

**Proponente** 01.630.921/0002-81 SOCIEDADE PADRE EDUARDO MICHELIS  
**Proposta Transferência** 0000024361  
**Programa Transferência** 2020009774 **Valor Limite Repasse Proposta** 64.498.000,00  
**Nome Programa Transferência** INCENTIVO FINANCEIRO A POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE PARA ENFRENTAMENTO DA 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** 18/01/2021 **Data Término Execução** 31/12/2021  
**Data Início Evento** **Data Término Evento**  
**Número Processo Protocolo** SCC19852/2020  
**Situação** Em Reanálise - Técnico  
**Data Situação** 01/18/2021

**Descrição**

**Título** POLITICA HOSPITALAR CATARINENSE 2021 - COVID-19  
**Objeto/Finalidade** CUSTEIO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FAMILIA COM A FINALIDADE DE OFERECER MEHOR ASSISTENCIA AOS USUARIOS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE, MANTENDO O PERCENTUAL DE ATENDIMENTO EM 65%, COM A IMPLANTAÇÃO DA POLITICA HOSPITALAR CATARINENSE - COVID-19.  
**Objetivo /Resultados Esperados** MANTER OS SERVIÇOS OPERACIONAIS DOS COLABORADORES NOS ATENDIMENTOS DE TODA AREA HOSPITALAR. PRESTAR ASSISTENCIA AOS USUARIOS DO SUS COM UMA EQUIPE ASSISTENCIAL MULTIDICIDPLINAR NO COMBATE AO COVID-19.  
**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\$)** 2.025.000,00  
**Contrapartida (%)** 0,00  
**Valor Repasse (R\$)** 2.025.000,00  
**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** 18/01/2021 **Data Fim** 31/12/2021  
**Forma de Execução** GARANTIR A REMUNERAÇÃO DOS COLABORADORES SUFICIENTES NO CONBATE A COVID-19, ENCARGOS DE FOLHA DE PAGAMENTO E TARIFAS BANCÁRIAS.  
**Parâmetros de Aferição** DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA COMPROVAR OS PAGAMENTOS DOS COLABOEDORES, RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA COMPROVAR OS ATENDIMENTOS DOS USUARIOS - SUS.  
**Etapas** ABERTURA DO PROGAMA DE TRANSFERENCIA, APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO, ENVIO DE PROPOSTA, ACEITE DA PROPOSTA, RECEBIMENTO DO RECURSO, PAGAMENTO DAS DESPESAS CONFORME PLANO DE TRABALHO, PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL E PRESTAÇÃO DE CONTAS FINAL.

**Despesas**

<b>Material/Serviço/Obra</b>	ENFERMEIRO (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	60.000,00
<b>Valor Total (R\$)</b>	600.000,00		
<b>Material/Serviço/Obra</b>	TECNICO DE ENFERMAGEM (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	91.000,00
<b>Valor Total (R\$)</b>	910.000,00		
<b>Material/Serviço/Obra</b>	TRAINEE ASSISTENCIAL (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	20.250,00
<b>Valor Total (R\$)</b>	202.500,00		
<b>Material/Serviço/Obra</b>	PSICOLOGO (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	5.600,00
<b>Valor Total (R\$)</b>	56.000,00		
<b>Material/Serviço/Obra</b>	NUTRICIONISTA (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	4.500,00
<b>Valor Total (R\$)</b>	45.000,00		
<b>Material/Serviço/Obra</b>	FONOAUDIOLOGO (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	2.100,00
<b>Valor Total (R\$)</b>	21.000,00		
<b>Material/Serviço/Obra</b>	AUXILIAR ADMINISTRATIVO (FOLHA DE PESSOA FISICA COLABORADOR HMSF)		
<b>Classificação Orçamentária</b>	30.00.00.00 Despesas Correntes		
<b>Tipo Despesa</b>	Serviço		
<b>Recurso</b>	Financeiro		
<b>Unidade Medida</b>	MES		
<b>Quantidade</b>	10,00	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	18.175,00

**Valor Total (R\$)** 181.750,00

**Material/Serviço/Obra** TARIFAS BANCARIAS  
**Classificação Orçamentária** 30.00.00.00 Despesas Correntes  
**Tipo Despesa** Serviço  
**Recurso** Financeiro  
**Unidade Medida** MES  
**Quantidade** 10,00 **Valor Unitário (R\$)** 875,00  
**Valor Total (R\$)** 8.750,00

Recurso	Despesas Correntes	Despesas de Capital	Total
<b>Total Financeiro (R\$)</b>	2.025.000,00	0,00	2.025.000,00
<b>Total Contrapartida Bens/Serviços (R\$)</b>	0,00	0,00	0,00
<b>Total (R\$)</b>	2.025.000,00	0,00	2.025.000,00

**Beneficiados**

**CPF**  
**Nome**  
**Endereço**  
**Município**  
**UF**  
**Telefone**

**Cronograma**

**Despesa** Despesas Correntes  
**Ano** 2021

Mês	Repasse	Contrapartida Financeira	Total
Janeiro	202.500,00	0,00	202.500,00
Fevereiro	202.500,00	0,00	202.500,00
Março	202.500,00	0,00	202.500,00
Abril	202.500,00	0,00	202.500,00
Mai	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	0,00	0,00	0,00
Dezembro	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>	2.025.000,00	0,00	2.025.000,00
<b>Total Despesas Correntes (R\$)</b>	2.025.000,00	0,00	2.025.000,00
<b>Total Despesas de Capital (R\$)</b>	0,00	0,00	0,00
<b>Total Cronograma (R\$)</b>	2.025.000,00	0,00	2.025.000,00

**Observações**

**Análise Comissão de Seleção**

Data Análise  
Conclusão  
Responsável  
Classificação

**Enquadramento PDIL**

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

**Análise Técnica**

Data Análise 15/01/2021  
Parecer Técnico

**Análise da Proposta de Convênio**

Proposta 24361 – F – 100 - Valor R\$  
2.025.000,00

CNPJ  
ENTIDADE  
DOCUMENTO DIGITAL  
01.630.921/0002-81  
SOCIEDADE PADRE EDUARDO MICHELIS  
SCC 19852/2020

**READEQUAR**

Identificação

Descrição

READ  
Interveniente

Não tem  
Recursos

R\$ 2.025.000,00  
Contrapartida

Não tem  
Metas

READ  
Despesa  
READ  
Vigência

31/12/2021  
Doação

Não tem  
Cronograma

OK  
Observações  
Documentos faltantes  
Providenciar

*PROGRAMA202000 9774 que foiAUTORIZADO para incentivo financeiro a política catarinense para enfrentamento da covid-19, para o Hospital Maternidade Sagrada Família.*

**DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NO DECRETO 127/11:**

- 1) Proposta assinada: OK
- 2) Declarações: de recurso e de pessoal: Ok
- 3) Ofício do proponente solicitando o recurso: Ok.
- 4) Plano de Trabalho: FALTA.
- 5) Documentação constantes nos incisos I,II (atualizado), III ( atualizado), VII e VIII ,do art. 9º do Decreto 127/11; FALTA;
- 6 )Portaria da nomeação da Secretária de Saúde do município. (FALTA).

*Assim sendo, a proponente deverá providenciar a seguinte documentação:*

**1) Conforme Decreto 127 /32011:**

- Plano de Trabalho;
- Documentação constantes nos incisos I,II (atualizado), III(atualizado), VII e VIII, do art. 9º, do Decreto 127/11,
- Portaria da nomeação da secretária de saúde do Município.

**2) conforme a IN para celebração de convênio para repasse de recursos da PHC:**

- Cópia da ata de reunião e deliberação da CIR de sua área de abrangência aprovando o Plano de Trabalho;

*Observação: Deixo de solicitar que a entidade disponibilize as informações das Despesas e Receitas da Unidade Hospitalar, no Portal de Transparência do Estado ou similar, por orientação da superior, uma vez que o modelo necessário não foi disponibilizado no Portal de Transparência.*

**Na aba DESPESAS:** A proponente deverá informar se a folha é de funcionários do próprio hospital (pessoas físicas) ou de pessoas jurídicas . Caso seja de pessoas jurídicas, deverão enviar os respectivos contratos.

*A presente proposta entra em READEQUAÇÃO, devendo a proponente tomar as providências acima relacionadas. Após, inserir proposta readequada no SIGEF, bem como, inserir a documentação solicitada no SGPE.*

**Observação: A presente proposta não foi analisada na íntegra, em razão de não constar no processo o plano de trabalho.**

*Florianópolis, 15 de Janeiro de 2021.*

Att.

Neli Teresinha Cardoso Couto  
Técnica em Atividades Administrativas  
Gerência de Convênios

**Responsável** XXX.594.489-XX - NELI TERESINHA CARDOSO COUTO  
**Situação** Em Readequação  
**Prazo Readequação** 22/01/2021

**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** 29/12/2020 13:38:05  
**Situação** Em Edição  
**Observação**  
**Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA  
**Data** 29/12/2020 13:41:14  
**Situação** Em Análise - Técnico  
**Observação**

**Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA

**Data** 15/01/2021 17:03:39

**Situação** Em Readequação

**Observação**

**Responsável** XXX.594.489-XX - NELI TERESINHA CARDOSO COUTO

**Data** 18/01/2021 09:56:10

**Situação** Em Reanálise - Técnico

**Observação**

**Responsável** XXX.133.789-XX - DEBORA DA SILVA