

Intervenção do Serviço SUS na Santa Casa

**PLANO DE TRABALHO
REFORMA DA SALA DE RAIOS X**

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

NOME INSTITUIÇÃO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI MIRIM
CNPJ: 52.775.392/0001-64.
ENDEREÇO: RUA MAESTRO AZEVEDO, 124 – CENTRO - MOGI MIRIM/SP - CEP 13800-200.
TELEFONE: (19) 3814 3000
E-MAIL: gerencia@santacasamogi.com.br
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: Sempre aberto

2. ÁREA DE ATIVIDADE:

Preponderante:

() Assistência Social (☒) Saúde () Educação () Cultura () Esporte

3. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviço de reforma para readequação da sala de raio X

4. META PACTUADA PARA O SERVIÇO

Segundo o Convênio de Adesão ao SUS nº 02/2024, a meta pactuada para os procedimentos de raio X em geral é de no mínimo 2.479 (dois mil quatrocentos e setenta e nove) exames mensais.

5. PÚBLICO

A prestação dos serviços de saúde desta entidade é ofertada exclusivamente aos pacientes através do Sistema Único de Saúde (SUS).

6. OBJETIVO GERAL

Garantir estrutura física dentro das normas sanitárias.

7. OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar serviço de alvenaria; sistema e instalações hidrossanitários; redes de lógica, telefonia e imagem; revestimento nas paredes, pisos e forros; pinturas e texturas da sala 2 de raio X.

8. CONDIÇÕES E FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO

Realizar exame de raio X em 100% dos pacientes conforme indicação médica e cumprir as metas pactuadas.

9. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL A SER DESENVOLVIDO O SERVIÇO

NOME INSTITUIÇÃO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI MIRIM
CNPJ: 52.775.392/0001-64.
ENDEREÇO: RUA MAESTRO AZEVEDO, 124 – CENTRO - MOGI MIRIM/SP - CEP 13800-200.
TELEFONE: (19) 3814 3000
E-MAIL: gerencia@santacasamogi.com.br
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: Sempre aberto

10. INDICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

DESCRIÇÃO DOS AMBIENTES	EQUIPAMENTOS / MÓVEIS
Sala 2 de raio X	Não se aplica

11. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	PROFISSIONAL DE EXECUÇÃO	PERIODICIDADE	LOCAL
Manutenção das condições sanitárias da sala de raio X	Contratação de empresa terceirizada para realização da reforma	Empresa Contratada	Até 60 dias	Sala 2 de raio X

12. ARTICULAÇÃO COM A REDE

Para atingir os objetivos da execução da meta pactuada, os exames serão encaminhados pela Central de Regulação Municipal da Secretaria de Saúde. As solicitações de urgência e emergência são encaminhadas pelo Pronto Socorro Central e setores internos da Santa Casa.

13. INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

INDICADOR	INSTRUMENTO DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	META A SER ATINGIDA	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
Garantir a reforma das instalações da sala de raio X em tempo oportuno	Registro fotográfico	Mensal	100% no primeiro mês	Administração do hospital

14. RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO

Não se aplica.

15. PREVISÃO DE CUSTOS COM PESSOAL

Não se aplica.

16. MATERIAL DE CONSUMO PARA O SERVIÇO

Não se aplica.

17. SERVIÇOS DE TERCEIROS PARA O SERVIÇO

SERVIÇO DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		
ÍTEM DA DESPESA	RECURSO MUNICIPAL	TOTAL
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE TERCEIRO - REFORMA	EMENDA IMPOSITIVA	R\$ 20.000,00

18. UTILIDADES PÚBLICAS PARA O SERVIÇO

Não se aplica.

19. RESUMO DO SERVIÇO

QUADRO RESUMO DO SERVIÇO			
ITEM DA DESPESA	RECURSO MUNICIPAL SAÚDE		TOTAL
	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	
Serviços de Terceiros	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00

20. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

QUADRO RESUMO DO SERVIÇO		
PERÍODO	RECURSO MUNICIPAL - EMENDA IMPOSITIVA	
	VALOR	TOTAL
1º MÊS	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00

21. PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será feita observando-se as regras previstas no artigo 63 e seguintes da Lei Federal nº 13.019/2014, na legislação municipal, na Instrução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de SP e demais normas aplicáveis a matéria, atendendo os prazos e normas de elaboração constantes do instrumento de parceria e neste Plano de Trabalho.

22. PERÍODO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO

INÍCIO:	30/07/2024
TÉRMINO:	30/08/2024

**23. IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO OU
TÉCNICO QUE ESCREVEU O PLANO**

NOME: Daniel de Carvalho Frugoli
FORMAÇÃO: Administração Hospitalar
FUNÇÃO: Administrador
TELEFONE DE CONTATO: (19) 3814-3000
E-MAIL: gerencia@santacasamogi.com.br
ASSINATURA:
DATA:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: Mauro Nunes Junior
ASSINATURA:
DATA: