



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
SANTA CASA DE LINS

CNPJ - 51.660.082/0001-31

(14) 3533-2500

Rua Pedro de Toledo, nº 486 - Centro
Cep. 16400-105 - Lins | SP

PLANO DE TRABALHO SANTA CASA DE LINS

EXERCÍCIO 2020

Dech
24/7/2020
Suelly P. de Souza
R.G.: 11.972.792-4
Secretária Adjunta

I - INTRODUÇÃO

A. Breve Histórico da Instituição

A Entidade originalmente denominada de Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Lins foi fundada em 1.923, objetivando a promoção de atividades filantrópicas de assistência à saúde, especialmente, de serviços médico-hospitalares.

Por razão de problemas administrativos, os quais ameaçavam a continuidade dos serviços prestados, o Poder Executivo de Lins, resolveu por bem decretar a intervenção administrativa na Entidade, resultando dentre outras ações, na alteração estatutária, ocasião em que, passou a ser denominada de **Associação Hospitalar Santa Casa de Lins**, então administrado pelo Presidente do Conselho de Administração.

Atualmente a Instituição conta com 348 colaboradores em regime CLT e outros 82 profissionais prestadores de serviços, o número de atendimento anual é de cerca de **148.200 (Cento e quarenta e oito mil e duzentos)** atendimentos, incluindo internações, consultas ambulatoriais e exames. O Corpo Clínico da Santa Casa de Lins é composto pelas especialidades urgência e emergência, clínica geral, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica, cardiologia, neurologia, obstetrícia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, UTI Adulto e Neonatal.

B. Característica da Instituição:

A Associação Hospitalar Santa Casa de Lins é uma Instituição Filantrópica, sem fins lucrativos, possui 79 leitos, conta com uma entrada de Urgência e Emergência que atende toda a região.

No ano de 2019 realizamos 6.816 (seis mil, oitocentos e dezesseis) internações, sendo 90% dessas internações SUS, efetuamos 88.191 atendimentos no pronto atendimento e ambulatório, desses atendimentos 95% SUS.

O Pronto Socorro se firma como a principal porta de entrada de urgências e emergências e se trata de complemento aos serviços de saúde hospitalar e ambulatorial prestados a qualquer indivíduo que eles necessitam, observada a sistemática de referência do Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente o Pronto Socorro realiza atendimentos de acordo com a demanda de



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
SANTA CASA DE LINS

CNPJ - 51.660.082/0001-31

(14) 3533-2500

Rua Pedro de Toledo, nº 486 - Centro
Cep. 16400-105 - Lins | SP

urgência e emergência conforme critérios da classificação de risco implantada desde setembro 2010.

II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

a) Entidade

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| Associação Hospitalar Santa Casa de Lins | | | |
| CNPJ: 51.660.082/0001-31 | | | |
| Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ): 86.10-1-02 Atividades de atendimento em pronto socorro e unidade hospitalar para atendimento a urgência. | | | |
| Endereço: Pedro de Toledo, nº 486 | | | |
| Cidade: Lins | | | UF: SP |
| CEP: 16400-105 | Tel: (14) 3533-2500 | | E-mail: diretoria.adm@santacasalins.com.br |
| Banco: 001 | Agência: 0058-2 | Conta Corrente: 86585-0 | Praça de Pagamento: Lins |

b) Responsável

| | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Responsável pela Instituição: JOSE APARECIDO DA MOTA | | | |
| CPF: 096.227.068-78 | | RG: 18219636 | |
| Cargo: Presidente | | Função | |
| Endereço: Rua Graça Aranha, 490 – Jardim Santa Clara | | | |
| Cidade: Lins/SP | | | UF: SP |
| CEP: 16402-105 | | Telefone: (14) 35332500 | |
| Diretor Superintendente | | | |
| CPF | RG | | Órgão Expedidor: SSP/ SP |
| Cargo: | Função: Representante Legal | | |
| Endereço: | | | |
| Cidade: | | | UF: SP |
| CEP: | | Telefone: | |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------|
| Diretor Clínico: Dr. CAIO FRAGA BARRETO DE MATOS FERREIRA | | | |
| CPF: 014188885-75 | | RG: 097353817-1 | |
| Cargo: Diretor Clínico | | Função: Médico | |
| Endereço: Rua Pedro de Toledo, 486. | | | |
| Cidade: Lins | | | UF: SP |
| CEP: 16400-105 | | Telefone: (14) 35332500 | |



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
SANTA CASA DE LINS

CNPJ - 51.660.082/0001-31

(14) 3533-2500

Rua Pedro de Toledo, nº 486 - Centro
Cep. 16400-105 - Lins | SP

III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO INTERVENIENTE / RESPONSÁVEIS

a) Órgão Interveniante

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|------------|---------------------|---------------|
| Órgão Interveniante | | | | |
| CNPJ | | | | |
| Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ) | | | | |
| Endereço | | | | |
| Cidade | | | | UF |
| Cidade | UF | CEP | DDD/Telefone | E-mail |

b) Responsável

| | | |
|---------------------------------------------------|-----------------|------------------------|
| Responsável pela Instituição Interveniante | | |
| CPF | RG | Órgão Expedidor |
| Cargo | Função | |
| Endereço | | |
| Cidade | | UF |
| CEP | Telefone | |

IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

| Objeto | Descrição |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|
| Custeio | <i>Material de Consumo e Prestação de Serviços por terceiros.</i> |
| | |

a) Identificação do Objeto

CUSTEIO

Materiais de Consumo: Suprimentos, Medicamentos, Insumos, Materiais Hospitalares, Oxigênio e Gases Medicinais e Material de Limpeza/Higiene/Descartáveis.

Prestação de Serviços por terceiros: Plantonistas Clínicos, Clínica Médica, Infectologia, 30% sobre os Serviços de Imagem e Laboratórios / Diagnósticos – Serviços laboratoriais.

b) Objetivo



Auxílio financeiro para aquisição material de consumo e pagamentos de prestação de serviços por terceiros para enfrentamento da pandemia conforme plano de contingência e procedimentos operacionais utilizados no controle de contágio, prevenção e cuidados relacionados a possíveis sintomas respiratórios que possam apontar características virais e contaminação em massa dos pacientes.

c) Justificativa

Este auxílio financeiro, somado aos demais recursos, contribuirá para a execução de ações de manutenção dos atendimentos e barreira sanitária feito na entrada do hospital, auxiliando no custeio para aquisição de materiais de consumo e pagamentos de serviços médicos e exames de imagem e laboratoriais necessários relacionados ao enfrentamento da pandemia.

d) Metas a Serem Atingidas

Metas Quantitativas

| META | DESCRIÇÃO | INDICADOR DE ALCANCE DA META |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Efetuar controle na Temperatura do paciente duas as vezes ao dia. Atual: 1 x ao dia Pretendida: 2 x ao dia | Condições melhores de atendimento aos pacientes na enfermaria, com equipe preparada e análise do quadro clínico do paciente | Acompanhamento diário da evolução do quadro clínico dos pacientes internados. |

Metas Qualitativas

| META | DESCRIÇÃO | INDICADOR DE ALCANCE DA META |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualificar os colaboradores do setor de Enfermagem e demais áreas de saúde em relação aos protocolos elaborados para prevenção e enfrentamento do COVIDS 19. Classificação de Riscos, uso EPIS, touca, óculos/protetor fa- | Disponibilizar Profissional de enfermagem ou médico a fim de capacitar a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem nas ações e atendimentos voltados a área de atuação COVID-19. | Relatório mensal com Cronograma das capacitações com lista de presença, tema e carga horária. |



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
SANTA CASA DE LINS

CNPJ - 51.660.082/0001-31

(14) 3533-2500

Rua Pedro de Toledo, nº 486 - Centro
Cep. 16400-105 - Lins | SP

| | | |
|----------------------------------------------------------|--|--|
| cial, máscara, luvas, aventais, pró pé, entre outros. | | |
|----------------------------------------------------------|--|--|

e) Etapas ou Fases de Execução

CUSTEIO

| Etapa | Descrição | Prazo | Valor Aplicação | % |
|--------------------|-------------------------------------|----------|-----------------------|-------------|
| 1 | Materiais de Consumo | 06 meses | R\$ 277.473,76 | 52,60% |
| 2 | Prestação de Serviços por Terceiros | 06 meses | R\$ 250.000,00 | 47,40% |
| TOTAL GERAL | | | R\$ 527.473,76 | 100% |

f) Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

CUSTEIO

| ORDEM | OBJETO Custeio | ESPECIFICAÇÃO | VALOR TOTAL (R\$) |
|---------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Materiais de Consumo | Suprimentos, Medicamentos, Insumos, Materiais Hospitalares, Oxigênio e Gases Medicinais e Material de Limpeza/Higiene/Descartáveis. | R\$ 277.473,76 |
| 2 | Prestação de Serviços por Terceiros | Plantonistas Clínicos, Clínica Médica, Infectologia, 30% sobre os Serviços de Imagem e Laboratórios / Diagnósticos - Serviços laboratoriais. | R\$ 250.000,00 |
| TOTAL GERAL: | | | R\$ 527.473,76 |

V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| PRAZO | DESEMBOLSO | PROPONENTE | CONCEDENTE |
|--------------|------------|------------|-----------------------|
| 01º MÊS | CUSTEIO | - | R\$ 527.473,76 |
| TOTAL | | | R\$ 527.473,76 |



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
SANTA CASA DE LINS

CNPJ - 51.660.082/0001-31

(14) 3533-2500

Rua Pedro de Toledo, nº 486 - Centro
Cep. 16400-105 - Lins | SP

VI - PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: A partir do mês de Julho de 2.020.

- Duração: 180 dias .

VII – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria de Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos desta Secretaria, na forma descrito deste Plano de Trabalho.

Data da assinatura: 24 de Junho de 2020.

Rogério Canuto da Silva
Responsável pela elaboração
Plano de Trabalho

José Aparecido da Mota
Presidente

VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA

Data da Assinatura 20/07/2020.

Cláudia Regina Nunes
RG: 10.439.089
Secretária Municipal de Saúde