

Proponente 01.630.921/0002-81 SOCIEDADE PADRE EDUARDO MICHELIS
Proposta Transferência 0000023590
Programa Transferência 2020008869 **Valor Limite Repasse Proposta** 1.822.500,00
Nome Programa Transferência Incentivo financeiro a Política Hospitalar Catarinense COVID 19
Unidade Gestora 480091 Fundo Estadual de Saúde
Gestão 48091 Fundo Estadual de Saúde
Instrumento Transferência Convênio
Agência Banco do Brasil 00674-2
Data Início Execução 27/04/2020 **Data Término Execução** 31/12/2020
Data Início Evento **Data Término Evento**
Número Processo Protocolo SCC5607/2020
Situação Em Reanálise - Técnico
Data Situação 04/27/2020

Descrição

Título POLITICA HOSPITALAR CATARINENSE 2020
Objeto/Finalidade CUSTEIO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA COM A FINALIDADE DE OFERECER MELHOR ASSISTÊNCIA AOS USUARIOS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE E MANTER O PERCENTUAL DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SUS EM 65%, EM CONSONÂNCIA COM A IMPLANTAÇÃO DA POLITICA HOSPITALAR CATARINENSE E ENFRETEAMENTO DA COVID-19
Objetivo /Resultados Esperados ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE - SUS. TENDO COMO RESULTADO O ATENDIMENTO AOS USUSARIOS DO SUS NO ENFRETEAMENTO DA COVID 19.
Descrição da Realidade TRATA SE DE UM HOSPITAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, QUE ATENDE MAIS DE 65% DE PACIENTES SUS, SENDO REFERENCIA EM UTI O QUAL POSSUI 10 LEITOS E UNACON PARA O PLANALTO NORTE CATARINENSE, MANTER OS ATENDIMENTOS DOS USUARIOS DO SUS NO ENFRETEAMENTO DA COVID 19.
Público Alvo USUÁRIOS DO SUS
Capacidade Técnica O HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMÍLIA, DECLARA POSSUIR EQUIPE ADMINISTRATIVA PARA OPERACIONALIZAR O SISTEMA BEM COMO OS PAGAMENTOS DESCRITOS NESTA PROPOSTA
Local/Região Execução SÃO BENTO DO SUL - SC

Intervenientes

CNPJ
Nome
Natureza Jurídica
Telefone
E-mail
CPF Responsável
Nome Responsável
Obrigações

Recursos

Valor Global (R\$) 1.822.500,00
Contrapartida (%) 0,00
Valor Repasse (R\$) 1.822.500,00
Valor Contrapartida (R\$) 0,00
Valor Contrapartida Financeira (R\$) 0,00
Valor Contrapartida Bens e Serviços (R\$) 0,00

Demais Recursos

Origem
Identificação
Nome Parceiro
Recurso
Valor (R\$)
Materiais/Bens/Serviços
Aplicação do Recurso

Total Demais Recursos (R\$)

Metas

Descrição MANTER O PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS COM A MÉDIA DE 65% DE PACIENTES
Data Início 27/04/2020 **Data Fim** 31/12/2020
Forma de Execução GARANTIR A REMUNERAÇÃO DOS COLABORADORES SUFICIENTES, SERVIÇO OPERACIONAL DO AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO, ENCARGOS DE FOLHA DE PAGAMENTO E TARIFAS BANCÁRIAS.
Parâmetros de Aferição DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA COMPROVAR OS PAGAMENTOS DOS COLABORADORES, CONTRATO DE SERVIÇO E RELATORIOS NECESSÁRIOS PARA COMPROVAR OS ATENDIMENTOS DOS USUARIOS SUS.
Etapas ABERTURA DO PROGRAMA DE TRANSFERENCIA, APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO, ENVIO DA PROPOSTA, ACEITAÇÃO DA PROPOSTA, RECEBIMENTO DO RECURSO, PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL, PAGAMENTO CONFORME PLANO DE TRABALHO CADASTRADO, PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL E FINAL.



