

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS:

NOME DA INSTITUIÇÃO:

Hospital Santa Bárbara Beneficente

TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

CNPJ:

95.356.473/0001-32

(☒) Sem Fins Lucrativos

(☐) Cooperativa

(☐) Religiosa

ENDEREÇO:

Rua Don Conrado 764

BAIRRO:

Loeblin

E-MAIL

Adm.hsbb@gmail.com

NOME DO DIRIGENTE RESPONSÁVEL:

Daniel Rubens Griep

PERÍODO DE MANDATO:

CIDADE:

Santa Bárbara do Sul

TELEFONE:

55 31960083

U.F.

RS

CEP:

98.240-000

CPF:

746.651.700-53

CARGO:

Interventor

CEP:

98.240-000

ENDEREÇO:

Rua Don Conrado 764

2. PROPOSTA DE TRABALHO:

NOME DO PROJETO:

PLANTÃO MÉDICO

PRAZO DE EXECUÇÃO

INÍCIO

2025

TÉRMINO

2025

PÚBLICO ALVO:

Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)

OBJETO DE PARCERIA:

Recursos financeiros para pagamento de honorários médicos de plantão médico presencial noturno, fins de semana e feriados e sobreaviso médico diurno de segunda a sexta-feira.

DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA (DEVENDO SER DEMONSTRADO O NEXO ENTRE ESSA REALIDADE E AS ATIVIDADES OU PROJETOS E METAS A SEREM ATINGIDAS)
O HSBB está sob intervenção municipal, e 90% dos seus atendimentos são pelo SUS. É notório o histórico de sub-financiamento da saúde no país e o alto custo em se manter a estrutura hospital em funcionamento.

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:

Plantão Médico 24 horas.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAIS

- a) **Garantir assistência de urgência e Urgência a população de Santa Bárbara do Sul**
- b) **Garantir recursos financeiros para pagamento de plantão médico**

3.2. ESPECÍFICOS

- 1) **Pagamento de honorários médicos para plantão médico**

4. METODOLOGIA:

FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS E DE CUMPRIMENTO DAS METAS

- **Elaboração de Escala Médica**
- **Prestação do Serviço de Plantão Médico a população**
- **Prestação de Contas**

5. METAS E RESULTADOS ESPERADOS:		
5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS E DE ATIVIDADES OU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS, DE ACORDO COM O CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICA DO OBJETO:		
- Prestação do Serviço a Comunidade - Cobertura de assistência médica para urgência e emergência 24hs		
5.2 - RESULTADOS ESPERADOS:		
Oferta de serviços médicos em plantão médico 24hs		
5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS		
Prestação de Contas		
5.4. - DESCRIÇÃO DAS AÇÕES		
Meta	Ações	
1	1	Elaboração de Escala Médica
	2	Disponibilização da Escala para os setores pertinentes
	3	Prestação do Serviço

6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

META	ETAPA/FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UNIDADE	QUANTI-DADE	INÍCIO	TÉRMINO
01	Execução do plano de trabalho	Prestação de serviço de plantão 24hs	Und	1	01/2024	06/2024

7. PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA (R\$1,00)

RECEITA	TOTAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROPONENTE			
CONCEDENTE	R\$ 410.057,24	R\$ 34.171,44	R\$ 410.057,24
TOTAL GERAL	R\$ 410.057,24	R\$ 34.171,44	R\$ 410.057,24
DESPESA	TOTAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROPONENTE			
CONCEDENTE	R\$ 410.057,24	R\$ 34.171,44	R\$ 410.057,24
TOTAL GERAL	R\$ 410.057,24	R\$ 34.171,44	R\$ 410.057,24

8. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

8.1. CONCEDENTE

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
01	R\$ 34.171,44	R\$ 34.171,44	R\$ 34.171,44	R\$ 34.171,44	R\$ 34.171,44	R\$ 34.171,44

[illegible]

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS

9. DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS			
UNID	ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA	VALOR MEN- SAL	VALOR TOTAL
	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica		
12	Pagamento plantão médico	R\$ 34.171,44	R\$ 410.057,24
	TOTAL		R\$ 410.057,24

10. PRESTAÇÃO DE CONTAS

MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

- ____ (____) dias contados do recebimento do repasse mensal.
- **60 (Sessenta)** dias contados do término da vigência.

9. PRAZO DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

- ____ dias, contados da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

Local e Data

Santa Bárbara do Sul, 02 de janeiro de 2025

Representante Legal da OSC, (nome e CPF)


Daniel
CPF: 000.000.000-00

11. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, declaro, para fins de comprovação junto ao MUNICÍPIO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem quaisquer débitos ou situações de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho.

Pede deferimento.


Daniel
CPF: 000.000.000-00

Santa Bárbara do Sul, 02 de janeiro de 2025

Local e Data

Organização da Sociedade Civil