

Proponente 01.630.921/0002-81 SOCIEDADE PADRE EDUARDO MICHELIS
Proposta Transferência 0000024346
Programa Transferência 2020009772 **Valor Limite Repasse Proposta** 105.962.400,00
Nome Programa Transferência INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE
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 22/12/2020 **Data Término Execução** 28/02/2022
Data Início Evento **Data Término Evento**
Número Processo Protocolo SCC19304/2020
Situação Em Reanálise - Técnico
Data Situação 12/22/2020

Descrição

Título POLITICA HOSPITALAR CATARINENSE 2021
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 NO COMBATE A COVID-19 E MANTER O PERCENTUAL DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SUS EM 65%, EM CONSONÂNCIA COM A IMPLANTAÇÃO DA POLITICA HOSPITALAR CATARINENSE
Objetivo /Resultados Esperados MANTER OS SERVIÇOS OPERACIONAIS DOS COLABORADORES NOS ATENDIMENTOS DE TODA AREA HOSPITALAR NO COMBATE A COVID-19, MANTER O SERVIÇO DE PLANTÃO DE CIRURGIA GERAL, PLANTAO DE PEDIATRIA, DIREÇÃO TÉCNICA HOSPITALAR, ENCARGOS DE FOLHA DE PAGAMENTO E TARIFAS BANCÁRIAS.
Descrição da Realidade TRATA SE DE UM HOSPITAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE COM 88 LEITOS, 310 COLABORADORES, COM AS ESPECIALIDADES DE: ANESTESIOLOGIA, CARDIOLOGIA, CIRURGIA GERAL, CIRURGIA ONCOLÓGICA, CLÍNICA GERAL, NEUROLOGIA, ONCOLOGIA CLÍNICA, ORTOPEDIA, OBSTETRÍCIA CLÍNICA, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA, CUIDADOS PALIATIVOS, PEDIATRIA, UROLOGIA, NEFROLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, BUCO MAXILO FACIAL, GINECOLOGIA, NEONATOLOGIA, OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA, QUIMIOTERAPIA, CRÔNICOS, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO, UTI, EMERGÊNCIA. ATENDE MAIS DE 65% DE PACIENTES SUS COM UMA MÉDIA DE 7.729 ATENDIMENTOS NO MÊS, POPULAÇÃO DE SBS 85.421 HABITANTES, SENDO REFERENCIA EM UTI E UNACON PARA TODO PLANALTO NORTE CATARINENSE.
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\$)	2.970.000,00
Contrapartida (%)	0,00
Valor Repasse (R\$)	2.970.000,00
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	GARANTIR O ATENDIMENTO MÍNIMO AOS USUÁRIOS DO SUS 65%	
Data Início	22/12/2020	Data Fim 28/02/2022
Forma de Execução	GARANTIR A REMUNERAÇÃO DOS COLABORADORES SUFICIENTES, DIREÇÃO TÉCNICA HOSPITALAR, PLANTÕES MEDICOS, ENCARGOS DE FOLHA DE PAGAMENTO E TARIFAS BANCÁRIAS.	
Parâmetros de Aferição	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA COMPROVAR OS PAGAMENTOS DOS COLABORADORES, DIREÇÃO TÉCNICA HOSPITALAR, PLANTÕES MÉDICOS, RELATORIOS NECESSÁRIOS PARA COMPROVAR OS ATENDIMENTOS DOS USUARIOS.	
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	PLANTÃO CIRURGIA GERAL		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	76.254,00
Valor Total (R\$)	915.048,00		
Material/Serviço/Obra	PLANTÃO PEDIATRIA		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	55.570,00
Valor Total (R\$)	666.840,00		
Material/Serviço/Obra	DIREÇÃO TÉCNICA HOSPITALAR		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	8.000,00
Valor Total (R\$)	96.000,00		
Material/Serviço/Obra	ASSISTENTE SOCIAL		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	4.000,00
Valor Total (R\$)	48.000,00		
Material/Serviço/Obra	AUXILIAR DE FARMACIA		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	14.000,00
Valor Total (R\$)	168.000,00		
Material/Serviço/Obra	ENFERMEIRO		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	40.000,00
Valor Total (R\$)	480.000,00		
Material/Serviço/Obra	ENFERMEIRO AUDITOR		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	4.500,00
Valor Total (R\$)	54.000,00		
Material/Serviço/Obra	ENFERMEIRO DA QUALIDADE		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		

Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	4.500,00
Valor Total (R\$)	54.000,00		
Material/Serviço/Obra	TECNICO DE ENFERMAGEM		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	14.000,00
Valor Total (R\$)	168.000,00		
Material/Serviço/Obra	FARMACEUTICO/BIOQUIMICO		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	9.000,00
Valor Total (R\$)	108.000,00		
Material/Serviço/Obra	FISIOTERAPEUTA		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	17.000,00
Valor Total (R\$)	204.000,00		
Material/Serviço/Obra	DESPESAS BANCÁRIAS		
Classificação Orçamentária	30.00.00.00 Despesas Correntes		
Tipo Despesa	Serviço		
Recurso	Financeiro		
Unidade Medida	MES		
Quantidade	12,00	Valor Unitário (R\$)	676,00
Valor Total (R\$)	8.112,00		
Recurso	Despesas Correntes	Despesas de Capital	Total
Total Financeiro (R\$)	2.970.000,00	0,00	2.970.000,00
Total Contrapartida Bens/Serviços (R\$)	0,00	0,00	0,00
Total (R\$)	2.970.000,00	0,00	2.970.000,00
Beneficiados			
CPF			
Nome			
Endereço			
Município			
UF			
Telefone			

Cronograma

Despesa Despesas Correntes			
Ano 2021			
Mês	Repasse	Contrapartida Financeira	Total
Janeiro	247.500,00	0,00	247.500,00
Fevereiro	247.500,00	0,00	247.500,00
Março	247.500,00	0,00	247.500,00
Abril	247.500,00	0,00	247.500,00
Mai	247.500,00	0,00	247.500,00
Junho	247.500,00	0,00	247.500,00
Julho	247.500,00	0,00	247.500,00
Agosto	247.500,00	0,00	247.500,00
Setembro	247.500,00	0,00	247.500,00
Outubro	247.500,00	0,00	247.500,00
Novembro	247.500,00	0,00	247.500,00
Dezembro	247.500,00	0,00	247.500,00
Total	2.970.000,00	0,00	2.970.000,00
Total Despesas Correntes (R\$)	2.970.000,00	0,00	2.970.000,00
Total Despesas de Capital (R\$)	0,00	0,00	0,00
Total Cronograma (R\$)	2.970.000,00	0,00	2.970.000,00

Observações**Análise Comissão de Seleção**

Data Análise
Conclusão
Responsável
Classificação

Enquadramento PDIL

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

Data Parecer

Análise Técnica

Data Análise 21/12/2020
Parecer Técnico

Análise da Proposta de Convênio

Proposta -24346- F 100 R\$ 2.970.000,00

CNPJ

ENTIDADE	
DOCUMENTO DIGITAL	
01.630.921/0002-81	
Hospital e Maternidade Sagrada Família - Sociedade Padre Eduardo Michelis	
SCC 19304/2020	
READEQUAÇÃO	
Identificação	Data término execução
	read
Descrição	Objeto/finalidade Objetivo/resultado Descrição da realidade
	read
Interveniente	
	ok
Recursos	
	\$ 2.970.000,00
Contrapartida	
	R\$ 0,00
Metas	Data fim Detalhar metas/Descrição Detalhar metas/ Data fim Etapas
	read
Despesas	

ok

Vigência

28/02/2022

Doação

ok

Cronograma

ok

Foi autorizado o programa 2020009772 para Custeio da Política Hospitalar Catarinense/ PHC-COVID - 19 para o Hospital e Maternidade Sagrada Família - Sociedade Padre Eduardo Michelis

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

- Declarações - ok
- Orçamentos- X
- Contratos - X
- Alvará sanitário – ok
- Alvará Corpo de Bombeiros - ok
- Ofício de aprovação do plano de trabalho pelo gestor municipal, para recurso de incentivo PHC – FALTANTE
- Ata da reunião do Conselho Municipal de saúde mencionando a aprovação do plano de trabalho – FALTANTE
- Ata da reunião e deliberação da CIR de sua área de abrangência aprovando plano de trabalho – FALTANTE

Anexar os documentos faltantes ao processo, caso algum deles já esteja anexado mencionar a página para que seja verificado pelo técnico.

A proposta entra em readequação para alterar os itens:

1- Na aba IDENTIFICAÇÃO

- Data término da execução – modificar para 28/02/2022

2- Na aba DESCRIÇÃO

- Objeto finalidade – Mencionar COVID – 19
- Objetivo resultados – Mencionar COVID – 19

· Descrição da realidade - Incluir número de leitos, número de funcionários, especialidades, população, número de atendimentos/mês.

3 – Na aba METAS

· Data fim – Modificar 28/02/2022

· Detalhar metas - Data fim – Modificar 28/02/2022

· Etapas – cadastro da proposta, envio de documentos, celebração de convênios, execução do objeto, prestação de contas

Assim, a proposta entra em READEQUAÇÃO, devendo a proponente providenciar as alterações e enviá-la para o Núcleo de sua região.

Responsável XXX.546.039-XX - FERNANDA AZEVEDO BRANDT

Situação Em Readequação

Prazo Readequação 15/01/2021

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** 18/12/2020 12:59:53**Situação** Em Edição**Observação****Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA**Data** 18/12/2020 13:26:56**Situação** Em Análise - Técnico**Observação****Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA**Data** 21/12/2020 18:40:59**Situação** Em Readequação**Observação****Responsável** XXX.546.039-XX - FERNANDA AZEVEDO BRANDT**Data** 22/12/2020 09:50:55**Situação** Em Reanálise - Técnico**Observação****Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA