>  | Melhorar e controlar a qualidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais médicos e de enfermagem;<br>Monitorar indicadores e metas pactuadas, dentro de um limite físico, econômico e financeiro previamente acertado no processo de contratualização com a gestão municipal, através de um teto financeiro, buscando melhorar o repasse médico;<br>Criar mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle em busca de uma certificação de qualificação hospitalar SUS; |





**Objetivo**

Contribuir para que as Unidades de Saúde da Família estejam integradas com o Hospital.

**Temporal**

Curto e médio prazo para adequação dos serviços, capacitação das equipes e efetivo atendimento ao usuário, utilizando-se do planejamento estratégico para operacionalização.

**METAS FÍSICAS**

| DESCRIÇÃO                 | QUANTIDADE CONTRATUALIZADA | INDICADOR DE ALCANCE DA META  |
|---------------------------|----------------------------|---|
| Internação Clínica Médica | 34 Internações             | Relatório do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD |
| Internação Pediátrica     | 06 Internações             | Relatório do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD |
| Diagnóstico por Raio-X    | 600 Exames                 | Relatório da Ficha de Programação Físico Orçamentaria – FPO             |
| Diagnóstico por Ultrassom | 100 Exames                 | Relatório da Ficha de Programação Físico Orçamentaria – FPO             |

**METAS QUALITATIVAS**

| DESCRIÇÃO  | DESCRIÇÃO   | INDICADOR DE ALCANCE DA META   |
|--|---|--|
| Alcançar 80% de avaliação “Bom” ou “Ótimo” nos serviços prestados. | Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários dos serviços. | Quantidade de pesquisas com avaliação “Bom” ou “Ótimo” / Quantidade de pesquisas aplicadas x 100 |



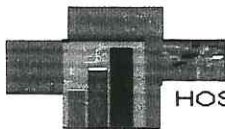
35  
Fls. ITAJOBÍ

| INDICADOR DE ALCANÇES DA META  | DESCRIÇÃO  | INDICADOR DE ALCANÇES DA META   |
|--|--|---|
| Manter os dados do CNES atualizados.   | Manter os dados de RH, equipamentos e estrutura física do estabelecimento atualizados mensalmente.   | Relatório com a data da última atualização no CNES e atualizações realizadas no período.  |
| Implantar e manter em funcionamento as Comissões de Óbito, Prontuário e Controle de Infecção Hospitalar. | Reunir e conscientizar a equipe multiprofissional sobre a importância e obrigatoriedade de implantação e manutenção das Comissões Hospitalares e sua atuação na Instituição. | Ata da Reunião ou Relatório da Comissão a cada 90 dias.   |
| Promover programa de Educação Permanente aos funcionários da Instituição.                                | Promover palestras, capacitações, cursos, treinamento e outras atividades relacionadas a educação permanente aos funcionários da Instituição.                                | Relatório informando as atividades relacionadas a educação permanente desenvolvidas. Apresentar ainda lista de presença e / ou certificado. |

**e. Etapas ou fases de execução**

| 1 | Levantamento das necessidades de atendimento no serviço                        | 30 dias  | 0,00                  |
|---|--|----------|-----------------------|
| 2 | Contratação da equipe multiprofissional  | 30 dias  | 0,00                  |
| 3 | Reunião com equipe multiprofissional para melhoria na qualidade do atendimento | 30 dias  | 0,00                  |
| 4 | Reunião com o Corpo Clínico do Hospital visando sua reestruturação             | 60 dias  | 0,00                  |
| 5 | Pagamento dos salários e honorários  | Vigência | R\$ 445.338,72        |
| 6 | Custeio das operações  | Vigência | R\$ 445.338,72        |
|   | <b>Sub Total</b>   |          | <b>R\$ 445.338,72</b> |
|   | <b>Total</b>   |          | <b>R\$ 445.338,72</b> |





## V. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

|   |   | VALOR                 | %          |
|---|---|-----------------------|------------|
| 1 | CUSTEIO – Prestação de serviços médico-hospitalares de baixa e média complexidade ambulatorial, hospitalar e diagnóstico, visando a garantia da atenção integral à saúde dos munícipes de Itajobi/SP. | R\$ 445.338,72        | 100        |
|   | <b>Total</b>  | <b>R\$ 445.338,72</b> | <b>100</b> |

## VI. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

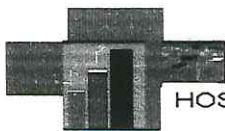
| 1  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
|----|--------------|-----------------|-----------------------|
| 2  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 3  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 4  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 5  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 6  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 7  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 8  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 9  | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 10 | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 11 | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
| 12 | Custeio      | R\$ 0,00        | R\$ 37.111,56         |
|    | <b>TOTAL</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 445.338,72</b> |

## VII. PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Início: 07/06/2017

Término: 06/06/2018





HOSPITAL DE MISERICÓRDIA SÃO JOSÉ ITAJOBÍ  
CNPJ 49.622.327/0001-94



## VIII. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Itajobi - Diretoria Municipal de Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem quaisquer débitos 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.

Itajobi/SP, 08 de junho de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
Izildinha Pascoalina Zuaneti

Presidente