Despesas

Material/Serviço/Obra	CUSTEIO DE COZINHEIRA		
Classificação Orçamentária	30.00.00.0	Despesas Correntes	
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	9,00	Valor Unitário (R\$)	13.080,00
Valor Total (R\$)	117.720,00		
Material/Serviço/Obra	CUSTEIO DE AUXILIAR DE LAVANDERIA		
Classificação Orçamentária	30.00.00.0	Despesas Correntes	
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	9,00	Valor Unitário (R\$)	16.933,00
Valor Total (R\$)	152.397,00		
Material/Serviço/Obra	CUSTEIO DE AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO		
Classificação Orçamentária	30.00.00.0	Despesas Correntes	
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	9,00	Valor Unitário (R\$)	39.510,00
Valor Total (R\$)	355.590,00		
Material/Serviço/Obra	CUSTEIO CONTRATO ONCOCLINICA		
Classificação Orçamentária	30.00.00.0	Despesas Correntes	
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	9,00	Valor Unitário (R\$)	132.387,00
Valor Total (R\$)	1.191.483,00		
Material/Serviço/Obra	CUSTEIO TARIFAS BACÁRIAS		
Classificação Orçamentária	30.00.00.0	Despesas Correntes	
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	9,00	Valor Unitário (R\$)	590,00
Valor Total (R\$)	5.310,00		

Recurso	Despesas Correntes	Despesas de Capital	Total
Total Financeiro (R\$)	1.822.500,00	0,00	1.822.500,00
Total Contrapartida Bens/Serviços (R\$)	0,00	0,00	0,00
Total (R\$)	1.822.500,00	0,00	1.822.500,00

Beneficiados

CPF
Nome
Endereço
Município
UF
Telefone



Cronograma

Despesa Despesas Correntes			
Ano 2020			
Mês	Repasse	Contrapartida Financeira	Total
Janeiro	0,00	0,00	0,00
Fevereiro	0,00	0,00	0,00
Março	0,00	0,00	0,00
Abril	202.500,00	0,00	202.500,00
Maio	202.500,00	0,00	202.500,00
Junho	202.500,00	0,00	202.500,00
Julho	202.500,00	0,00	202.500,00
Agosto	202.500,00	0,00	202.500,00
Setembro	202.500,00	0,00	202.500,00
Outubro	202.500,00	0,00	202.500,00
Novembro	202.500,00	0,00	202.500,00
Dezembro	202.500,00	0,00	202.500,00
Total	1.822.500,00	0,00	1.822.500,00
Total Despesas Correntes (R\$)	1.822.500,00	0,00	1.822.500,00
Total Despesas de Capital (R\$)	0,00	0,00	0,00
Total Cronograma (R\$)	1.822.500,00	0,00	1.822.500,00

Observações**Análise Comissão de Seleção**

Data Análise
Conclusão
Responsável
Classificação

Enquadramento PDIL

Número Ata **Data Parecer**
Descrição
Gerência
Tipo Fundo
Modalidade
Caracterização Serviço
Abrangência Projeto
Situação
Prazo Readequação

Análise Técnica

Data Análise 27/04/2020
Parecer Técnico Proposta entra em readequação para alterar nos seguintes itens:
Na aba identificação
Alterar a data termino para 31/12/2020
Na aba Descrição
Objetivo /Resultados Esperados –Nesta aba deve informar os resultados do objeto, como atendimento aos usuários no enfrentamento da COVID 19, não é necessária inclusão de despesas nessa aba.

Descrição da Realidade – Acrescente as informações de quais especialidades médicas, quantos leitos de UTI, retire a informação do aporte, não se faz necessário. Justificativa contendo a caracterização do interesse público em executar o objeto, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a serem obtidos pela sociedade.

Na aba Metas

Altere a data término pra 31/12/2020

Na aba Despesas

Falta encaminhar cópia do contrato com Oncoclinica.

Realizar as alterações e encaminhe a documentação para o núcleo de sua região.

Responsável XXX.716.479-XX - PATRICIA WAGNER JUSTINO

Situação Em Readequação

Prazo Readequação 30/04/2020

Análise Jurídica

Data Análise

Parecer Jurídico

Responsável

Situação

Deliberação CECTE

Número Ata

Data Parecer

Valor Aprovado

Descrição

Conselho

Situação

Parecer Comitê Gestor

Número Ata

Data Parecer

Valor Aprovado

Descrição

Comitê

Situação

Homologação Secretário/Dirigente

Data Homologação

Descrição

Responsável

Situação

Prazo Readequação

Autorização

Data Autorização

Número Documento

Descrição

Situação

UG / Gestão Autorização

Usuário

Situação**Data** 09/04/2020**Situação** Em Edição**Observação****Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA**Data** 13/04/2020**Situação** Em Análise - Técnico**Observação****Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA**Data** 27/04/2020**Situação** Em Análise - Técnico**Observação****Responsável** XXX.716.479-XX - PATRICIA WAGNER JUSTINO**Data** 27/04/2020**Situação** Em Readequação**Observação****Responsável** XXX.716.479-XX - PATRICIA WAGNER JUSTINO**Data** 27/04/2020**Situação** Em Reanálise - Técnico**Observação****Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA