



Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Guaíra/SP, 16 de março de 2022.

Ofício n.º 030/2022

Assunto: Readequação do Cronograma de Desembolso.

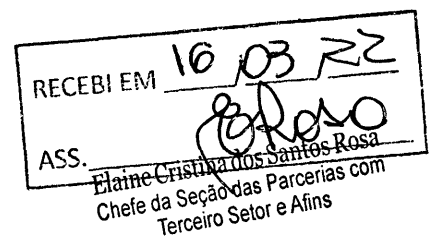
Exmo. Sr.

Venho por meio desse encaminhar o Plano de Trabalho com readequações no Cronograma de Desembolso.

Segue em anexo.

Atenciosamente,


Emiliania Alves Ferreira Ribeiro Sterchile
Interventora



Exmo. Sr. Antonio Manoel da Silva Junior

Prefeito



Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS GERAIS DO EXECUTOR

EXECUTOR: Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

CNES: 2078414

CNPJ/MF Nº 48.341.283/0001-61

Código do IBGE: 3517406

Licença de Funcionamento: 351740601-861-000001-1-6 (Prazo de validade: 08/07/2022)

Endereço: Rua 24 Nº 872, Jardim Paranoá

CEP: 14.790-000

Município: Guaíra/SP

Esfera administrativa: Terceiro Setor

Gestão: Municipal (intervenção : Decreto nº 5218, de 02 de outubro de 2018)

1.1 RESPONSÁVEL

Emiliana Alves Ferreira Ribeiro Sterchile CPF: 186.583.678-86

Função: Interventora (Decreto Municipal n.º 6.120, 24/11/2021)

1.2 MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Paulo Gabriel Leite da Cunha Santos

CPF: 083.491.436-06

1.3 ENFERMEIRA RESPONSÁVEL TÉCNICA

Edmara Cândida Tavares

CPF: 284.588.538-50

2. RESUMO DA PROPOSTA: Serão realizados serviços de Urgência e Emergência que visa à colaboração entre a Organização e Administração Pública na prestação de serviços de saúde à população usuária do Sistema Único de Saúde a nível de **Pronto Atendimento**, para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão em conformidade com o Artigo 199, § 1º da Constituição Federal de 1.988.

3.OBJETO: Execução das ações e serviços de saúde, de média complexidade de urgência e emergência visando complementar as ações de saúde oferecidas pela rede pública de saúde municipal.

4.VIGÊNCIA: 6 meses

5. PÚBLICO ALVO: Público em geral (criança a idoso)

6. JUSTIFICATIVA

A proposta visa garantia de complementaridade ao SUS por meio de atendimento a população que necessite de cuidados em Urgência e Emergência com atuação eficaz, ética, respeito e profissionalismo.



Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

A Santa Casa de Misericórdia de Guairá, é a única entidade filantrópica que presta serviços de saúde no município.

A presente proposta garantirá a integralidade da assistência de urgência e emergência aos munícipes. Os atendimentos serão feitos atendendo aos princípios de equidade, garantindo qualidade e resolubilidade no tratamento contemplado os usuários em conformidade com a legislação vigente.

7.OBJETIVO: Garantir atendimento em urgência e emergência à população.

8. ESTRUTURA

8.1 ESTRUTURA FÍSICA

Descrição	Quantidade
Sala de espera	01
Recepção	01
Banheiros	01 Masculino 01 Feminino
Sala de triagem - classificação de risco	01
Sala de urgência e emergência	01 - 02 leitos
Sala de sutura/curativo	01
Sala de curativo contaminado	01
Sala administração de medicação	01
Sala de inalação	01
Sala de observação	01 Masculino 01 Feminino
Consultório médico	03
Banheiro funcionário	01 Masculino 01 Feminino
Copa/cozinha	01
Almoxarifado	01
Expurgo	01
DML	01

8.2 RECURSOS HUMANOS

Quantidade	Função
1	Auxiliar administrativo
1	Enfermeiro (RT)
7	Enfermeiros
12	Técnicos de enfermagem
5	Recepcionista
6	Ajudantes de serviços diversos
5	Controlador de acesso

8.3 SERVIÇOS MÉDICOS

Quantidade	Função
6 (3 por turno)	Plantonistas
1	Médico RT

***Plantões:** 07h às 19h – 19h às 07h (12 horas/plantão)

8.5 SOBREAVISO

O médico de sobreaviso deverá permanecer à disposição da Entidade, conforme escala, devendo ter condições de atendimento presencial em tempo hábil, quando requisitado por membro da equipe médica da organização que deverá informar a gravidade do caso e deverá anotar no prontuário a data e horário desse acionamento.

O médico que acionar o sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirão a quem competirá à responsabilidade pela continuidade da assistência

8.6 ATIVIDADES

Serviços	Atividades
<i>Atendimento as urgências e emergências</i>	<i>Oferta de atendimento médico e enfermagem. Clínica médica. Acolhimento e classificação de risco. Porta aberta – pacientes do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.</i>
<i>Observação clínica</i>	<i>Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer. Tratamento farmacoterapêutico. Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao paciente. Direito a acompanhante durante o período de observação.</i>
<i>Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT</i>	<i>Apoio diagnóstico e terapêutico por meio da realização de exames, coleta de material e realização de procedimentos terapêuticos imediatos necessários no atendimento de emergência.</i>
<i>Outros serviços</i>	<i>Serviços de controladoria de fluxo e acesso. Serviço de higienização. Serviços de rouparia e lavanderia. Serviços de manutenção. Aquisição ou reposição de material permanente. Serviço de gases medicinais. Transporte de pacientes. Programação visual de Unidade. Gestão de rotinas administrativas e burocráticas. Avaliação e monitoramento.</i>



9. PROCEDIMENTOS

9.1 Procedimentos e metas quantitativas

Grupos	Descrição do procedimento	Valor unitário	Mês		Semestre	
			Qdt.	Valor	Qdt.	Valor
0202000000	Diagnóstico em laboratório clínico	R\$ 5,81	795	R\$ 4.620,21	4.770	R\$ 27.721,27
0204000000	Diagnóstico por Radiologia	R\$ 18,90	736	R\$ 13.910,40	4.416	R\$ 83.462,40
0205000000	Diagnóstico por Ultrassonografia	R\$ 27,71	30	R\$ 831,30	180	R\$ 4.987,80
0206000000	Diagnóstico por Tomografia	R\$115,22	88	R\$ 10.139,75	528	R\$ 60.838,50
0301060010	Atendimento de urgência c/ observação ate 24 horas em Atenção Especializada	R\$ 12,47	2.080	R\$ 25.937,60	12.480	R\$ 155.625,60
0301060061	Atendimento de urgência em atenção especializada	R\$ 11,00	2.081	R\$ 22.891,00	12.486	R\$ 137.346,00
0301060100	Atendimento ortopédico com imobilização provisória	R\$ 13,00	15	R\$ 195,00	90	R\$ 1.170,00
0301060118	Acolhimento com classificação de risco	R\$ 0,00	3.922	R\$ 0,00	23.532	R\$ 0,00
0301100012	Administração de medicamentos na Atenção Especializada	R\$ 0,63	3.922	R\$ 2.470,86	23.532	R\$ 14.825,16
0400000000	Procedimentos cirúrgicos	R\$ 22,60	17	R\$ 389,86	104	R\$ 2.339,13
			13.686	R\$ 81.385,98	82.118	R\$ 488.315,86

9.1.2 Discriminação dos Procedimentos do grupo 02.04

Código	Descrição	Valor
204010012	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 48,85
204010020	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 27,32
204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38
204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96
204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38
204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88
204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15
204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52
204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 5,74
204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03
204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20
204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38
204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 7,98
204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32

204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20
204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 3,51
204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 9,03
204010195	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 48,85
204010209	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 6,44
204020026	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 19,60
204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33
204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19
204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29
204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96
204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90
204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88
204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16
204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73
204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58
204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80
204020131	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 0,00
204030013	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 110,41
204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 57,16
204030056	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 14,32
204030064	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 9,05
204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37
204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 19,24
204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98
204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 8,73
204030110	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27
204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 5,56
204030137	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 14,32
204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50
204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 6,55
204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88
204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00
204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42
204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40
204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40
204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40
204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77
204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40
204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90
204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62
204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30
204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00
204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98
204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91
204050014	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76
204050022	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 32,61
204050030	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,61
204050049	DUODENOGRAMA HIPOTONICA	R\$ 34,52
204050057	FISTULOGRAFIA	R\$ 45,34
204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 45,34
204050073	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R\$ 73,15
204050081	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 52,11

204050103	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 14,48
204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73
204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 15,30
204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17
204050146	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 35,22
204050154	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 47,59
204050162	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 48,09
204050170	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11
204050159	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40
204060010	ARTROGRAFIA	R\$ 45,34
204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R\$ 55,10
204060036	ESCANOMETRIA	R\$ 55,10
204060044	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 18,68
204060052	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 18,68
204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77
204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77
204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50
204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77
204060109	RADIOGRAFIA DE CALCNEO	R\$ 6,50
204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94
204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78
204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16
204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29
204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78
204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94
204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 9,29
Total		R\$ 1.758,32

*Média de valor dos RX Grupo 02 04 = R\$ 18,90

9.1.3 Discriminação dos Procedimentos do grupo 04.05

Código	Descrição	Valor
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60
205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90
205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 24,20
205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95
205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20
205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20
205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20
205020089	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20
205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20
205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20
205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20
205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20
205020135	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20
205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20
205020151	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60
205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20
205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20
205020186	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20
Total		R\$ 498,85

*Média de valor das ultrassonografias grupo 02 05 = R\$ 27,71

9.2 METAS QUALITATIVAS

Meta	Indicador	Pontuação
Melhoria no atendimento aos usuários na urgência e emergência, dentro dos princípios do SUS e de acordo com o PNH - Programa Nacional de Humanização;	Capacitação: 2 vezes/semestre Aplicação pesquisa de satisfação bimestral.	Sim= 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos ...
Manter os procedimentos programados na FPO.	Relatório de produção.	Sim= 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Manter atendimentos característicos de urgência e emergência pactuados na FPO.	Relatório de produção.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Informar e utilizar os Sistemas de Informações oficiais do SUS	Apresentação de relatório de produção mensal.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Garantir a classificação de risco dos usuários na entrada da Unidade, identificando com cores.	Triagem de 100% dos pacientes; Análise in loco por amostragem 30 fichas de atendimentos.	Atingir 100% da meta: 100 pontos; 90 a 99,9%: 80 pontos; 80 a 89,9%: 50 pontos; 70 a 79,9%: 30 pontos; Menor que 70%: não pontua.
Serviço de Ouvidoria com horários definidos para informações aos familiares, com esclarecimentos sobre direitos e serviços disponíveis.	Avaliação por amostragem de 10 fichas de atendimento da Ouvidoria.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Manter atualizado cadastro de funcionários no CNES.	Relatório do CNES.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Manter atualizado os dados de estrutura física e equipamentos da instituição no CNES.	Relatório do CNES.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Apresentação faturamento até 10º dia útil.	Relatório de remessa.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero pontos
Disponibilização do número de atendimentos de urgência e emergência com estatística de transferências.	Apresentação de relatórios quantitativos dos atendimentos U.E ao Órgão Gestor: • Total de atendimentos • Total de encaminhamentos	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero
Organizar o Pronto	Mínimo: 2 vezes ao dia.	Sim = 10 pontos; Parcial =

Atendimento para atenção e apoio a família do paciente e organização das visitas.		5 pontos; Não = zero
Redução de filas e tempo de espera.	Avaliação por amostragem por meio dos prontuários.	Sim = 10 pontos; Parcial = 5 pontos; Não = zero
Taxa de evasão.	Prontuário – desistência de atendimento pelo paciente.	Sim = 0 pontos; Parcial: 5 pontos; Não = 10 pontos.
Percentual de paciente que retornam.	Prontuário.	Sim = 0 pontos; Parcial: 5 pontos; Não = 10 pontos.
Disponibilizar o total de serviços realizados pelo Pronto Atendimento.	Apresentação de relatório quantitativo dos procedimentos de SADT's ao Órgão Gestor: • Total de exames Total de exames externos encaminhados para Central de Regulação.	Sim = 0 pontos; Parcial: 5 pontos; Não = 10 pontos.
Produção de atendimentos Médicos mensais.	Número de consultas realizadas no mês.	90 a 100% = 10 pontos 50 a 89 = 5 pontos Abaixo 50 = 0 pontos
Preenchimento adequado do prontuário.	Auditória mensal em amostragem de 5 prontuários.	Sim = 0 pontos; Parcial: 5 pontos; Não = 10 pontos.
Tempo e espera para realização de exames.	A média de tempo em espera.	Até 60 minutos = 10 pontos; Até 120 minutos = 5 pontos; Acima 120 minutos = não pontua.
Tempo média de espera para liberação dos resultados de exames.	A média de tempo em espera.	Até 60 minutos = 10 pontos; Até 120 minutos = 5 pontos; Acima 120 minutos = não pontua.
Assistência farmacêutica	Prescrever medicamentos conforme Relação de medicamentos essenciais do município.	100% medicamento prescrito, exceto quando justificado = 10 pontos
TOTAL		200 pontos

10. DOS RECURSOS

O financiamento do SUS tem participação da União, dos estados e dos municípios, no entanto, que o percentual da União tem diminuído gradativamente, pois há 20 anos não é reajustada.

A ausência de atualização dos valores de procedimentos da tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) vem criando uma grande dificuldade financeira para as

organizações na área de saúde. A desatualização não acompanha índices da inflação e nem mesmo o crescimento e avanço da tecnologia. Dessa forma a incentivo financeiro por metas qualitativas e quantitativas é uma alternativa para viabilizar o atendimento de forma justa e principalmente que garanta qualidade a população usuária do SUS.

O Teto de Recursos Físicos equivale aos valores da Tabela SUS multiplicados pelas quantidades físicas dos procedimentos.

10.1 TETO FIXO:

Valor mensal	Valor semestral
R\$ 81.385,98	R\$ 488.315,86

Atendimento das metas quantitativas	Valores em percentual de pagamento de Teto Fixo (Mensal)
81% a 120%	R\$ 81.385,98
41% a 80%	R\$ 65.108,78
0% a 40%	R\$ 32.554,95

10.2 TETO VARIÁVEL

O Teto Variável visa à avaliação de metas qualitativas e a oferta de incentivo de acordo com a previsão abaixo:

Atendimento das metas qualitativas	Valores em percentual de pagamento de Teto Fixo
151 a 200 pontos	R\$ 423.835,82
101 a 150 pontos	R\$ 317.876,87
51 a 100 pontos	R\$ 211.191,91
0 a 50 pontos	R\$ 105.958,96

A produção deverá ser comprovada por meio do faturamento SUS.

10.3 VALOR TOTAL: R\$ 3.031.380,80

10.3.1 Recurso Municipal: R\$ 2.641.330,80

10.3.2 Recurso Federal: R\$ 390.000,00

Período	Teto fixo	Teto variável	Total
Mensal	R\$ 81.385,98	R\$ 423.835,82	R\$ 505.221,80
Semestral	R\$ 488.315,87	R\$ 2.543.014,93	R\$ 3.031.330,80

11. PLANO DE APLICAÇÃO

11.1 RECURSO MUNICIPAL

Despesas	Mensal	Anual
Material de consumo	51.221,80	307.330,80
Prestação de serviços	75.000,00	450.000,00
Recursos humanos	35.000,00	210.000,00
Serviços médicos	279.000,00	1.674.000,00
Total	440.221,80	2.641.330,80

11.1 RECURSO FEDERAL

Despesas	Mensal	Anual
Material de consumo	0,00	0,00
Prestação de serviços	0,00	0,00
Recursos humanos	65.000,00	390.000,00
Serviços médicos	0,00	0,00
Total	65.000,00	390.000,00

12. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

12.1 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MUNICIPAL - Valor Total: R\$ 2.641.330,80

Despesas	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Material de consumo	51.221,80	51.221,80	51.221,80	51.221,80	51.221,80	51.221,80
Prestação de serviços	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00
Recursos humanos	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00
Serviços médicos	279.000,00	279.000,00	279.000,00	279.000,00	279.000,00	279.000,00
Total	440.221,80	440.221,80	440.221,80	440.221,80	440.221,80	440.221,80

12.2 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FEDERAL - Valor Total: R\$ 390.000,00

Despesas	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Material de consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prestação de serviços	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos humanos	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00
Serviços médicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00

***Observação:** Material de consumo: Material médico hospitalar; Medicamentos; Gêneros alimentícios.

13. Qualidade dos serviços prestados:

A Santa Casa manterá plano de qualidade dos serviços prestados, vislumbrando dois aspectos:

Prontuários clínicos:

- Manter Comissão de Prontuários ativa;
- Realização de auditorias interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdo e metodologia.

Atenção ao cliente/usuário:

- Manter serviços de atendimento ao cliente/usuário- SAC
- Conhecer as reclamações e sugestões dos usuários e tomar providências.

14. MONITORAMENTO





Santa Casa de Misericórdia de Guairá

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guairá (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

Será realizado em duas vertentes:

Interno: Pela equipe que compõe a equipe para elaboração de documentos e avaliação da evolução da proposta de trabalho.

Externo: Por meio de comissão de fiscalização que deverá acompanhar e monitorar o cumprimento de metas pactuadas no plano de trabalho.

Guairá/SP, 10 de março de 2022.

Emiliania Alves Ferreira Ribeiro Sterchile

Interventora