



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA

PLANO DE TRABALHO

EM CONCORDÂNCIA COM O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA E ATIVIDADES CORRELATAS DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓPRIOS PÚBLICOS PERMISSIONADOS.

À PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUPIRANGA
À PREFEITA MUNICIPAL, EXMA. SRA. DÉBORA CRISTINA VOLPINI ANDRÉ
AO DMS – DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA
AO DIRETOR DE SAÚDE, ILMO. SR. LINEU PINTO

PROPONENTE: INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ/MF: N° 09.268.215/0001-62

Matriz: Rua Emygdia Campolim, 131, Parque Campolim, Sorocaba, SP, CEP 18047-626
Telefones para Contato: 15 3035-2779 / 15 99131-9718 / 17 99761-2796
Contatos por e-mail: thiago.rocha@incs.org.br & antonio.pereira@incs.org.br

Diretor de Operações do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE:

SR. THIAGO LENCKI ROCHA: _____

OBJETO:

Contratação de Organização Social para a prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento de Jacupiranga, nos termos do CONTRATO DE GESTÃO, localizada no Município de Jacupiranga, Estado de São Paulo.

PRAZO:

A vigência do Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, contados da emissão da ordem de serviço, e passível de renovação anual mediante o cumprimento de PLANO DE TRABALHO e nos termos da Lei, facultada a repactuação de metas e indicadores da execução contratual, para melhor atendimento do interesse público e adaptação do Contrato de Gestão, às variações de demanda, a fim de alcançar maior eficiência.

OBJETIVO DESTE DOCUMENTO:

Elaboração de PLANO DE TRABALHO de acordo com o disposto no Edital de Chamamento Público para seleção de Organização Social para gestão da Unidade de Pronto Atendimento de Jacupiranga, do município de Jacupiranga, referente ao Processo de Seleção Nº 002/2019 DMS, de pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, qualificada como Organização Social – OS, no Município de Jacupiranga, Estado de São Paulo, com vistas à celebração de Contrato de Gestão objetivando a operacionalização, a execução e a gestão de trabalhos nos diversos serviços da referida Unidade, no atendimento de urgência e emergência à população, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, ágil, coerente com seus princípios, trabalhando com processos bem definidos e eficientes, com profissionais médicos, técnicos e de apoio, habilitados e capacitados por meio de educação permanente, visando a melhoria contínua e a máxima qualidade possível.

Jacupiranga – SP, 17 de dezembro de 2.019.

BREVE HISTÓRICO DO INCS

Nossa Instituição nasceu com o objetivo de concretizar o sonho de um grupo de profissionais da área da saúde, através da conscientização da população, da promoção de ações organizadas, da concepção de novas alternativas para a área, do desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e da otimização dos recursos humanos e financeiros disponíveis em cada empreitada, garantindo o máximo em qualidade e economicidade e a maior abrangência possível.

É por este e outros motivos que o INCS vem destacando-se em prol da melhoria da saúde pública, disponibilizando novas ferramentas e novos conceitos para o bem estar geral.

PERFIL INSTITUCIONAL

O INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde é uma associação sem fins econômicos, de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, regida por estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

Idealizamos, implantamos, executamos e gerenciamos programas que visam a promoção da saúde, a assistência social em saúde, a assistência hospitalar, além do desenvolvimento tecnológico em saúde, contemplando o treinamento, a capacitação e o desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos, além de vislumbrar a completa informatização, indispensável ferramenta para a compilação de dados, necessários ao fornecimento de informações voltadas para a constante melhora do processo de trabalho, e ainda para o fornecimento dos subsídios que nortearam a estratégia de planejamento para as necessidades prementes e futuras.

Nesse contexto, implantamos, executamos e gerimos Planos de Trabalho, em diversos municípios, que envolvem não somente a equipe gestora e a equipe executora, mas também a comunidade, em assuntos concernentes a saúde, potencializando a capacitação pessoal, através de treinamentos e de educação permanente da mão de obra local, além da promoção e do desenvolvimento da responsabilidade social, do respeito à saúde e a vida, envolvendo as classes profissionais e a comunidade adstrita, reconhecendo-as em todos os sentidos, e estimulando-as a participarem e colaborarem com todos os nossos Planos de Trabalho.

MISSÃO INSTITUCIONAL

“Idealizar, implantar, desenvolver, gerir e executar projetos de saúde e planos de trabalho que visem a promoção da saúde, através da contínua capacitação profissional e do desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias, capazes de otimizar e potencializar os recursos disponíveis, buscando o envolvimento das classes profissionais, da comunidade e do Poder Público, estimulando-os a participar e colaborar com tais projetos de saúde e planos de trabalho”.

CAMPO DE ATUAÇÃO DO INCS

O INCS desenvolve projetos e ações em logística, atividades, execução e gerenciamento em unidades de saúde públicas, que contemplam serviços ambulatoriais, pronto atendimento, pronto socorro, internação, serviço de apoio diagnóstico e demais serviços de apoio, em baixa, média e alta complexidade, buscando uma gestão calcada nos princípios da formalidade, impessoalidade e profissionalismo, com a visão de ser referência de qualidade como entidade especializada no desenvolvimento estratégico e serviços de gestão em saúde pública, através da:

- ✓ Promoção e apoio no desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde.
- ✓ Gestão, complementação e operacionalização de equipamentos integrantes do Sistema Único da Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal, conforme estabelecido nos distintos Contratos de Gestão.
- ✓ Criação de oportunidades de intercâmbio de conhecimentos e experiências, em nível local, nacional e internacional na área da saúde.
- ✓ Prestação de consultoria e assessoramento técnico e especializado na área de saúde e de gestão hospitalar.
- ✓ Promoção da capacitação dos recursos humanos dos setores públicos e privados para a área da saúde.
- ✓ Gestão de recursos humanos e gerais de hospitais, postos de saúde, clínicas, demais estabelecimentos de saúde e de ensino para a área da saúde, bem como contratar empresas para executar o mesmo tipo de serviço na área de saúde, sob a responsabilidade do INCS.
- ✓ Promoção de ações que visem o incentivo à construção, reforma ou restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.

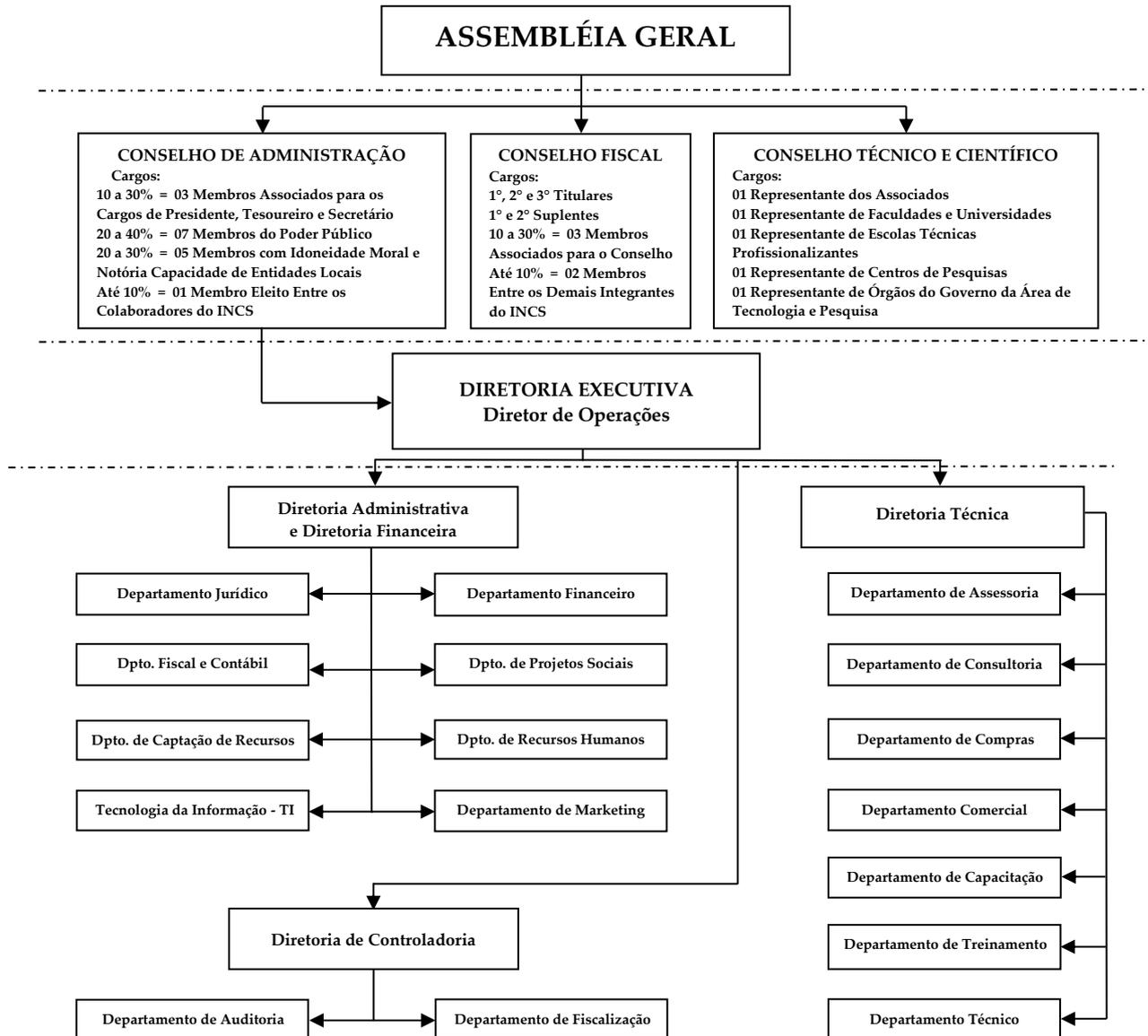
- ✓ Viabilização por meio de articulações com os setores público e privado, de financiamento para construção e restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.
- ✓ Observação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, no desenvolvimento de trabalhos na área da saúde.
- ✓ Firmação de contratos de prestação de serviços, contratos de gestão, convênios, termos de cooperação ou acordos com o poder público, em todos os níveis ou com a iniciativa privada, para gestão e gerenciamento público de saúde, com implementação e desenvolvimento de programas do governo na área da saúde pública.
- ✓ Colaboração com os poderes públicos sempre que sua atuação for solicitada em benefício da comunidade e atendimento humanizado nas unidades de saúde e de educação para melhor atendimento da população e especialmente aos portadores de necessidades especiais.
- ✓ Prestação de serviços na área de assistência, promoção social e saúde, que promovam a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência, aos idosos e aos portadores de necessidades especiais.
- ✓ Promoção e realização de atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos.

PRINCIPAIS LINHAS DE AÇÃO DO INCS

- Organizar serviços de saúde e assistência social.
- Organizar treinamentos, palestras, seminários e cursos especiais na área da saúde e assistência social.
- Organizar e promover, projetos de estudos, pesquisas e extensão na área de saúde e assistência social.
- Desenvolver programas de treinamento, atualização e capacitação profissional.
- Desenvolver programas de saúde à família, aos trabalhadores, seus dependentes, terceira idade e a comunidade.
- Desenvolver programas, estágios e pesquisas, em parcerias com faculdades, universidades, escolas técnicas e profissionalizantes.

- Desenvolver modelos experimentais não lucrativos de produção, comércio, emprego e crédito, estudos, coordenação, execução, fomento e apoio de ações de inovação e desenvolvimento científico e tecnológico, de gestão, de transferência de tecnologia e de promoção do capital humano, através de atividades de educação e treinamento apropriados de natureza técnica, cultural em tecnologia da informação, na área da saúde e serviços correlatos, visando o desenvolvimento sócio econômico da comunidade envolvida.
- Promover o voluntariado.
- Integrar com programas oficiais do setor público.
- Desenvolver programas de apoio aos profissionais do setor de saúde e assistência social.
- Desenvolver programas e produtos de assistência à saúde e assistência social.
- Manter atividades de atendimento à saúde, em forma de gratuidade conforme legislação vigente.
- Desenvolver campanhas de prevenção e sistemas de promoção da saúde, como mutirões, em parcerias com o setor público e privado.
- Promover estágios para profissionais da área da saúde, da assistência social e da educação.
- Desenvolver soluções diagnósticas para hospitais, e ferramentas em gestão para saúde pública.
- Colaborar com poderes públicos no exame e encaminhamentos de atos normativos de qualquer espécie, relativos às finalidades estatutárias e serviços correlatos.
- Colaborar na concepção e implementação de políticas públicas.
- Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtidas através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e também no exterior.
- Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus colaboradores para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de qualidade.
- Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico envolvido.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO INCS



1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, conforme Chamamento Público Nº 002/2019 DMS.

INTRODUÇÃO

Nosso Plano de Trabalho contém a Proposta Técnica que será minuciosamente pormenorizada no decorrer da apresentação deste documento. Nele demonstramos o conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada, para caracterizar o perfil da Unidade de Saúde em questão, assim como o trabalho técnico gerencial definido no Objeto da Chamada Pública, com base nas indicações e informações constantes no Edital e seus Anexos Técnicos, bem como do nosso conhecimento sobre a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, sobre toda a Rede de Atenção à Saúde do Município de Jacupiranga, além das demais pesquisas realizadas através de meio eletrônico pela nossa equipe técnica, financeira e jurídica.

Demonstramos também, a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do Objeto da contratação prevista.

O Plano de Trabalho aqui apresentado contém a descrição das atividades, evidenciando-se os benefícios econômicos e sociais que serão alcançados, caso esta Douta Comissão Especial de Seleção selecione o INCS para gerir, operacionalizar e executar os serviços na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, em prol da comunidade assistida na abrangência geográfica em questão, bem como os resultados positivos que sempre obtivemos, levando-se em conta, para tanto, o perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde que apresentaremos adiante.

Dessa forma, na formulação desse Plano de Trabalho, assim como do Plano Orçamentário de Custeio, computamos todas as despesas e todos os custos operacionais referentes à manutenção e execução das ações de saúde propostas, tanto os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), quanto os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do

Trabalho, cumprindo assim, todas as diretrizes e metas estabelecidas por todas as instâncias gestoras do SUS, para a execução do Objeto previsto.

Apresentaremos inicialmente as diretrizes e postulados que estarão discriminados no **Roteiro de Elaboração do Plano de Trabalho**, ou seja, a descrição do modo de como será feita realizada a gestão e a menção aos processos e protocolos a serem realizados de maneira genérica, bem como das melhorias, dos avanços, e da lapidação da excelência dos nossos serviços, sendo que, no transcorrer da apresentação desse nosso novo Plano de Trabalho, apresentaremos as particularidades técnicas inerentes a cada subtítulo em questão.

Assim, este Plano de Trabalho contemplará os meios e os recursos necessários para a execução das ações e serviços Objeto da contratação, sendo elaborado segundo os critérios dispostos no Edital e seus Anexos, contendo os seguintes elementos:

- ✓ A **Descrição da Organização Técnico-Administrativa**, voltada ao desenvolvimento das ações de fomento e gerenciamento da unidade de saúde, Objeto do Contrato.
- ✓ O **Dimensionamento de Pessoal a Ser Contratado**, por categoria profissional, por carga horária semanal contratada e por quantidades, dimensionado além das equipes assistenciais mínimas - técnica, administrativa e gerencial - necessárias para a execução das atividades propostas.
- ✓ O **Plano de Cargos e Salários**, propostos para os profissionais que serão contratados, em todos os níveis hierárquicos, explicitando todos os benefícios envolvidos.
- ✓ O **Cronograma de Operacionalização, Gestão e Execução** das atividades previstas.

INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES E SERVIÇOS CONSTANTES NO EDITAL

Sob o ponto de vista da prestação de serviços aos cidadãos, a saúde pública pode ser dividida, de maneira simplista, em três níveis:

- ✓ a saúde primária, que consiste no atendimento básico em unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos;
- ✓ a saúde secundária, que compreende as consultas de especialidades e a realização de exames clínicos mais complexos; e,

- ✓ a saúde terciária, que envolve a urgência e emergência e o atendimento de alta complexidade, concentrada em cirurgias, traumatologia e no atendimento clínico hospitalar.

Como se sabe, a possibilidade de conceder à iniciativa privada os serviços públicos gratuitos, como os da saúde, foi uma das inovações promovidas pelo regime de parcerias não lucrativas com Organizações Sociais, que oportunizou a delegação dos serviços a partir da possibilidade do Poder Público realizar repasses pelos serviços prestados, ocupando a posição de usuária indireta dos serviços.

Se é verdade que o Estado tem o dever legal de garantir a prestação desses serviços à população, nada mais natural do que o Estado busque os meios para garantir a realização desses investimentos necessários, e, em contrapartida, assuma a responsabilidade pela adequada remuneração daquele que foi contratado para prestar a atividade junto à população.

É preciso, pois, dotar os Municípios de gestão e regulação eficientes dos serviços de saúde, de maneira a melhor identificar as necessidades (diagnóstico) e melhor alocar os recursos na prevenção, na atenção de base, o que fará com que os mesmos passem a concentrar seus recursos financeiros naquilo que efetivamente trará resultados, otimizando os gastos com saúde (racionalização de despesas), bem como buscando soluções através de convênios com os Estados, para que os investimentos na atenção terciária – de alta complexidade – possam ser executados pelo ente que efetivamente possui capacidade financeira para fazê-lo (por exemplo, a construção e operação de hospitais regionais).

Uma solução promissora, na verdade, está desenhada de forma bastante clara no regime de colaboração com o Terceiro Setor, através da contratação das entidades capazes que dele fazem parte, para a gestão e a prestação dos serviços de apoio à saúde, com os níveis de qualidade desejados – e de maneira gratuita à população –, onde seja possível, efetivamente dotar o Município, de infraestrutura adequada para implantar uma gestão inteligente do sistema de saúde municipal, a partir do melhor entendimento e dimensionamento da oferta (rede de saúde pública) e da demanda (perfil epidemiológico) da população, daquela determinada localidade.

É claro que, para tanto, alguns obstáculos ainda continuam precisando ser superados, como o regime de servidores públicos, os limites de receita corrente líquida para aplicação, a governança entre diferentes prestadores de serviços de saúde na cidade, especialmente na parte clínica, entres outros.

Tais obstáculos, porém, colocam-se irrelevantes e acessórios, em face da importância de se promover medidas verdadeiramente corajosas e eficientes na busca por soluções concretas para a resolução do problema de saúde pública, na esfera mais próxima dos cidadãos, que é a esfera Municipal.

Não seria arriscado afirmar: a solução para a Saúde está nas mãos dos Municípios, e isto está longe de ser uma constatação de menor importância.

Do lado da iniciativa privada, embora a complexidade dos projetos nesta seara seja um desestimulador para o interesse de empresas no setor de saúde primária – especialmente em relação a outros setores da economia mais maduros, onde os riscos são mais conhecidos e o retorno mais garantido –, já existe no mercado quem enxergue para o setor de saúde privada com outros olhos, com foco na prestação dos serviços (e não puramente na construção de obras) estudando o setor com seriedade, a fim de buscar mecanismos de melhoria da eficiência na gestão e prestação dos serviços, com custos mais baixos, com redução de despesas para os Municípios, e, ao mesmo tempo, com aumento da qualidade e elevação nos índices de atendimento, com consequente redução dos indicadores de enfermidades e mortalidade e customização dos recursos.

Na verdade, iniciativas nesse sentido devem ser aplaudidas e incentivadas, pois a solução para a saúde pública no Brasil passa necessariamente pela saúde de base, ou seja, passa necessariamente pelos Municípios, e, também por isso, passa necessariamente pela formatação de parcerias entre o setor público e a iniciativa privada, para viabilizar os investimentos, trazendo as expertises de eficiência e gestão, necessárias para que os munícipes, enfim, possam receber atendimento digno, no cuidado humano mais básico, que os serviços de saúde primária e secundária municipais representam.

No caso da atenção secundária, que é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatórios e hospitais –, garante-se o acesso à população sob sua gestão, que está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de regionalização, que tem como objetivo, definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária.

A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e assistência a pacientes internados, treinamento, avaliação e acompanhamento.

No caso, a delegação de ações e serviços junto a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, visam fomentar melhorias na atenção aos usuários, assim, o objetivo da iniciativa, é uma melhoria dos níveis de qualidade no atendimento dos pacientes em unidades da rede municipal de saúde, melhorando o acesso aos mesmos, bem como, garantindo elevados níveis de qualidade na gestão e prestação dos serviços, proporcionando uma redução do tempo de espera.

A implantação de um sistema descentralizado de serviços, permitirá que, progressivamente, a rede municipal de saúde aumente a sua capacidade e eficiência, permitindo o acesso aos mesmos, em condições mais rápidas e duradouras.

Também se mostra essencial a manutenção e conservação de todas as instalações necessárias à prestação desses serviços, obrigando-se a Organização Social gestora, entre outras responsabilidades, mantê-las em condições elevadas

de higiene, limpeza e conservação, durante todo o prazo da parceria.

Outro ponto de relevância é a manutenção e conservação dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários, dentre outros, incluindo:

- a) a manutenção e conservação de todos os equipamentos cedidos, conforme o Termo de Cessão e Uso de Bens Públicos, em adequadas condições de utilização;
- b) a manutenção e conservação do mobiliário e outros equipamentos de natureza similar, necessários à prestação dos serviços; e,
- c) a manutenção ao sistema de informação e infraestrutura tecnológica associada, englobando a manutenção, conservação e suporte das aplicações informáticas, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão, a administração das aplicações, dos sistemas operacionais e das bases de dados necessárias, a gestão e monitoramento das redes de comunicações internas e externas e a gestão da segurança, do backup, e ainda, do plano de contingências.

Assim, de acordo com o descrito no Edital, a Organização Social vencedora será responsável pela gestão de recursos humanos contratados diretamente, indiretamente e pelos cedidos pela municipalidade, pela aquisição e disponibilização de todo e quaisquer insumos, materiais de consumo, materiais médico-hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como dos serviços de limpeza e higienização, análises clínicas, alimentação aos pacientes e usuários, manutenção do Sistema de Informações Gerenciais, incluindo o pagamento das tarifas de telefonia, provedoria de internet, gases medicinais, pelas instalações e segurança das mesmas, e ainda, pelo enxoval, lavanderia, gestão de resíduos, dentre outras tantas menores, imprescindíveis à atividade, respeitando as normas estabelecidas e jurisdicionadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, no que tange a um Contrato de Gestão.

Assim, se formos os vencedores desse Processo de Seleção, continuaremos com todo o empenho e dedicação de sempre, à trabalhar, administrativa, financeira e operacionalmente, em prol da população de Jacupiranga, sempre em parceria com a equipe do DMS - Departamento Municipal de Saúde, com a qual temos o orgulho de trabalhar.

METAS ESTRATÉGICAS

I – Assistência à Saúde

- ✓ Realizar as metas estabelecidas no Plano de Metas de Produção.
- ✓ Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais de observação e de urgência e emergência.

II – Urgência / Emergência

- ✓ Manter o serviço de Urgência/Emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

III – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

- ✓ Realizar os exames abaixo especificados conforme a necessidade dos usuários:
 - Análises Clínicas;
 - ECG – Eletrocardiograma; e,
 - Radiologia Digital.

IV – Principais Serviços de Apoio

- ✓ Realizar os serviços de apoio abaixo especificados:
 - Serviços Administrativos e Financeiros;
 - Serviços de Dedetização, Desratização e Eliminação de Pragas Urbanas;
 - Serviços de Engenharia Clínica;
 - Serviços de Gestão Logística de Farmácia Clínica e Almoxarifado;
 - Serviços de Lavanderia e Manutenção de Enxoval;
 - Serviços de Limpeza e Higienização,
 - Serviços de Limpeza e Manutenção de Caixas d'Água e Análise de Água;
 - Serviços de Manutenção e Higienização de Climatizadores de Ar (PMOC);
 - Serviços de Manutenção Predial e de Mobiliários;
 - Serviços de Nutrição e Dietética (SND);
 - Serviços de Roçagem e Jardinagem; e,
 - Serviços de Tecnologia de Informação (hardware e software).

V – Implantação de Projetos Adicionais

- Dashboard que é um painel com controle de tempo em monitores nas salas de espera, dos pacientes classificados, atendidos, bem como dos que estão aguardando atendimento;
- Digitalização do novo equipamento de radiologia;
- Sistema PACS para disponibilizar imagens de exames; (caso a DMS se interesse, podemos liberar as imagens para toda a Rede Municipal);
- NAS – Network Attached Storage, é uma unidade dedicada exclusivamente ao armazenamento de arquivos em uma rede de computadores;

Concluindo, implantaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, caso sejamos os vencedores, ato contínuo à assinatura do Contrato de Gestão, de acordo com o que será oportunamente apresentado no CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES, o que segue de 'a' a 'z':

- a) Aperfeiçoamento Profissional e Educação Continuada e Permanente;
- b) Comissão de Ética Médica (CEM);
- c) Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);
- d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- e) Comissão de Revisão de Óbitos (CRO);
- f) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP);
- g) Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (CPMME);
- h) Digitalização do novo equipamento de Raio X;
- i) Engenharia Clínica;
- j) Fornecimento e manutenção de enxoval;
- k) Implantação de Comitê de Qualidade (CQ);
- l) Implantação de Sistema de Informações Gerenciais e Governança (SIG);
- m) Implantação de um Conselho Gestor;
- n) Política de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- o) Política Nacional de Humanização (PNH);
- p) Pesquisa de Satisfação dos Usuários com Manutenção do Totem Digital de Pesquisa de Satisfação;
- q) Qualidade da Informação;
- r) Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
- s) Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria (SAU);
- t) Serviços de Limpeza e Higienização,
- u) Serviços de Dedetização, Desratização e Eliminação de Pragas Urbanas;
- v) Serviços de Manutenção Predial e Revitalização da Ambiência;
- w) Serviços de Limpeza e Manutenção de Climatizadores (PMOC);
- x) Serviços de Nutrição e Dietética (SND);
- y) Serviços de Roçagem e Jardinagem; e,
- z) Sistema de Gestão e Logística de Farmácia Clínica e Almoxarifado.

MECANISMO DE CONTROLE INTERNO TENDO EM VISTA A REALIZAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA E O ALCANCE DAS METAS QUALIQUANTITATIVAS ESTABELECIDAS NO EDITAL

O INCS terá como principal Mecanismo de Controle Interno uma rotina mensal de emissão e avaliação de relatórios gerenciais, utilizando-se do Sistema de Informações Gerenciais ofertado, que permitirá o monitoramento das Metas Quantitativas de Produção, bem como as Metas Qualitativas, estabelecidas no Edital, a serem aferidas durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

CONHECIMENTO E VISÃO ESTRATÉGICA EM FACE DO OBJETO DO CERTAME E DAS CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE ASSISTENCIAL EM QUESTÃO

O INCS possui um vasto conhecimento em gestão de saúde pública, com expertise e know how na área da saúde, como pode ser comprovado com os vários equipamentos de saúde mencionados no item **C1. EXPERIÊNCIA (AVALIADA SEGUNDO TEMPO E VOLUME DE ATIVIDADE)**, que serão comprovados pelos Atestados de Capacidade Técnica e/ou Contratos, que seguirão anexados no final deste Plano de Trabalho.

Contudo, se faz necessário, focar os Princípios, Diretrizes e Recursos do SUS como visão estratégica do Objeto do certame, representados pela:

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão pelo Sistema Único de Saúde.
- **Integralidade:** é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar atenção integral.
- **Equidade:** é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios.

- **Descentralização:** é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário.
- **Municipalização:** é um passo importante de descentralização, em que a gestão se desloca do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos.
- **Distritalização:** é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território.
- **Regionalização:** Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito.
- **Hierarquização:** é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades, centros de referência e hospitais.
- **Responsabilização:** é a capacidade do Sistema de Saúde ativamente assumir responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando à atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva.
- **Vínculo:** é a ligação que se estabelece entre o usuário, o sistema de saúde, a equipe local e o profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/população, se vincula a uma equipe ou profissional de saúde.
- **Recursos Financeiros:** são vitais para a operacionalização do SUS. Originam-se do Governo Federal, Estadual e recursos do próprio Município. Sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde, onde estão disponibilizadas as prestações de contas da saúde.
- **Recursos Humanos:** são os profissionais de saúde e suas relações de trabalho.
- **Controle Social:** é o exercício do controle que a sociedade exerce sobre o estado, através da participação dos cidadãos na gestão. Sua ação é realizada pelos Conselhos de Saúde – Municipais, Distritais e Locais. O Conselho

Municipal de Saúde tem caráter permanente, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, e tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, de conformidade com a Lei Orgânica do Município e Leis Federais nº 8.080/1.990 e nº 8.142/1.990, constituindo-se no órgão colegiado máximo responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município.

I- Relatórios Gerenciais

ESTUDO DA CARACTERIZAÇÃO E DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE JACUPIRANGA – SÃO PAULO



Caracterização do território

Área 711,36 km ²	IDHM 2010 0,717	Faixa do IDHM Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)	População (Censo 2010) 17.208 hab.
Densidade demográfica 24,17 hab/km ²	Ano de instalação 1927	Microrregião Registro	Mesorregião Litoral Sul Paulista

POPULAÇÃO

Entre 2000 e 2010, a população de Jacupiranga cresceu a uma taxa média anual de 0,10%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 58,93% para 54,45%. Em 2010 viviam, no município, 17.208 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,80%. Na UF, esta taxa foi de 1,78%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 61,42% para 58,93%.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Jacupiranga - SP

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	14.515	100,00	17.041	100,00	17.208	100,00
População residente masculina	7.274	50,11	8.709	51,11	8.777	51,01
População residente feminina	7.242	49,89	8.332	48,89	8.431	48,99
População urbana	8.915	61,42	10.043	58,93	9.369	54,45
População rural	5.600	38,58	6.998	41,07	7.839	45,55

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

ESTRUTURA ETÁRIA

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 61,22% para 52,85% e a taxa de envelhecimento, de 6,23% para 8,15%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 74,48% e 4,38%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

O que é razão de dependência?

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

O que é taxa de envelhecimento?

Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

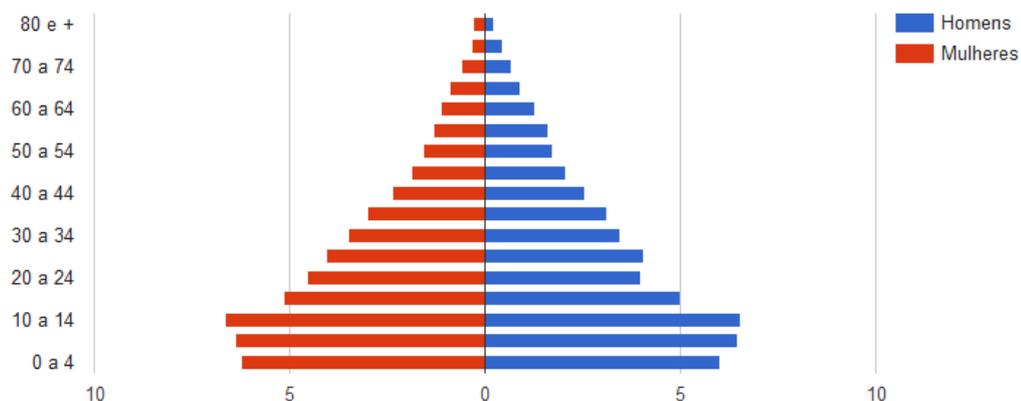
Estrutura Etária da População - Município - Jacupiranga - SP

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	5.560	38,31	5.409	31,74	4.548	26,43
15 a 64 anos	8.319	57,31	10.570	62,03	11.258	65,42
População de 65 anos ou mais	636	4,38	1.062	6,23	1.402	8,15
Razão de dependência	74,48	-	61,22	-	52,85	-
Taxa de envelhecimento	4,38	-	6,23	-	8,15	-

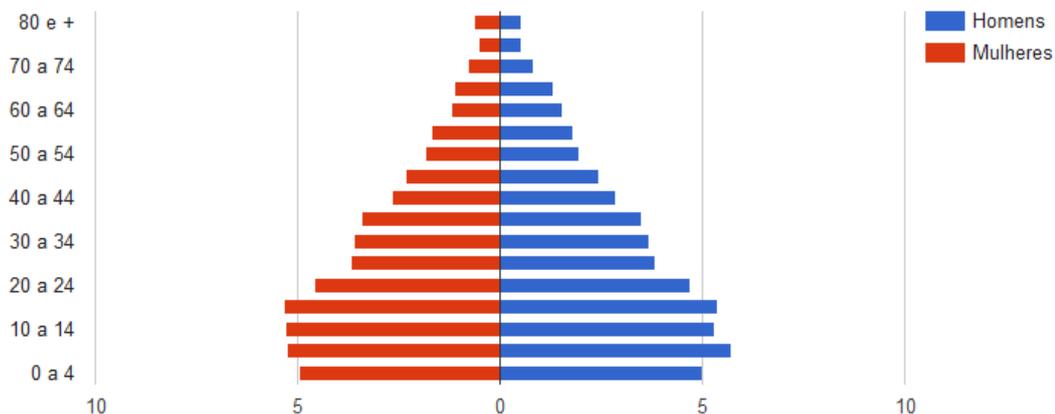
Fonte: PNUD, Ipea e FJP

1991 Pirâmide etária - Jacupiranga - SP

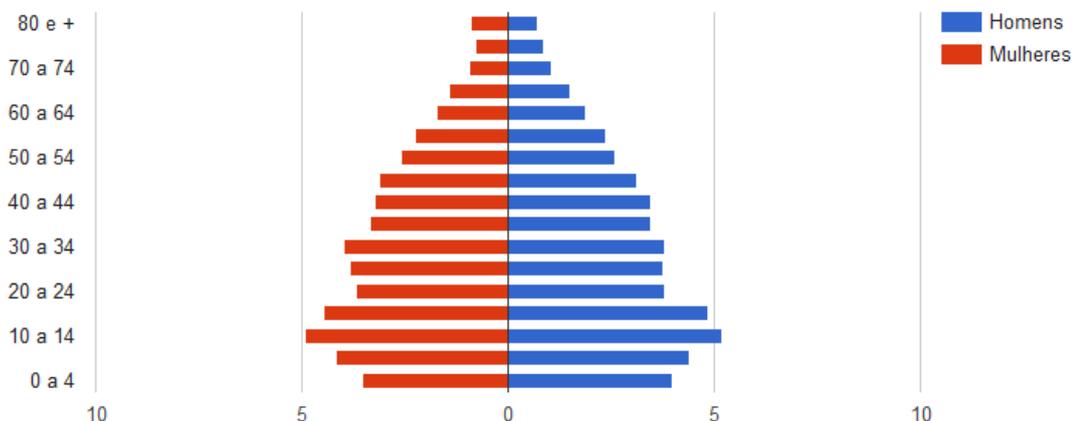
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2000 Pirâmide etária - Jacupiranga - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2010 Pirâmide etária - Jacupiranga - SP
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 25,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 14,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 32,0. Já na UF, a taxa era de 13,9, em 2010, de 19,4, em 2000 e 27,3, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Jacupiranga - SP

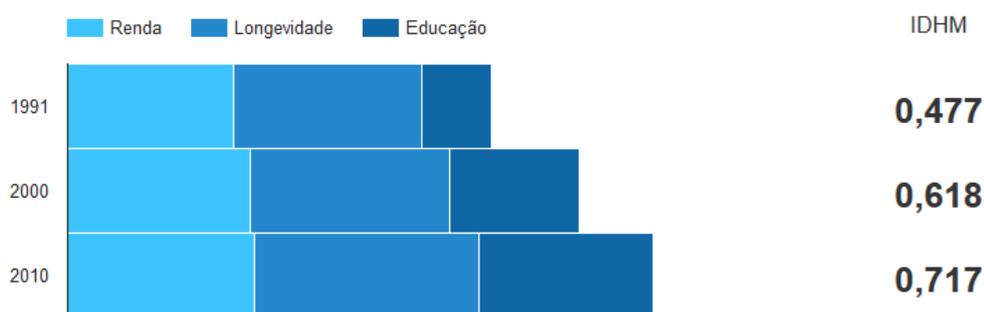
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	66,7	69,0	74,9
Mortalidade infantil	32,0	25,7	14,9
Mortalidade até 5 anos de idade	36,2	29,8	17,2
Taxa de fecundidade total	4,0	3,1	2,5

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,9 anos na última década, passando de 69,0 anos, em 2000, para 74,9 anos, em 2010. Em 1991, era de 66,7 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

IDHM



O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) – Jacupiranga é 0,717, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,832, seguida de Renda, com índice de 0,687, e de Educação, com índice de 0,644.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Jacupiranga - SP

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,255	0,478	0,644
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	26,06	36,74	48,19
% de 5 a 6 anos na escola	21,60	62,34	93,73
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	49,22	63,50	87,10
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	17,88	55,15	73,57
% de 18 a 20 anos com médio completo	12,07	37,21	43,19
IDHM Longevidade	0,695	0,733	0,832
Esperança de vida ao nascer	66,71	69,00	74,89
IDHM Renda	0,612	0,675	0,687
Renda per capita	360,84	535,20	574,52

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

EVOLUÇÃO

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,618 em 2000 para 0,717 em 2010 – uma taxa de crescimento de 16,02%.

O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 74,08% entre 2000 e 2010.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,166), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,477 em 1991 para 0,618 em 2000 – uma taxa de crescimento de 29,56%.

O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 73,04% entre 1991 e 2000.

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,223), seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 1991 e 2010

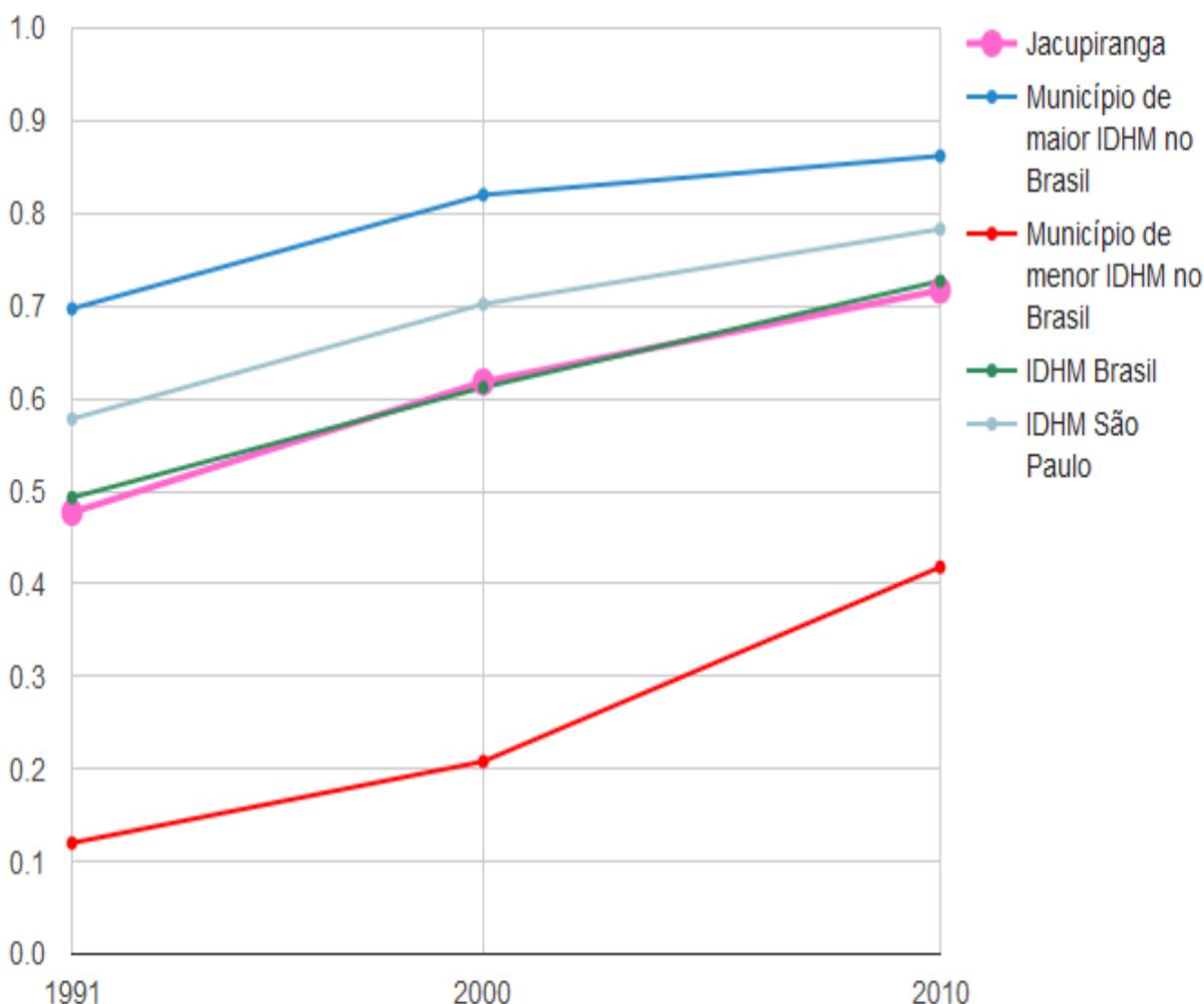
De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,477, em 1991, para 0,717, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,578 para 0,783.

Isso implica em uma taxa de crescimento de 50,31% para o município e 35% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 54,11% para o município e 53,85% para a UF.

No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,389), seguida por Longevidade e por Renda.

Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

Evolução do IDHM - Jacupiranga - SP



Jacupiranga ocupa a 1.398ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM.

Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

Área (Em km²) - 2019

Município	704,19
RG	12.135,97
RA	12.135,97
Estado	248.219,63

População - 2019

Município	17.208
RG	273.568
RA	273.568
Estado	44.314.930

Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 2019

Município	24,44
RG	22,54
RA	22,54
Estado	178,53

Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2019 (Em % a.a.) - 2019

Município	0,00
RG	0,18
RA	0,18
Estado	0,81

Grau de Urbanização (Em %) - 2019

Município	54,45
RG	73,72
RA	73,72
Estado	96,47

Índice de Envelhecimento (Em %) - 2019

Município	71,22
RG	71,97
RA	71,97
Estado	78,13

População com Menos de 15 Anos (Em %) - 2019

Município	21,08
RG	21,52
RA	21,52
Estado	19,02

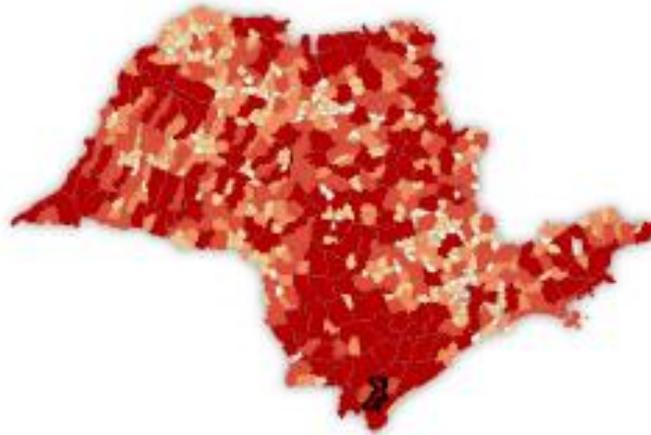
População com 60 Anos e Mais (Em %) - 2019

Município	15,02
RG	15,49
RA	15,49
Estado	14,86

Razão de Sexos - 2019

Município	102,69
RG	99,28
RA	99,28
Estado	94,80

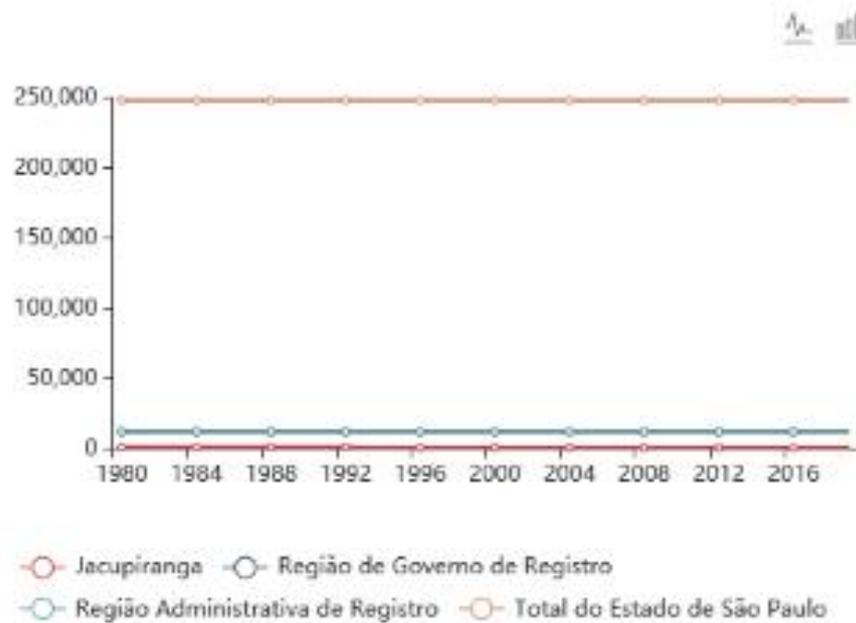
Área (Em km2) - 2019



Valor



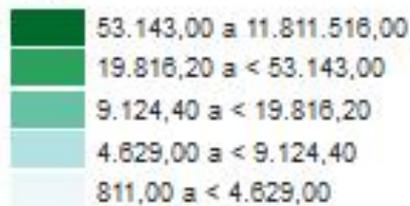
Área (Em km2) - 1980-2019



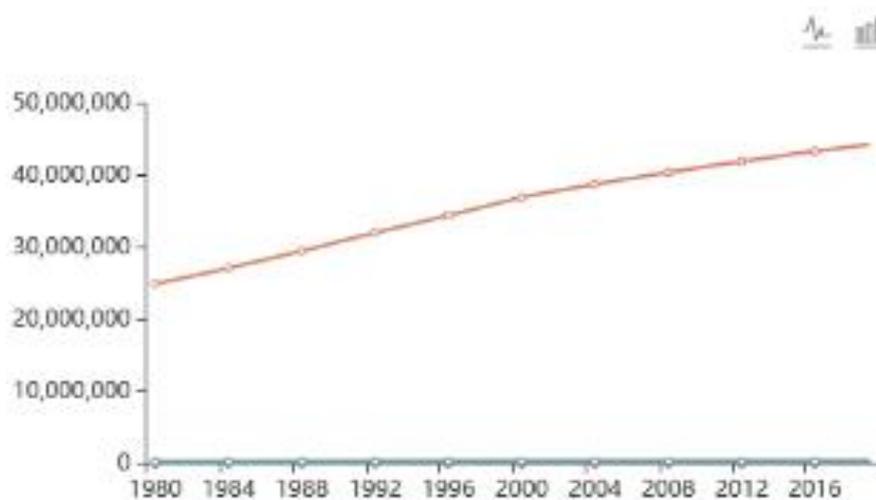
i População - 2019



Valor

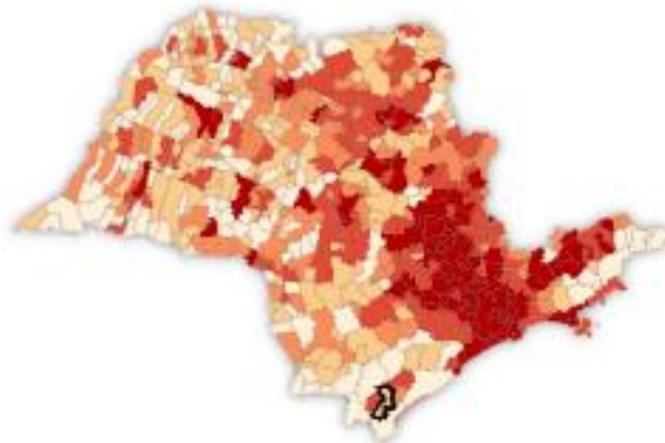


i População - 1980-2019



Jacupiranga
 Região de Governo de Registro
 Região Administrativa de Registro
 Total do Estado de São Paulo

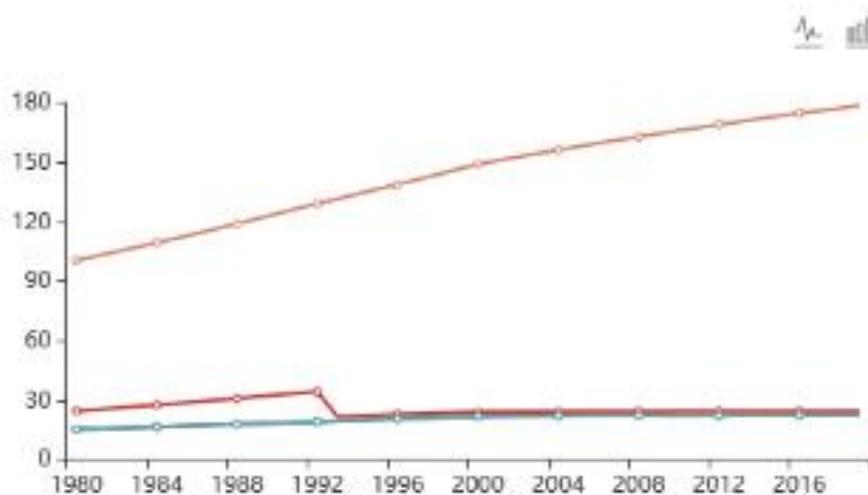
i Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 2019



Valor

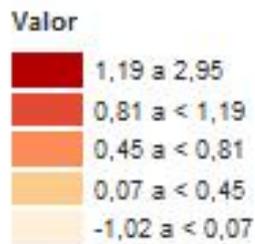
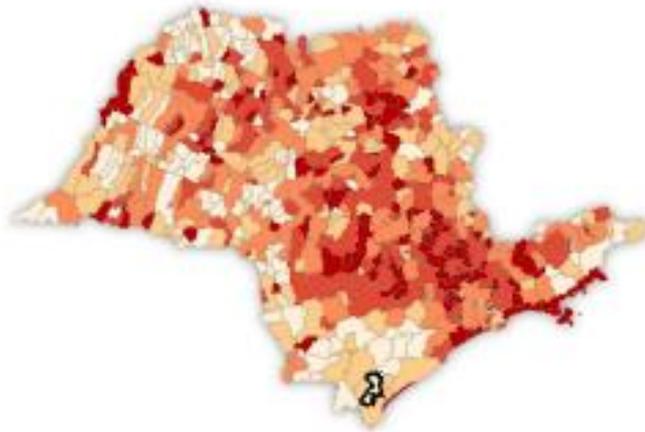


i Densidade Demográfica (Habitantes/km²) - 1980-2019



—○— Jacupiranga
 —○— Região de Governo de Registro
—○— Região Administrativa de Registro
 —○— Total do Estado de São Paulo

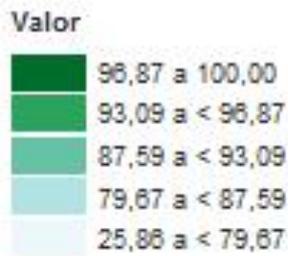
i Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2019 (Em % a.a.) - 2019



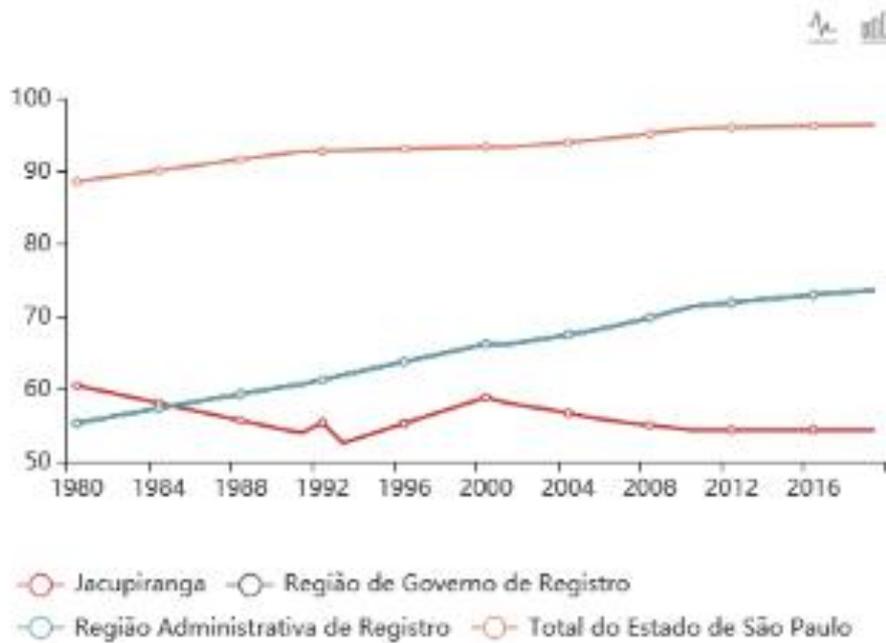
i Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2019 (Em % a.a.) - 2019



i Grau de Urbanização (Em %) - 2019



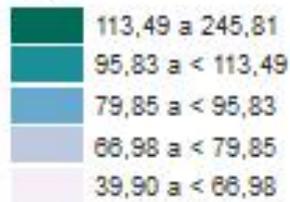
i Grau de Urbanização (Em %) - 1980-2019



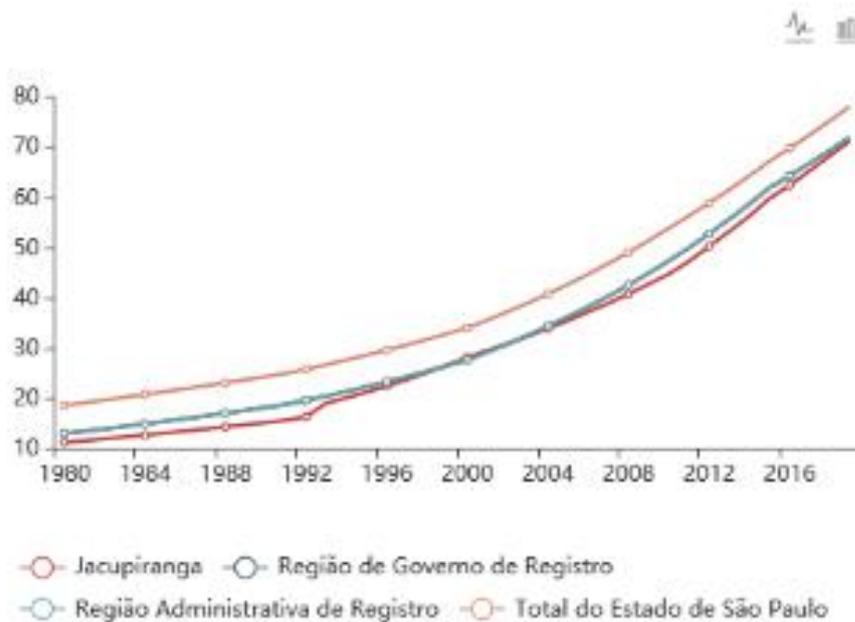
Índice de Envelhecimento (Em %) - 2019



Valor



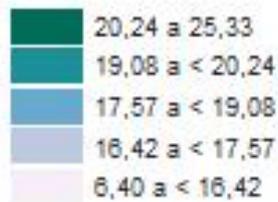
Índice de Envelhecimento (Em %) - 1980-2019



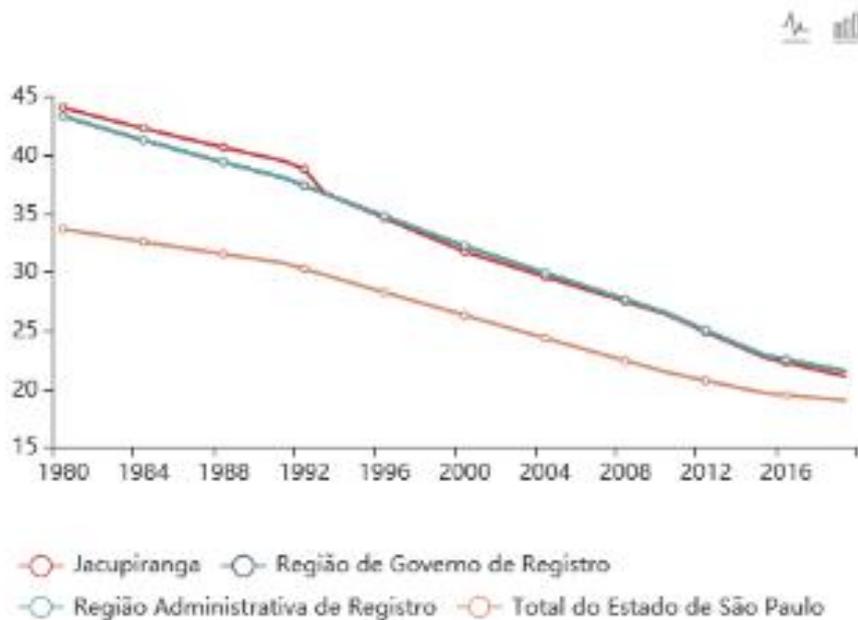
i População com Menos de 15 Anos (Em %) - 2019



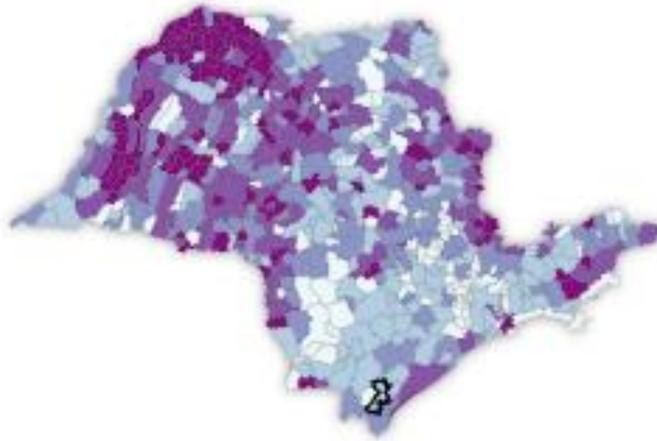
Valor



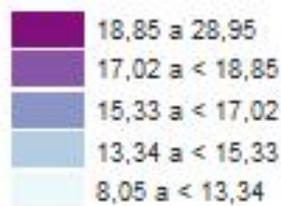
i População com Menos de 15 Anos (Em %) - 1980-2019



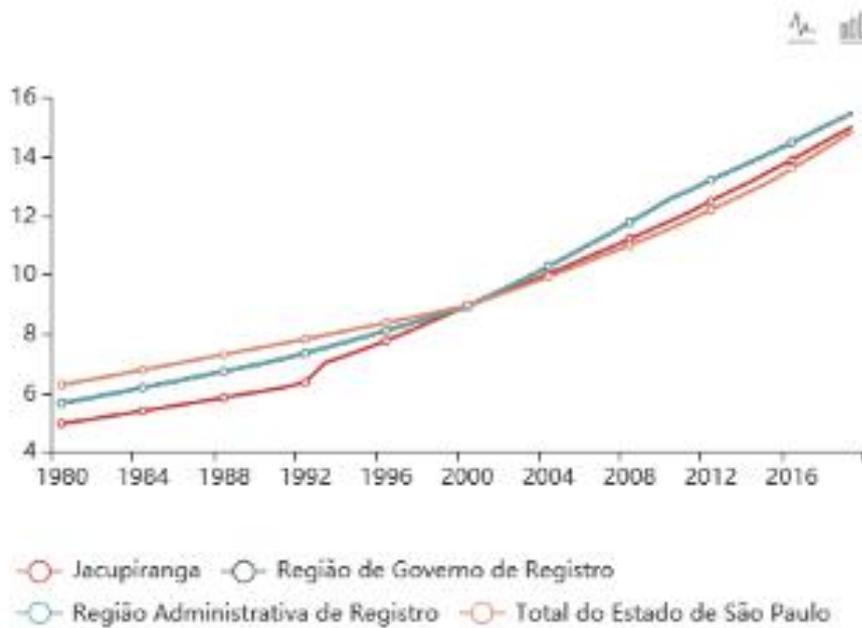
i População com 60 Anos e Mais (Em %) - 2019



Valor



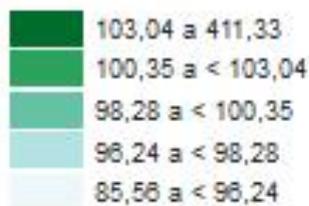
i População com 60 Anos e Mais (Em %) - 1980-2019



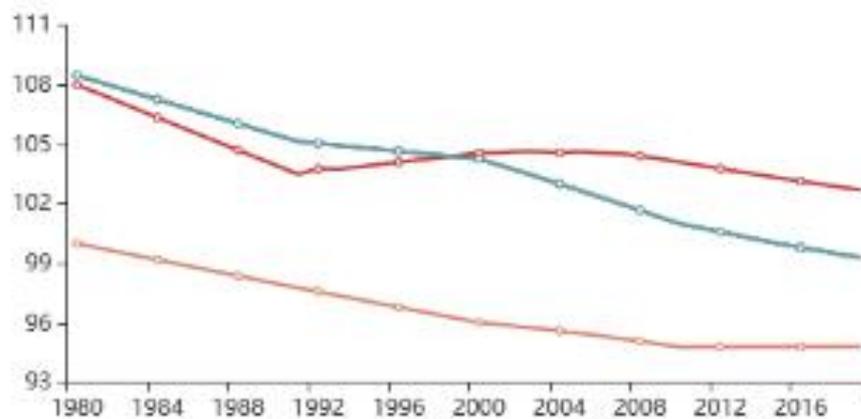
i Razão de Sexos - 2019



Valor



i Razão de Sexos - 1980-2019



Jacupiranga
 Região de Governo de Registro
 Região Administrativa de Registro
 Total do Estado de São Paulo

ESTATÍSTICAS VITAIS E DE SAÚDE
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 2017

Município	15,48
RG	14,42
RA	14,42
Estado	14,00

Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2017

Município	59,60
RG	55,12
RA	55,12
Estado	50,70

Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 2017

Município	18,80
RG	12,24
RA	12,24
Estado	10,74

Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 2017

Município	18,80
RG	14,02
RA	14,02
Estado	12,34

Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017

Município	162,02
RG	113,81
RA	113,81
Estado	102,19

Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017

Município	3.342,85
RG	3.568,77
RA	3.568,77
Estado	3.425,47

Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) - 2017

Município	5,26
RG	7,87
RA	7,87
Estado	5,26

Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) - 2016

Município	81,27
RG	80,48
RA	80,48
Estado	79,05

Partos Cesáreos (Em %) - 2016

Município	24,16
RG	32,76
RA	32,76
Estado	58,34

Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2016

Município	4,83
RG	6,64
RA	6,64
Estado	9,11

Gestações Pré-Termo (Em %) - 2016

Município	7,66
RG	9,23
RA	9,23
Estado	10,90

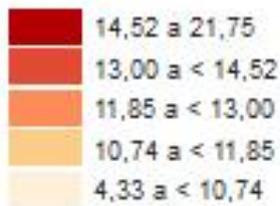
Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) - 2018

Município	-
RG	0,95
RA	0,95
Estado	1,22

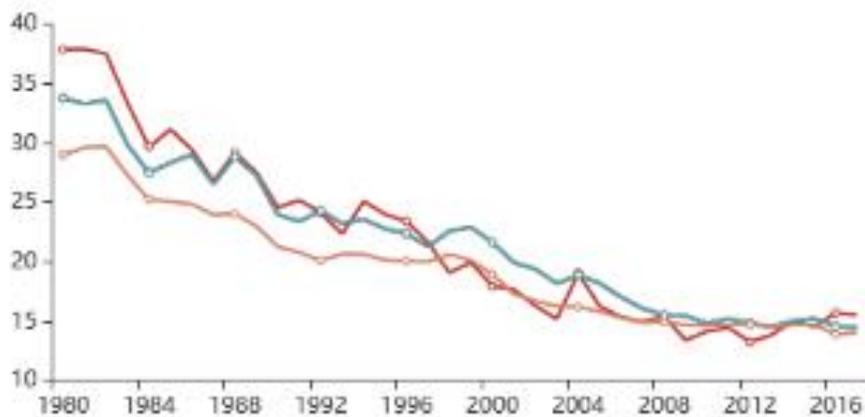
i Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 2017



Valor

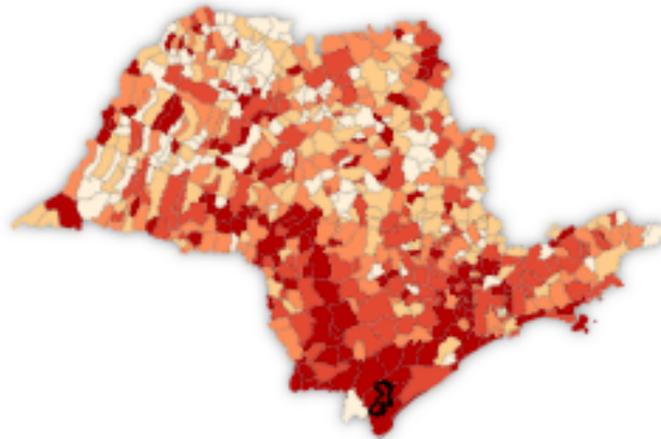


i Taxa de Natalidade (Por mil habitantes) - 1980-2017

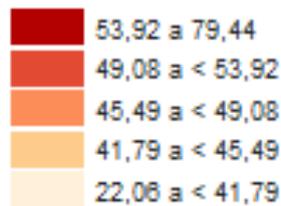


○ Jacupiranga ○ Região de Governo de Registro
○ Região Administrativa de Registro ○ Total do Estado de São Paulo

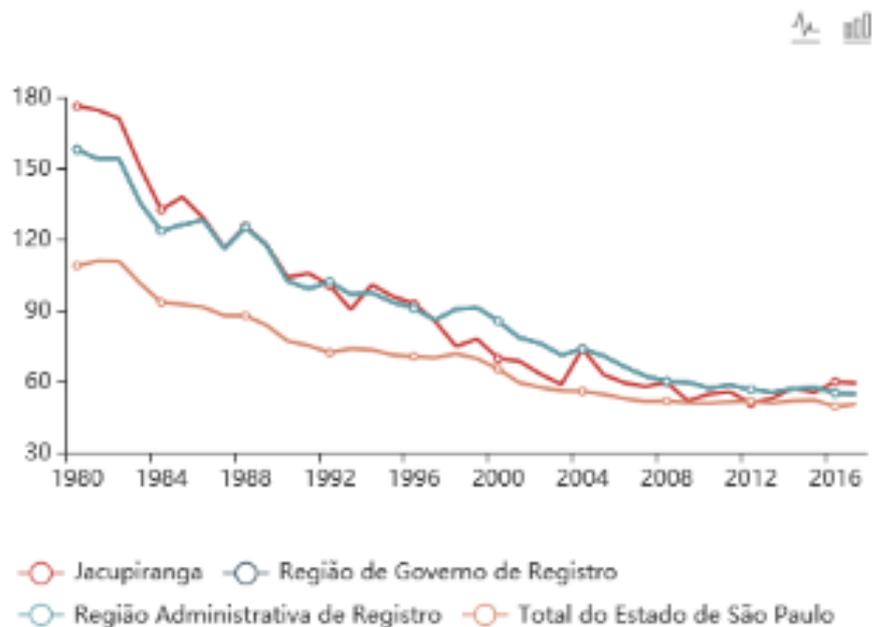
i Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2017



Valor



i Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 1980-2017



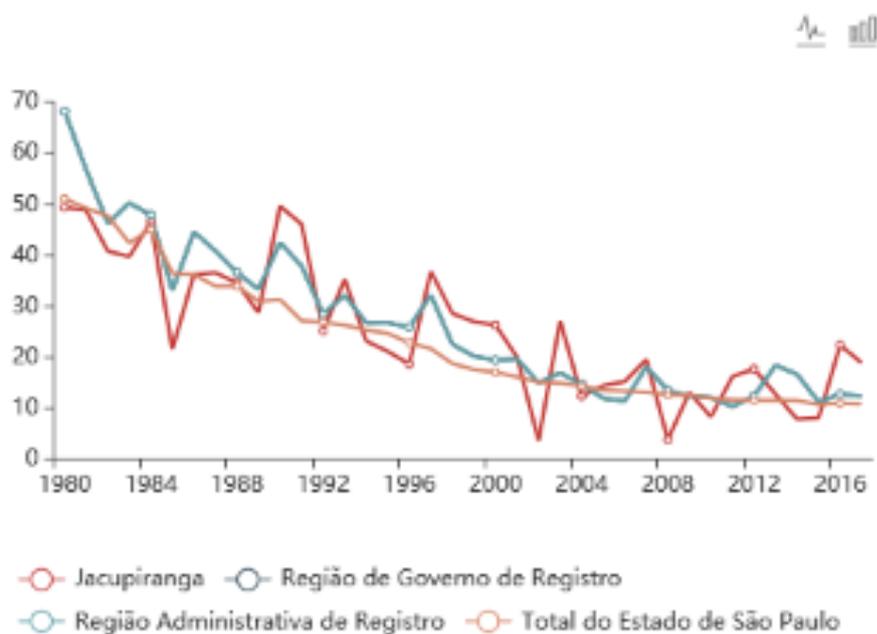
i Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 2017



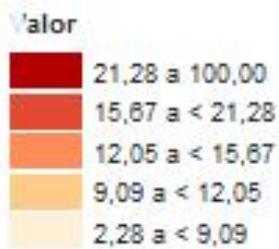
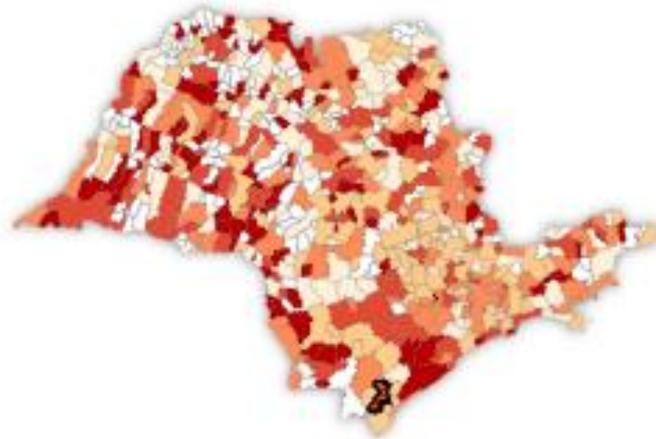
Valor



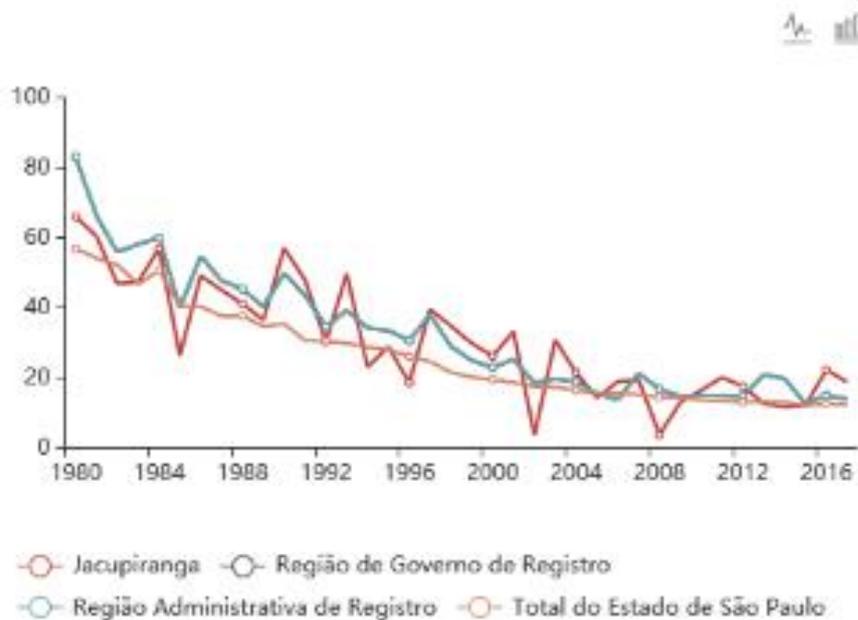
i Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) - 1980-2017



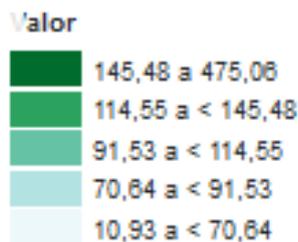
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 2017



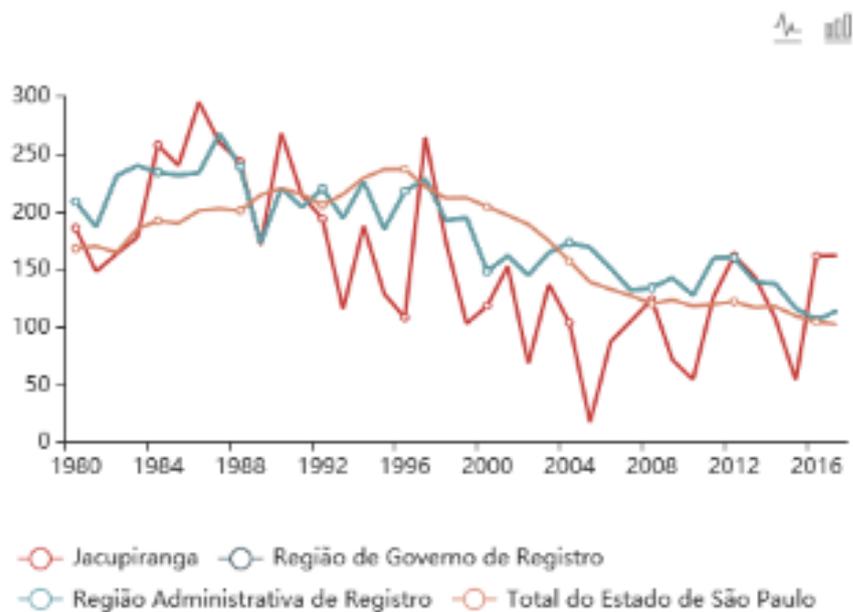
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos) - 1980-2017



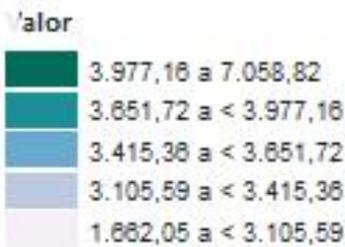
i Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017



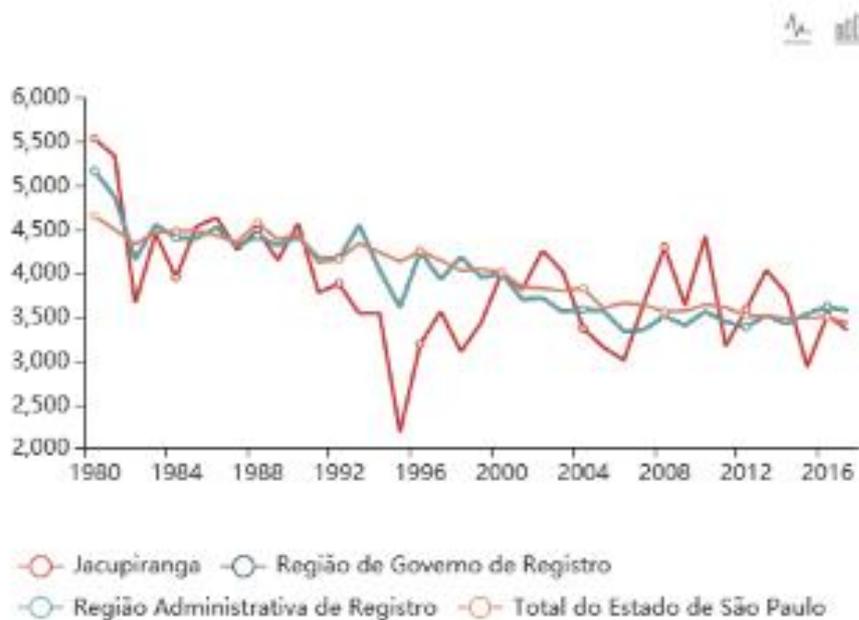
i Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 1980-2017



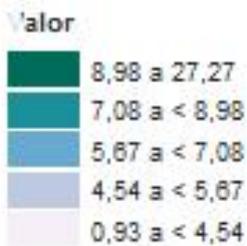
i Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 2017



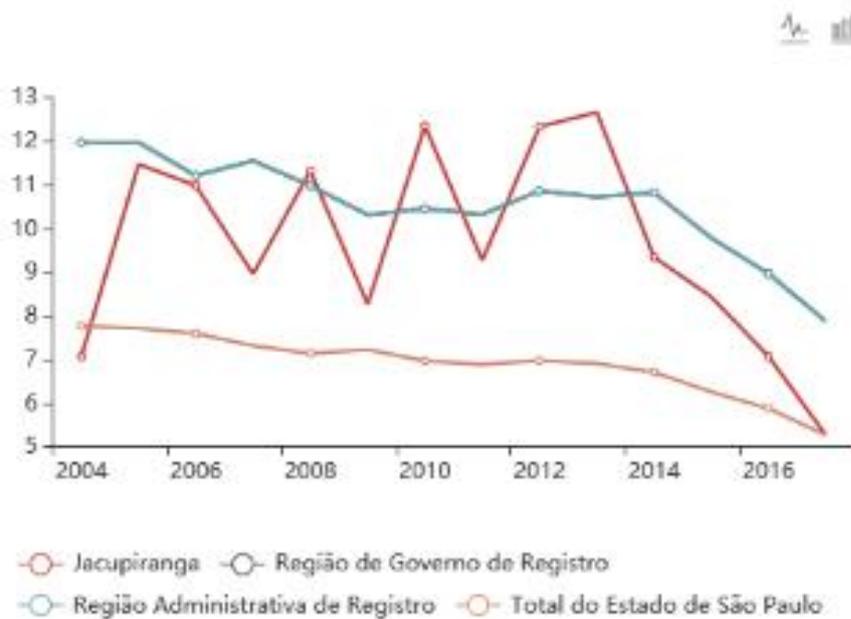
i Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária) - 1980-2017



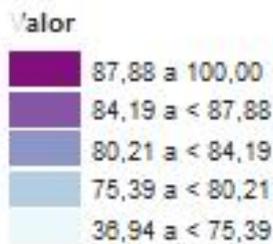
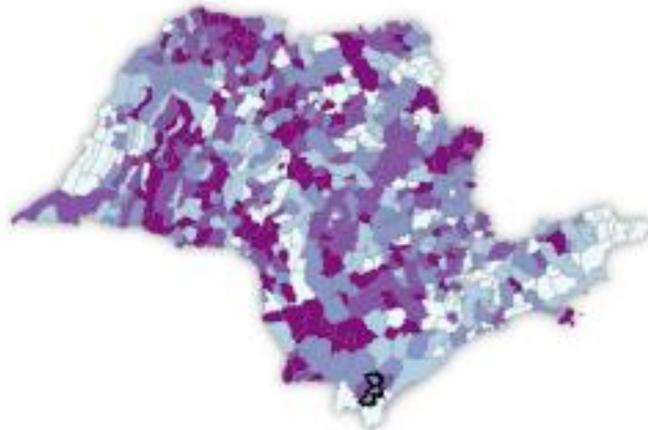
i Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) - 2017



i Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) - 2004-2017



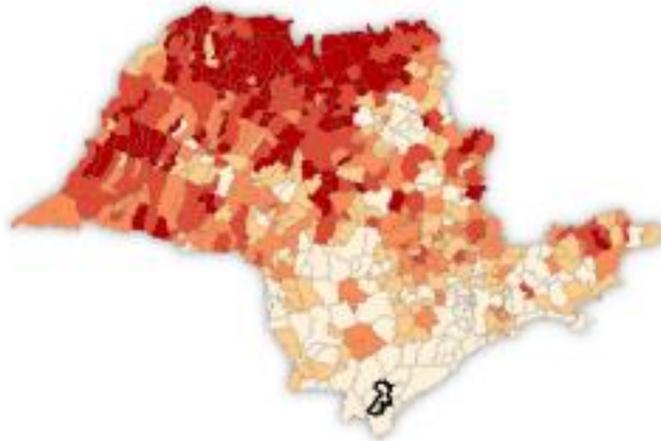
Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) - 2016



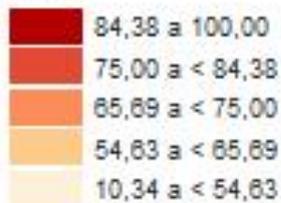
Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) - 2004-2016



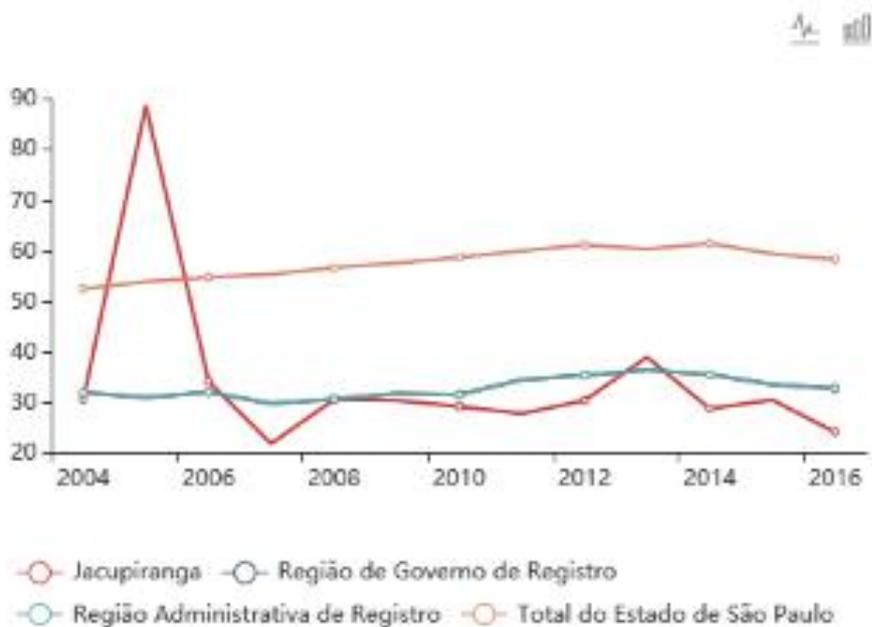
i Partos Cesáreos (Em %) - 2016



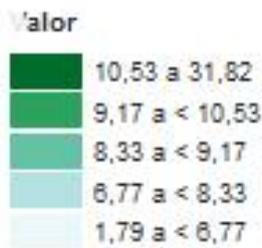
Valor



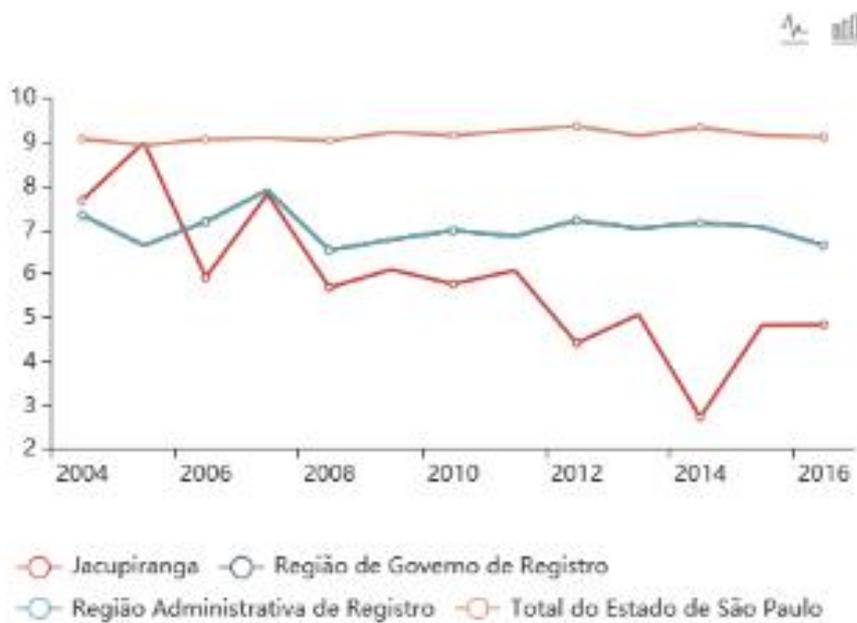
i Partos Cesáreos (Em %) - 2004-2016



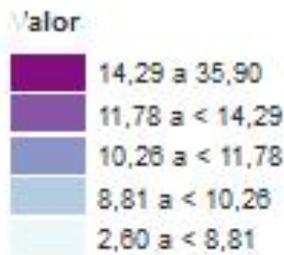
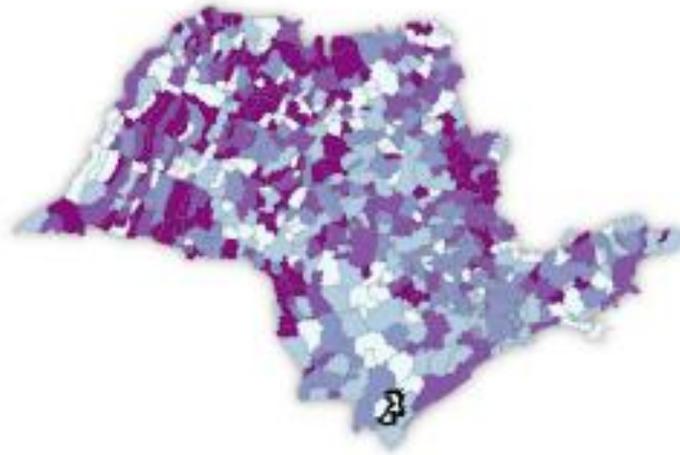
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2016



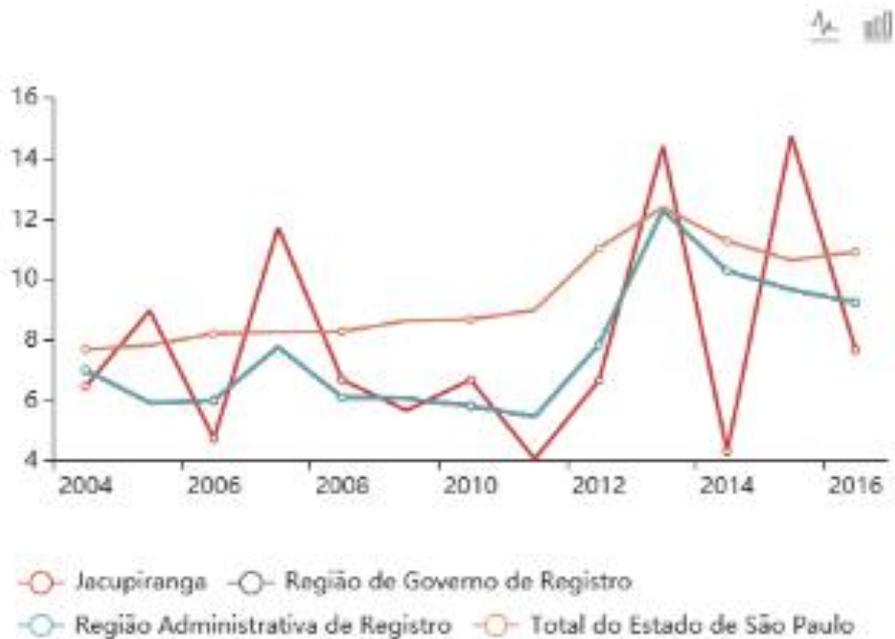
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %) - 2004-2016



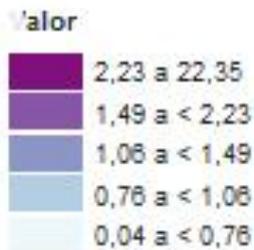
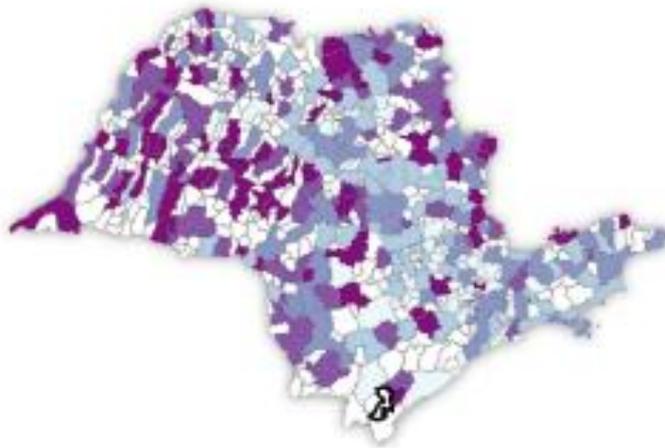
Gestações Pré-Termo (Em %) - 2016



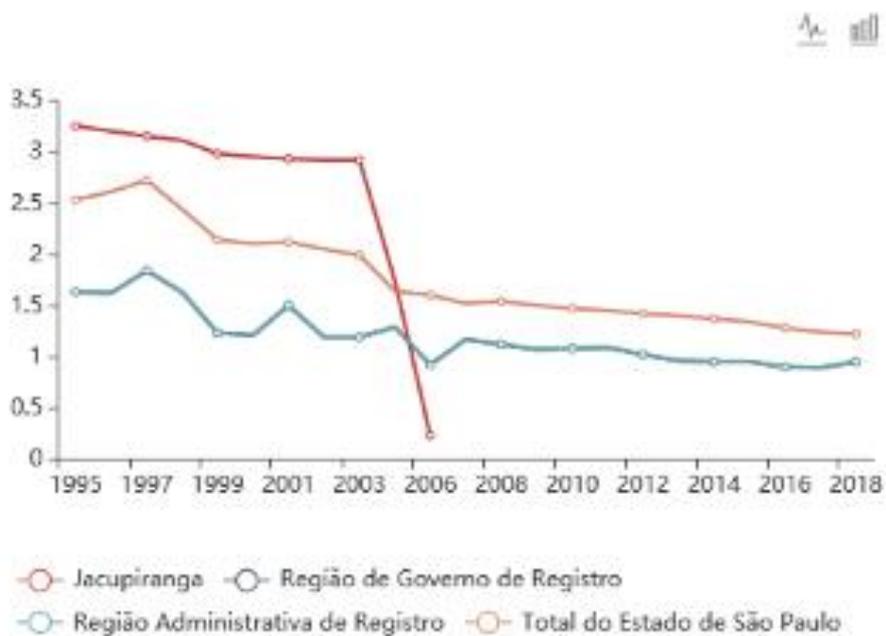
Gestações Pré-Termo (Em %) - 2004-2016



i Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) - 2018

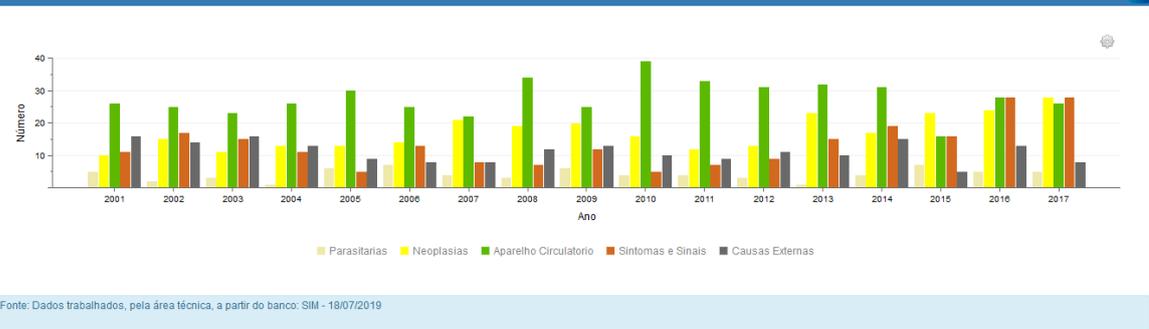


i Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) - 1995-2003/2005-2018



INDICADORES DE MORTALIDADE

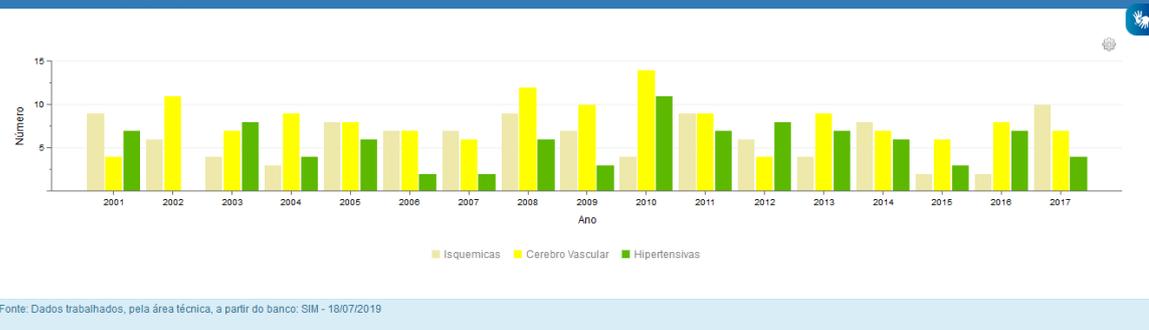
Número de óbitos por grupo de causas



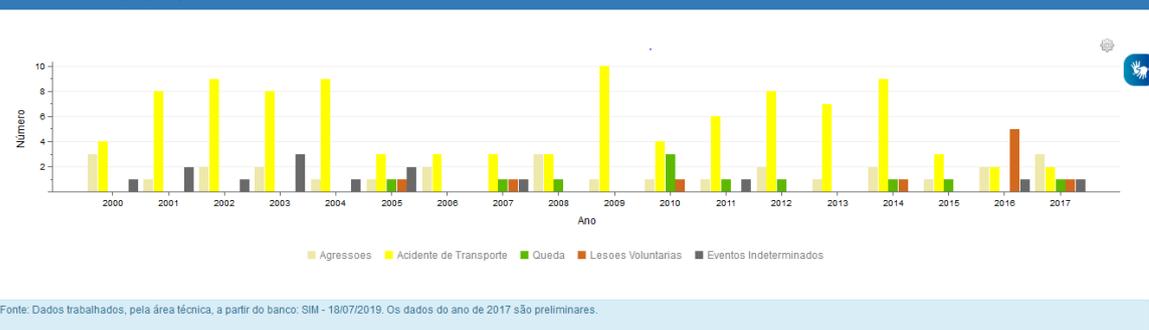
Número de óbitos em crianças por faixas etárias



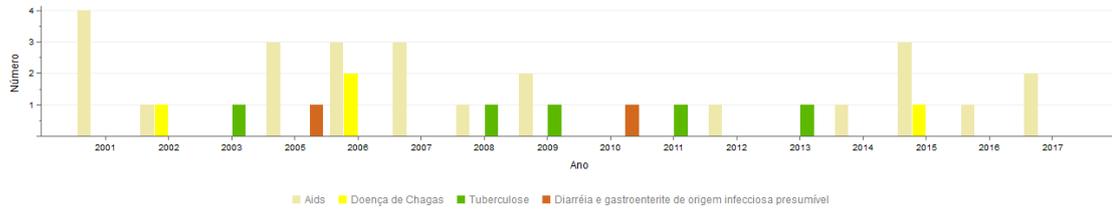
Número de óbitos por principais causas do aparelho circulatorio



Número de óbitos por principais causas externas



Número de óbitos por principais doenças infecciosas e parasitárias



Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: SIM - 18/07/2019

INDICADORES DE MORBIDADE

Aids - Taxa por 100.000 hab/ano



Tabela de Indicadores %

Fonte: SINAN / SIM / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em 22/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

Aids - Percentual de Diagnóstico tardio. Casos HIV positivo com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm³

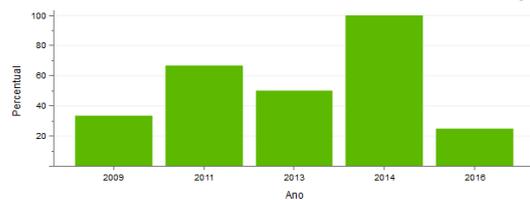


Tabela de Indicadores %

Fonte: SISCEL NOTAS: (1) Dados atualizados em 22/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

Aids - Nº de pacientes HIV em tratamento

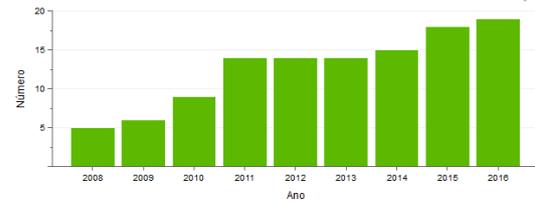
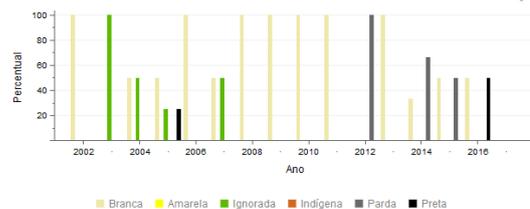


Tabela de Indicadores %

Fonte: SISCEL NOTAS: (1) Dados atualizados em 22/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

Aids - Percentual de casos segundo raça/cor

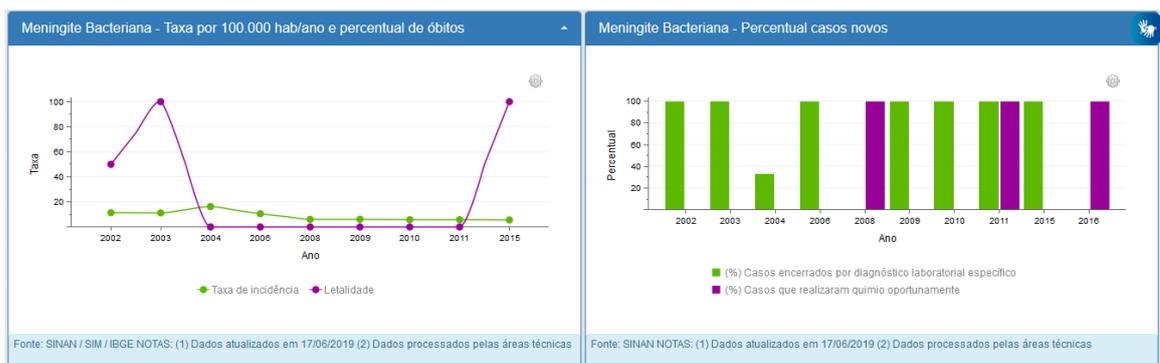
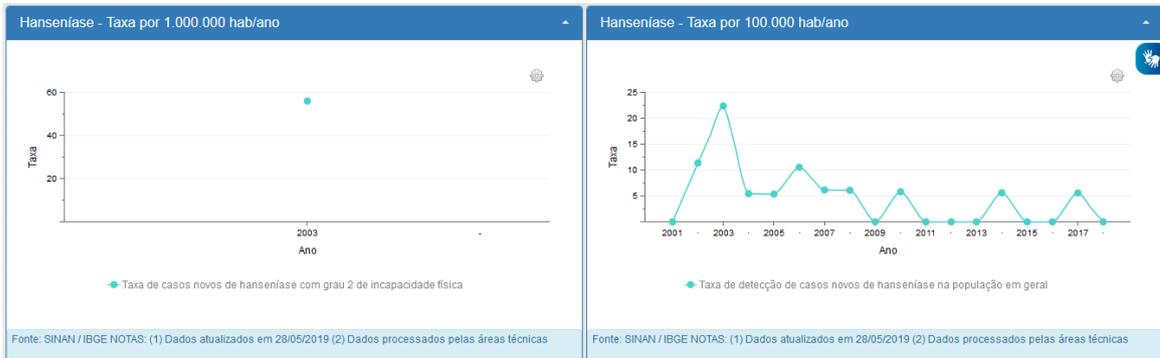


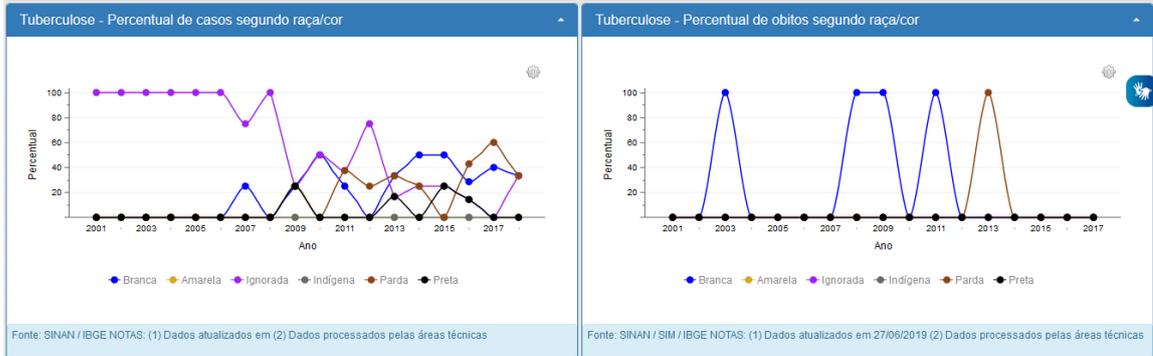
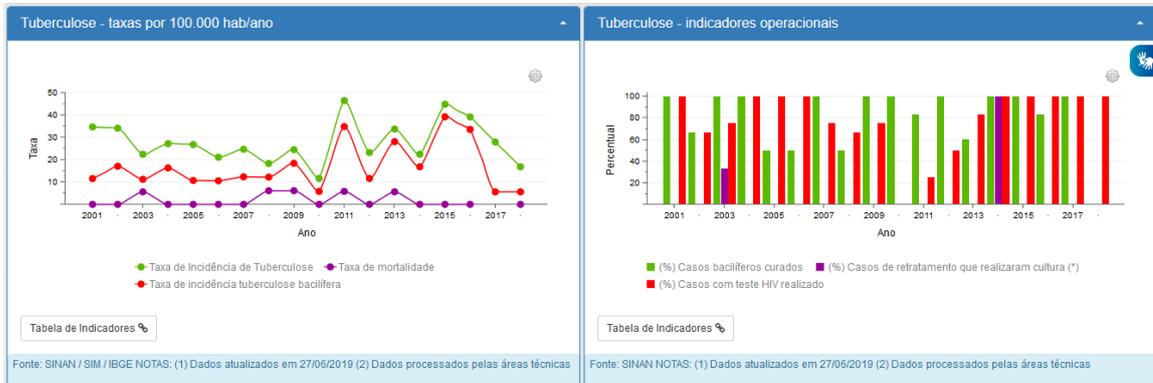
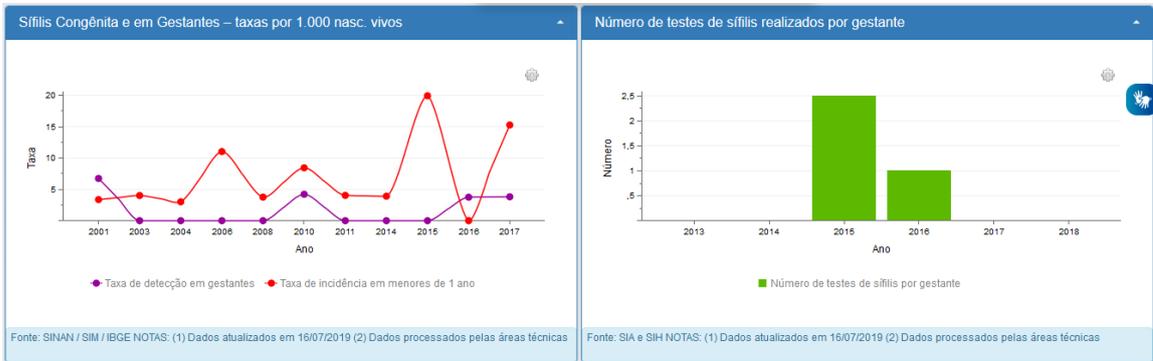
Fonte: SINAN NOTAS: (1) Dados atualizados em 22/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

Aids - Percentual de óbitos segundo raça/cor



Fonte: SINAN NOTAS: (1) Dados atualizados em 22/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas





II- Conhecimento do Objeto da Contratação

Ao analisarmos os indicadores de morbidade e mortalidade presentes nos Relatórios Gerenciais de Saúde do Município de Jacupiranga, podemos observar que os dados apurados, seguem uma tendência nacional, onde se prevalecem os óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, seguido pelos óbitos causados por doenças neoplásicas.

Notamos ainda, que os óbitos causados por doenças neoplásicas vem paulatinamente aumentando.

Os óbitos causados por causas externas, apresentam uma certa linearidade em suas estatísticas, em relação aos demais fatores.

Podemos ver também que a mortalidade infantil aumentou nos últimos anos, principalmente a neonatal precoce e a pós neonatal.

Verifica-se ainda que a incidência de AIDS em 2017 zerou, o que mostra um bom combate à doença, embora a taxa de mortalidade tenha aumentado no mesmo período.

Já, a taxa de Sífilis Congênita em crianças menores de 1 (um) ano, após ser controlada em 2016, em 2017 “explodiu”, que indica que a rede deve atacar profilaticamente essa patologia.

Finalmente, em comparação com outros municípios do mesmo perfil, nota-se que o controle sobre a Tuberculose vem apresentando importante sucesso, que mostra que a rede de saúde tem funcionado no combate a essa patologia.

Diante deste quadro, a organização dos serviços de saúde em redes, como é o caso da rede de urgência e emergência, que é o Objeto do presente Chamamento, juntamente à necessidade de proporcionar atendimento resolutivo e de qualidade à clientela, impactará de forma positiva nesses indicadores que apresentaremos a seguir.

Ainda com relação aos Equipamentos de Saúde que estão disponíveis no Município, podemos observar que existem alguns serviços implantados nos diferentes níveis de baixa e média complexidade, merecendo destaque, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Jacupiranga conta ainda com o Serviço de Remoção do próprio município, com dois importantes hospitais de retaguarda, um em Pariquera-açu e outro em Registro, para os casos de maior complexidade, para onde são encaminhados, via Regulação, os pacientes que necessitam desses cuidados.

Além de todo o estudo aqui exposto, podemos afirmar categoricamente, que conhecemos profundamente o Objeto da contratação, visto que estamos gerindo emergencialmente a Unidade Objeto do certame desde o final de junho do corrente ano.

Podemos dizer que durante esse tempo, além de melhorarmos a performance da Unidade de Pronto Atendimento Jacupiranga, “aprendemos” as necessidades tanto locais, quanto do Município em si, bem como do próprio DMS – Departamento Municipal de Saúde, resolvendo sempre as demandas das mesmas, mesmo que não estipuladas, implantando novos serviços gerenciais e novas ferramentas de gestão, bem como melhorando significativamente a qualidade assistencial oferecida na Unidade de Saúde em questão, atendendo a população com carinho e dedicação, de forma humanizada, com alto grau de resolutividade, eficiência e eficácia, sempre em sintonia com a DMS, e o trabalho em equipe entre os nossos gestores e os gestores do

Departamento, constituindo-se num grande orgulho em trabalhar nesse querido Município.

III- Descrição e Análise das Principais Características Epidemiológicas a Serem Enfrentadas no Município de Jacupiranga e dos Novos Desafios a Serem Enfrentados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Descreveremos e analisaremos a seguir, as principais características epidemiológicas a serem enfrentadas no Município de Jacupiranga os novos desafios a serem enfrentados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

A- Identificação das Principais Características Epidemiológicas a Serem Enfrentadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Epidemiologicamente os principais problemas a serem enfrentados serão os característicos que afetam nossas populações, assim enumerados:

- Dengue, Chikungunya e Zika: na estação do verão com chuvas abundantes, essas doenças avançam por estarem ligadas a proliferação do agente vetor. Promoveremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a conscientização da população usuária, através de cartazes alertando a dimensão do problema, elucidando as formas de combate, como prevenir a proliferação do mosquito através de atos domésticos, combatendo-se assim, a proliferação do vetor, bem como folhetos explicativos para o esclarecimento dos sintomas, objetivando a rápida identificação das doenças. Nossos profissionais serão treinados para a rápida identificação e pronto atendimento dos casos sugestivos, com conseqüente notificação à Vigilância Epidemiológica.
- HAS: vigilância durante todo ano, informação a população durante o atendimento e triagem com a Classificação de Risco. Orientação, tratamento da população e encaminhamento para as UBSs referenciadas e/ou para os ambulatorios de especialidades, para o segmento dos quadros diagnosticados. No atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, promoveremos a medicação e a estabilização dos quadros possíveis.
- Diabetes: durante todo ano na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, tanto o Tipo I, quanto o Tipo II, procuraremos diagnosticá-los, orientando para que os pacientes tenham o mínimo possível de complicações para evitar as internações por complicações da doença. Encaminharemos para as UBSs referenciadas e/ou para os ambulatorios de especialidades, para o segmento dos quadros casos diagnosticados, recebimento de medicação e apoio psicológico.

- MI e DST: estes casos serão automaticamente notificados ao serviço de Vigilância Epidemiológica logo que diagnosticados, sendo inicialmente orientados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO e encaminhados para a sequência do tratamento adequado, tais como: AIDS, Coqueluche, Sarampo, Meningites, HPV, Hepatites Virais, etc. Todos os pacientes serão orientados para a vacinação profilática que consta no calendário do Departamento Municipal de Saúde. Folhetos explicativos para a importância da prevenção destas doenças serão distribuídos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- Problemas Respiratórios: BCP, BE, IVAS que são quadros comuns em regiões periféricas, na população de baixa renda, devido as condições de higiene e habitação. Estes casos deverão ser inicialmente identificados e tratados de forma adequada na Unidade, e, na sequência, encaminhados para as UBSs de referência, para o devido acompanhamento. Indicações para a vacina da gripe, no calendário vacinal anual, serão divulgadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, através de cartazes e panfletos, além da divulgação corpo a corpo, que será realizada por nossa equipe de colaboradores.
- Além do perfil epidemiológico acima elencado, enfrentaremos toda a gama de patologias existentes, situações de trauma, quadros agudos, acidentes, IAM, AVC, patologias psiquiátricas, intoxicações, envenenamentos, etc., estando preparados para ações de contingenciais e para situações de múltiplas vítimas.

B- Novos Desafios a Serem Enfrentados na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

No que tange aos novos desafios que nos propomos a enfrentar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, podemos destacar os seguintes:

- Instalação e customização de um Dashboard, que no contexto de TI, é um painel digital visual que apresenta, de maneira centralizada, um conjunto informações: indicadores e suas métricas. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Instalação de um Sistema PACS que permite disponibilizar para toda a rede municipal de saúde, as imagens e laudos de exames que realizaremos na Unidade. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.
- Instalação de um Storage, que é um hardware que contém slots para vários discos, ligado aos servidores através de ISCSI ou fibra ótica. Ele é uma peça altamente redundante e cumpre com louvor a sua missão, que é

armazenar grande quantidade de informações, no caso as imagens dos laudos. Esta ferramenta será pormenorizada adiante, quando tratarmos o assunto no item Descrição do Sistema de Informações.

- Digitalização do novo equipamento de Raio X.

IV- Procedimentos Para Análise de Rotinas e de Riscos à Saúde

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos quando os mesmos são analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos.

Para tanto, é necessário conhecer esses riscos, então nós, profissionais de saúde, devemos informar quando há um problema nos processos assistenciais, ou seja, devemos observar melhor as situações do dia-a-dia e notificar falhas nestes processos. Essas atitudes fazem parte da cultura de segurança do paciente.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com um único objetivo:

- ✓ A prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes".
- ✓ A segurança emerge da interação dos componentes do sistema, que faz não residir em uma pessoa, dispositivo ou departamento, sendo um subconjunto de qualidade da assistência à saúde.
- ✓ Livre de lesão acidental, garantindo a segurança do paciente, através de sistemas e processos operacionais que minimizam a probabilidade de erros e maximizam a probabilidade de interceptá-los quando eles ocorrem.
- ✓ Livre de lesões acidentais durante os cuidados de saúde.
- ✓ Atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde.
- ✓ Identificação, análise e gestão de riscos relacionados com paciente, a fim de proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro e minimizar os danos a eles causados.
- ✓ Redução e mitigação dos atos inseguros dentro do sistema de saúde, bem como através da utilização das melhores práticas, para conduzir a resultados positivos para os pacientes.
- ✓ Prevenção e mitigação de danos aos pacientes.
- ✓ Paciente livre de danos desnecessários associados à assistência de saúde.

➤ **O Que é Um Evento Adverso?**

É um evento que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros.

Pode ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente.

Qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco.

Para notificar não é necessário ter a certeza da relação de causa e efeito entre o evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão.

A suspeita dessa associação é razão suficiente para uma notificação.

➤ **E dano ao paciente?**

Dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção.

V- Metas da Organização Mundial de Saúde para a Segurança do Paciente

Segundo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), as metas internacionais são:

- ✓ Identificar os pacientes corretamente;
- ✓ Melhorar a comunicação entre as equipes;
- ✓ Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco;
- ✓ Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados;
- ✓ Reduzir os riscos de infecções; e,
- ✓ Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas.

VI- Identificação dos Pacientes

É considerada o fundamento do cuidado seguro ao paciente, consistindo na utilização lúdica de evidenciadores facilmente visualizados, como pulseiras de identificação ou adesivos, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames ambulatoriais. Essa é uma responsabilidade de todos os profissionais que prestam cuidados à saúde.

A identificação do paciente está prevista na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1.999, que dispõe sobre os direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, e prevê que o paciente tem direito de ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado somente por números ou códigos (São Paulo, 1.999).

Deve-se conferir a identidade do paciente antes do início dos cuidados, na transferência ou no recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes de qualquer tratamento ou procedimento e da administração de medicamentos e de soluções.

Para isso servem a pulseira de identificação ou adesivos, o prontuário, as etiquetas de identificação e as solicitações de exames.

Não se deve usar a confirmação verbal como única forma de identificação, pois pode gerar confusões e, conseqüentemente, eventos adversos.

Esse tema será esmiuçado mais adiante, no item que tratar do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP.

VII- Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura

O primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente pela OMS é a prevenção de infecções associadas à assistência à saúde, que ocorrem em todos os países, tanto os desenvolvidos como os em desenvolvimento e estão entre as principais causas de morte e de aumento da morbidez em doentes hospitalizados.

Apesar de ser considerado um desafio, existe uma medida muito simples que pode reduzir drasticamente as infecções hospitalares: a higienização de mãos.

➤ Fique Atento! Higienizar as Mãos Sempre:

- ✓ Antes do contato com o paciente;
- ✓ Após o contato com paciente; e,
- ✓ Após qualquer contato com o paciente ou com as suas imediações (cama, mesa de cabeceira) ou seus fluidos biológicos.

VIII- Demonstração dos Indicadores, Ressaltando Elementos do Processo de Saúde/Doença a Identificar, Sob o Qual se Deve Prioritariamente Intervir

Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde e fenômenos associados, em populações humanas, com condições de contribuir com a capacidade dos serviços de saúde para transformar as condições de vida e a situação de saúde da população.

A epidemiologia ocupa-se da frequência e do padrão de eventos de saúde em uma população e busca determinantes e soluções coletivas, através de raciocínio, de conceitos e de técnicas.

- **Em Que se Baseia a Epidemiologia?**
 - ✓ Dados e informações dos serviços de saúde.
 - ✓ Informações clínico laboratoriais.
 - ✓ Ciências básicas da saúde.
 - ✓ Demografia.
 - ✓ Estatística.
 - ✓ Ciências sociais e ciências humanas.
 - ✓ Política, administração e gestão de serviços.
 - ✓ Informática e tecnologia da informação.
- **Distribuição da Epidemiologia**
 - ✓ Frequência: quantificação por meio de medidas.
 - ✓ Padrão:
 - Tempo: Quando?
 - Lugar: Onde?
 - Pessoa: Quem?
- **Fatores Determinantes**

Aqueles que causam ou possibilitam a ocorrência de doenças, fatores associados às doenças e agravos.
- **Princípios Básicos**
 - ✓ Os agravos à saúde não ocorrem ao acaso na população.
 - ✓ A distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população.
 - ✓ O conhecimento dos fatores determinantes das doenças permite a aplicação de medidas preventivas e curativas direcionados a alvos específicos.
- **Objetivos da Epidemiologia**
 - ✓ Descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humana:
 - Onde ocorrem os problemas?
 - Que pessoas são atingidas?
 - Quando ocorrem os problemas?
 - ✓ Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades:
 - O que causa esse problema?
 - Existe medida de controle?
 - ✓ Proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como estabelecer prioridades
 - Quais características existem nesse local que favorecem o aparecimento desse problema?

- Essas características são passíveis de intervenção?
- Que tipo de intervenção?
- **Informações Epidemiológicas**
- ✓ Essenciais para a formulação de políticas de saúde, planejamento e programação de ações e serviços.
- ✓ Auxiliam na gestão do sistema e dos serviços de saúde, oferecendo suporte à tomada de decisão.
- ✓ Contribuem para o estabelecimento de prioridades.
- ✓ Identificam fatores etiológicos e eventos que determinam a situação de saúde.
- **Usos da Epidemiologia**
- ✓ Diagnóstico da situação de saúde.
- ✓ Investigação etiológica.
- ✓ Determinação de riscos.
- ✓ Aprimoramento na descrição do quadro clínico.
- ✓ Determinação de prognósticos.
- ✓ Identificação de síndromes e classificação de doenças.
- ✓ Verificação do valor de procedimentos diagnósticos.
- ✓ Planejamento e organização de serviços.
- ✓ Avaliação das tecnologias, programas ou serviços.
- ✓ Análise crítica de trabalhos científicos.
- ✓ Análise da situação de saúde, cujo objetivo é conhecer a situação de saúde da população e suas tendências com vistas a implementar ações de saúde adequadas, efetivas e oportunas e as estratégias são:
 - inquéritos de saúde;
 - monitoramento das condições de saúde; e,
 - diagnóstico das necessidades de saúde.
- ✓ Avaliação de programas, serviços ou tecnologias, cujo objetivo é avaliar o impacto dos diversos serviços, programas e tecnologias disponíveis em modificar a situação de saúde ou prevenir a ocorrência de agravos e doenças em uma dada população e as estratégias são:
 - estudos analíticos experimentais ou observacionais de avaliação.
- ✓ Planejamento e organização de serviços, cujo objetivo é a definição de prioridades e melhor uso dos recursos e as estratégias são:
 - subsídios ao planejamento para indicação de ações que aprimorem a atenção à saúde, modificando, assim, as condições de saúde da população.
- **Variáveis Epidemiológicas**
- ✓ Características da População: idade, sexo, nascimentos.

- ✓ Morbidade e Mortalidade.
- ✓ Determinantes Sócio Econômicos: educação, saneamento, habitação, emprego, transporte, cultura, organização social e política.
- ✓ Serviços de Saúde: rede de unidades de saúde com suas características, instalações e equipamentos, oferta de serviços, cobertura, acesso, distribuição.
- ✓ Outras de Interesse: recursos humanos, orçamento e custos, tecnologia, processos de trabalho.
- Usos da Epidemiologia nos Serviços de Saúde.
- ✓ Análise da situação de saúde.
- ✓ Planejamento das ações de saúde.
- ✓ Vigilância em saúde: epidemiológica, sanitária, nutricional, ambiental, do trabalho, etc.
- ✓ Avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde informações epidemiológicas.

Para fins de dados estatísticos epidemiológicos de uso primordial para futuras ações, isoladas ou em conjunto com o Departamento Municipal de Saúde e/ou Prefeitura Municipal de Jacupiranga, previstas ou não pelo DMS e sua área técnica, informamos que todos os casos de notificação obrigatória, serão compulsoriamente informados, acompanhados da sua devida documentação obrigatória, dentro dos prazos preconizados pela Vigilância Epidemiológica do Município, além de arquivados no sistema de informação que possuímos, para geração de relatórios estatísticos, epidemiológicos e de prevalência das moléstias identificadas.

Tais dados estatísticos epidemiológicos e toda prevalência das moléstias identificadas durante o atendimento da população, serão compilados de maneira eletrônica e enviados para DMS mensalmente, através de relatórios circunstanciados.

Além disso, ficaremos a disposição para o desenvolvimento de ações em conjunto ou para desenvolvimento e aplicação de projetos que sejam promovidos pelo DMS de Jacupiranga.

Como já dito, tais dados e informações gerados em relatórios circunstanciados, proporcionarão em conjunto com o DMS, a realização de análises detalhadas de riscos às populações adstritas, que por sua vez, servirão de base para o estabelecimento em conjunto com os departamentos técnicos do DMS, assim como, em conjunto à Vigilância Epidemiológica do Município, de um celeiro com subsídios, para se estabelecer ações programadas e ordenadas, no sentido de minimizar os riscos à saúde destas populações adstritas.

Caso nos sairemos vencedores deste Processo de Seleção, no transcorrer das nossas atividades, bem como do efetivo atendimento à população,

compilaremos os indicadores, o perfil epidemiológico adstrito, assim como o real retrato da saúde da população abrangida, tendo como base, a quantidade, a tipologia e a resolutividade dos atendimentos que realizaremos.

Através do compartilhamento desses dados e informações com o DMS e com a Vigilância Epidemiológica, poderemos traçar metas factíveis, num processo contínuo, prezando sempre pela melhoria da qualidade do atendimento em si, através da profilaxia das doenças, do planejamento de ações conjuntas e ordenadas, da segurança dos usuários e dos colaboradores, assim como, da solução sensata dos problemas.

COMPONENTES CONCEITUAIS DO PLANO DE TRABALHO

Nosso Plano de Trabalho contempla a gestão, a administração, a operacionalização, a execução e a visão estratégica das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Os componentes conceituais do nosso Plano de Trabalho descreverão minuciosamente os quesitos exigidos no Roteiro Para Elaboração do Plano de Trabalho, respeitando *'ipsis litteris'*, os Critérios de Avaliação e Julgamento contidos no Edital, contemplando todos os tópicos determinados pelo mesmo.

Assim sendo, como se fosse um Termo de Compromisso descrevendo as ações para realizar as diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Básica, nosso Plano de Trabalho discriminará:

- ✓ O organograma da equipe técnica e de apoio.
- ✓ A prestação na unidade de saúde de assistência integral, continua e com resolutividade para a população adstrita.
- ✓ A intervenção nos fatores de risco aos quais a população está exposta.
- ✓ A Educação Permanente como estratégia de qualificação continua.
- ✓ A definição da família como núcleo social de abordagem para o atendimento à saúde.
- ✓ O estabelecimento de parcerias para ações intersetoriais.
- ✓ A humanização das práticas de saúde estabelecendo vínculo entre os profissionais e a população.
- ✓ A manutenção das atribuições referentes a Unidade.
- ✓ O Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) para a Unidade.
- ✓ Toda a estrutura de apoio.
- ✓ O cuidado com toda a infraestrutura mobiliária e imobiliário de que formos cessionários.

Caso sejamos os vencedores desse Processo de Seleção, este nosso Plano de Trabalho, fica desde já, como um Anexo do Contrato de Gestão a ser celebrado, como se dele fizesse parte.

APRESENTAÇÃO GERAL E SINTÉTICA DO PLANO DE TRABALHO

➤ **O Que é o Plano de Trabalho**

É um Plano destinado a organização, a operacionalização, a administração, a gestão e a execução do trabalho, através de estreita relação de nossa entidade de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada através da Lei como Organização Social – OS no âmbito do município, instrumentalizado por meio de um Contrato de Gestão, em estreita cooperação com o município de Jacupiranga, São Paulo, através do Departamento Municipal de Saúde, objetivando o atendimento aos pacientes que procuram e/ou são encaminhados para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com vistas ao desenvolvimento de um conjunto de ações complementares na gestão e execução de tais serviços.

➤ **Para Que o Plano de Trabalho**

As ações do Plano de Trabalho têm como objetivo estabelecer diretrizes, normas e rotinas para a organização do atendimento de aos pacientes que procuram e/ou são encaminhados à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como o cumprimento das metas quali-quantitativas estabelecidas, tanto no que tange o atendimento médico, de enfermagem e técnico, quanto no administrativo e de apoio, da unidade de saúde em questão como um todo, utilizando-se de instrumentos de diagnóstico e análise das necessidades organizacionais, de seleção, de gestão médica e de capacitação de recursos humanos, contribuindo assim, para dentro do Objeto definido, sempre em parceria com o DMS, desenvolver, implantar, implementar, aprimorar e expandir as ações de promoção, prevenção, regulação e educação em saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e das características locais.

➤ **Diretrizes Que o Plano de Trabalho Contempla**

✓ Centralização imediata de todos os dados e informações através dos Anexos Técnicos do Edital e da nossa série histórica de atividades e atendimento. A posse de tais dados e informações são extremamente úteis para o planejamento, em nível de gestão médica, técnica e de apoio, localizando-a como staff do INCS, da Direção do Departamento Municipal de Saúde e também da Direção Executiva do município de Jacupiranga.

- ✓ Realização de Diagnóstico Situacional Inicial, através de levantamento de dados e informações do primeiro mês do novo ciclo contratual da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, assim como, a documentação escrita e fotografada da unidade de saúde em questão, registrando-se tal diagnóstico, para que futuramente, realizem-se comparações entre a situação inicial na ocasião da continuação da gestão e a situação futura.
- ✓ Manutenção, incrementação e lapidação do time de colaboradores para as diversas equipes multifuncionais, desde a equipe médica, a equipe técnica, o pessoal administrativo e o pessoal de apoio, redimensionando o número de colaboradores necessários ao bom desenvolvimento do trabalho.
- ✓ Manutenção de Fluxograma de Recepção para o atendimento de pacientes de urgência/emergência, com a promoção dos protocolos de Acolhimento, Triagem e Classificação de Risco, do atendimento de urgência/emergência e do atendimento clínico.
- ✓ Sempre atender e desenvolver a Política Nacional de Humanização – PNH.
- ✓ Realização de treinamento constante da equipe quanto aos Protocolos de Acolhimento.
- ✓ Manutenção dos Protocolos de Acolhimento, que têm como objetivo humanizar e oferecer atendimento digno ao paciente que procura a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, visando diminuir os riscos e sequelas que possam surgir durante a espera em receber atendimento médico e de enfermagem.
- ✓ Constante treinamento da equipe médica e de enfermagem, com a promoção de cursos em Educação Permanente, através do NEP – Núcleo de Educação Permanente, visando o suporte avançado de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo como objetivo principal, não agravar lesões já existentes, ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Treinamento dos demais colaboradores, com a promoção de cursos em Educação Permanente, visando suporte básico de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Manutenção e lapidação dos Protocolos de Procedimentos Médicos e de Enfermagem, que ditam os métodos e procedimentos adotados e aprovados pela INCS e pelos respectivos Conselhos Profissionais, para urgência/ emergência.

- ✓ Supervisão diária do Enfermeiro Responsável Técnico e demais enfermeiros responsáveis por setores, realizando análises, com consequente lapidação do Plano de Trabalho de Enfermagem existente, que será seguido, bem como a fiscalização do cumprimento do Regimento de Enfermagem, atualização e melhora do mesmo, e ainda, a realização de reuniões com a equipe de enfermagem, com o devido registro em ata.
- ✓ Implantação das Comissões Multidisciplinares.
- ✓ Manutenção de Educação Permanente para capacitação da equipe de enfermagem e médica, estabelecendo rotina para Avaliação Técnica e Comportamental.
- ✓ Interação com o Conselho Gestor da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a participação dos usuários na tomada de decisão, sendo que os mesmos utilizam o serviço de saúde do SUS, onde poderá ser discutido e decidido o dia-a-dia dos serviços ali demandados e executados, em princípio oportunizando a participação dos segmentos organizados da comunidade, na definição e operacionalização da política de saúde a nível local.
- ✓ Implantação e manutenção de treinamentos para uma Brigada de Incêndio, com objetivo de proporcionar aos participantes, conhecimentos básicos sobre prevenção, isolamento e extinção de princípios de incêndio, abandono de área, técnicas de primeiros socorros e adequação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO às legislações específicas.
- ✓ Elaboração e execução do Cronograma de Manutenção Predial e de Ambiência, bem como elaboração e execução do Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva dos Mobiliários.
- ✓ Elaboração e execução do Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva dos Equipamentos, por profissionais competentes (engenheiros e tecnólogos).
- ✓ Promoção de palestras e treinamento sobre humanização, com intuito de dinamizar e influenciar mudanças de práticas e mudanças de padrões comportamentais para que o cliente seja bem atendido.
- ✓ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial de observação, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação; assim como, tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- ✓ Fornecimento de materiais médico-hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como dos demais insumos, que sejam requeridos pelos médicos do corpo clínico da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, durante

a observação ou atendimento de urgência e emergência, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde e da padronização da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME.

- ✓ Fornecimento de refeições para os pacientes assistidos, acompanhantes devidamente autorizados e colaboradores diretos e indiretos de plantão.
- ✓ Fornecimento e manutenção de enxoval, roupas hospitalares e uniformização para a equipe.
- ✓ Atualização e Upgrade das ferramentas do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, que envolve o atendimento, o cadastro, a farmácia, o pronto atendimento, as enfermarias, a nutrição, o SAME e os demais serviços de apoio, buscando sempre a integração da Unidade de Saúde, proporcionando a obtenção de dados e informações, para a o constante subsídio ao planejamento estratégico da gestão.
- ✓ Comunicação imediata à Vigilância Epidemiológica do Município, dos casos suspeitos ou confirmados de doenças de Notificação Compulsória, conforme Lei federal nº 6259 de 30/10/75 e portaria nº 33 de 14/07/2005 do Ministério da Saúde.
- ✓ Implantação de assessoria de comunicação para atendimento aos meios de comunicação, divulgação dos serviços relevantes (release), realização marketing institucional e realização do endomarketing (publicação de periódicos).
- ✓ Treinamento para atendimento de múltiplas vítimas envolvendo Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Guarda Municipal (se houver), Pronto Atendimento e Rede Básica de Saúde, para contingência de múltiplas vítimas, estado de emergência e/ou calamidades, com objetivo de preparar as equipes para os mais variados tipos de situações, destacando-se as técnicas de triagem, que possibilitam avaliar os danos e definir as prioridades no atendimento e no resgate, em situações de alta complexidade.

C1. EXPERIÊNCIA (AVALIADA SEGUNDO TEMPO E VOLUME DE ATIVIDADE) – (ANEXO C1. EXPERIÊNCIA)

Demonstraremos nossa experiência mediante a apresentação de documentos legalmente reconhecidos, na gestão de Equipamentos de Saúde, encartados no final deste Plano de Trabalho (das páginas 756 a 789), comprovando nossa experiência na execução de serviços de natureza semelhante ao Objeto, constituídos por Atestados de Capacidade Técnica, expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, contendo: identificação da pessoa jurídica emitente; nome e o cargo do signatário; timbre do emitente; período de vigência do atestado ou do contrato; e objeto contratual que descreve as atividades.

1. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- Pronto Socorro de Pitangueiras, de 26/03/2.010 até 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Pitangueiras, de 26/03/2.010 a 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Potirendaba, de 01/12/2.010 a 31/05/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cosmorama, de 01/12/2.010 a 30/06/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cedral, de 03/01/2.011 a 17/02/2.011.
- Hospital Municipal de Américo Brasiliense "Dr. José Nigro Filho", de 29/05/2.012 até 31/05/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Unidade de Pronto Atendimento de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Estratégia de Saúde da Família de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Hospital Municipal de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Pronto Atendimento de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Unidades Básicas de Saúde de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de 01/12/2.013 a 21/08/2.016.
- Pronto Socorro do Hospital Municipal Tabajara Ramos de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Posto de Pronto Atendimento de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento do Putim de São José dos Campos (UPA do Putim), desde 25/06/2.014 até hoje.

- Pronto Atendimento Municipal de Rafard de 14/09/2.015 a 13/09/2.016.
- Unidade Básica de Saúde de Rafard a desde 14/09/2.015 a 13/09/2.015.
- Unidade de Pronto Atendimento Alto da Ponte de São José dos Campos (UPA Alto da Ponte), desde 28/05/2.017 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Industrial de Curitiba (UPA CIC), desde 25/06/2.018 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento de Pinhais de Pinhais (UPA Pinhais), desde 05/12/2.018 até hoje.
- Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais de Pinhais, desde 05/12/2.018 até hoje.

2. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADES E/OU REDES DE ATENÇÃO BÁSICA

- Unidades Básicas de Saúde de Pitangueiras, de 26/03/2.010 a 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Potirendaba, de 01/12/2.010 a 31/05/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cosmorama, de 01/12/2.010 a 30/06/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cedral, de 03/01/2.011 a 17/02/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Unidades Básicas de Saúde de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Unidade Básica de Saúde de Rafard a desde 14/09/2.015 a 13/09/2.015.

3. EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Pronto Socorro de Pitangueiras, de 26/03/2.010 até 07/11/2.014.
- Hospital Municipal de Américo Brasiliense "Dr. José Nigro Filho", de 29/05/2.012 até 31/05/2.014.
- Unidade de Pronto Atendimento de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Hospital Municipal de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Pronto Atendimento de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de 01/12/2.013 a 21/08/2.016.

- Pronto Socorro do Hospital Municipal Tabajara Ramos de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Posto de Pronto Atendimento de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento do Putim de São José dos Campos (UPA do Putim), desde 25/06/2.014 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento Alto da Ponte de São José dos Campos (UPA Alto da Ponte), desde 28/05/2.017 até hoje.
- Pronto Atendimento Municipal de Rafard de 14/09/2.015 a 13/09/2.016.
- Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Industrial de Curitiba (UPA CIC), desde 25/06/2.018 até hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento de Pinhais de Pinhais (UPA Pinhais), desde 05/12/2.018 até hoje.

C2. CONHECIMENTO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO

Descreveremos e analisaremos a seguir, as principais características epidemiológicas do Município de Jacupiranga e os problemas mais prevalentes da região.

1. IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E NECESSIDADES

Antes de descrever e analisar as principais características epidemiológicas do Município, bem como os problemas mais prevalentes da região, descreveremos a estrutura física da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, para que possamos, não só apresentar essa descrição e análise, como também, após a identificação das necessidades, sugerir ações para solucioná-las.

A Unidade localiza-se na região central de Jacupiranga. Funciona na Rua Eunice Carneiro de Paula, nº 101, centro, Jacupiranga, São Paulo, CEP 11940-000, telefones 13 3864-3440 e 3864-3239, em uma área de 5.815,88 metros quadrados, edificada em 2.128,31 metros quadrados. Tem a caracterização de PRONTO ATENDIMENTO, e subtipo de estabelecimento de PRONTO ATENDIMENTO GERAL, sendo cadastrada no CNES desde 01/06/2004 sob o nº 2078309.

Funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias do ano, sendo referência em urgência, emergência e para a atenção em pronto atendimento, tanto para adultos, quanto para crianças.

Sua estrutura física é composta por:

- ✓ 01 (uma) recepção com 02 (dois) nichos para atendimento;
- ✓ 02 (duas) salas de espera com 34 cadeiras;
- ✓ 02 (dois) banheiros públicos anexos às salas de espera;
- ✓ 01 (um) banheiro para pessoas portadoras de necessidades especiais;
- ✓ 01 (uma) sala para Classificação de Risco;
- ✓ 02 (dois) consultórios para atendimento geral (adulto e pediátrico);
- ✓ 01 (uma) sala de inalação;
- ✓ 01 (uma) sala de hipodermia;
- ✓ 01 ampla de emergência (área vermelha) com 02 (dois) leitos;
- ✓ 01 (um) quarto com leitos de isolamento;
- ✓ 13 (treze) leitos de observação, por período de até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar), sendo 04 (quatro) leitos adultos femininos, 05 (cinco) leitos adultos masculinos e 04 (quatro) leitos infantis, separados em 03 (três) salas independentes;
- ✓ 01 (uma) área onde é instalado o Laboratório Municipal, que poderá ter seu quadro de pessoal e equipamentos ampliados para funcionamento diuturno ininterrupto;
- ✓ 01 (uma) área de Radiologia com 01 (uma) sala para a realização de exames Radiológicos Digitalizados, integrados com os consultórios;
- ✓ 01 (uma) sala para exames de ECG – Eletrocardiograma;
- ✓ 01 (uma) sala para realização de curativos e suturas;
- ✓ 01 (uma) CME – Central de Material Esterilizado, com 03 (três) áreas (área limpa, área suja e arsenal);
- ✓ 01 (um) Postos de Enfermagem para as salas de observação;
- ✓ 01 (um) DML – Depósito de Material de Limpeza;
- ✓ 01 (uma) sala de apoio para os serviços gerais;
- ✓ 01 (um) Almoxarifado Geral;
- ✓ 01 (um) CAF Central para armazenamento e controle de fármacos;
- ✓ 01 (uma) sala para Farmácia Satélite;
- ✓ 04 (quatro) salas administrativas;
- ✓ 01 (uma) sala de TI;
- ✓ 01 (uma) sala do SAME;
- ✓ 01 (uma) sala de Arquivo Morto;
- ✓ 01 (um) morgue;
- ✓ 03 (três) anexos, sendo 01 (um) para lavanderia, 01 (um) para o grupo gerador e 01 (uma) área para gases medicinais; e,

- ✓ Toda a infraestrutura para os colaboradores, como 01 (uma) copa/cozinha com refeitório; 01 (um) conforto médico e 01 (um) conforto para a equipe de enfermagem.

Ela vai atender principalmente os moradores do Município de Jacupiranga, mas também, servirá de referência para municípios circunvizinhos menores, pela própria característica da Unidade de Saúde em questão, ou seja, uma Unidade de Porta Aberta.

A população atualizada de abrangência é de cerca de 17.851 (dezesete mil, oitocentos e cinquenta e um) habitantes, com prevalência nas classes sociais C e D.

1.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Promovendo a vigilância em saúde durante todo ano, bem como informação à população durante o atendimento e triagem, com Classificação de Risco, orientaremos a população e contra referenciaremos para as respectivas UBSs, os pacientes atendidos para acompanhamento dos quadros diagnosticados.

Epidemiologicamente, as principais patologias que atendermos da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de acordo com as áreas clínicas, serão:

➤ Cardiologia:

- ✓ Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS);
- ✓ Parada Cardiorrespiratória;
- ✓ Insuficiência Cardíaca Aguda e Edema de Pulmão;
- ✓ Síndrome Aguda Coronariana (SCA);
- ✓ Infarto Agudo do Miocárdio;
- ✓ Fibrilação Atrial (FA);
- ✓ Taquiarritmias e Bradiarritmias;
- ✓ Tamponamento Cardíaco e Dissecção de Aorta; entre outras.

Assim, no atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO desses casos, faremos a medicação e estabilização dos quadros possíveis, com o contra referenciamento para a Unidade Básica de Saúde de referência, para os casos de baixa e média complexidade, bem como o encaminhamento para Unidades de maior complexidade, para os casos que necessitarem dessa retaguarda.

➤ Pneumologia:

- ✓ Asma;
- ✓ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- ✓ Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo Pulmonar;
- ✓ Tuberculose;

- ✓ Derrame Pleural;
- ✓ Insuficiência Respiratória Aguda;
- ✓ Broncopneumonia;
- ✓ Bronco Espasmo;
- ✓ Infecção de Vias Aéreas Superiores; entre outras.

Estes casos serão inicialmente identificados e tratados de forma adequada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, sendo na sequência encaminhados para as UBSs de referência, para o devido acompanhamento.

Indicações para a vacina da gripe no calendário vacinal anual serão divulgadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, através de cartazes e panfletos, além de divulgação corpo a corpo, realizadas por nossa equipe de colaboradores.

Ainda dentro desse grupo de doenças, no caso de Tuberculose, faremos a primeira abordagem de acordo com a avaliação do Clínico, sendo em seguida, realizada a coleta do escarro e encaminhada ao Laboratório.

Dependendo do quadro clínico, mediante o rápido resultado do exame, o paciente será referenciado imediatamente.

Nefrologia:

- ✓ Lesão Renal Aguda e Nefropatia por Contraste;
- ✓ Distúrbios Hidroeletrólíticos e Acidobásicos;
- ✓ Infecção Trato Urinário; entre outras.

Deste grupo, a principal patologia a ser tratada serão as ITUs, provocadas pela invasão de bactérias no sistema urinário, sendo de maior incidência no sexo feminino devido a anatomia da uretra ter entre 4 a 5 cm e no homem de 15 a 20 cm.

Durante o período de gestação, as mulheres tem maior predisposição devido as alterações hormonais, imunológicas e na pelve.

Outros grupos suscetíveis são pessoas com problemas na bexiga, dificuldade para urinar, baixa imunidade, disfunção ou incontinência urinária.

Faremos o primeiro combate à doença e encaminharemos os pacientes para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticados e controle de recebimento de medicação.

➤ Gastroenterologia:

- ✓ Diarreias Agudas;
- ✓ Pancreatite Aguda;
- ✓ Infecções de Vias Biliares; entre outras.

As Diarreias Agudas, são as principais patologias desse grupo, atendidas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, sendo elas provocadas por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), onde a manifestação predominante é o aumento dos episódios de evacuações, com fezes líquidas.

Podem ter duração de 2 a 14 dias. Os casos atendidos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, são decorrentes da desidratação e do desequilíbrio hidroeletrólítico.

Realizaremos o controle da desidratação e dependendo do grau de complexidade, encaminharemos o paciente para internação.

➤ Infectologia:

- ✓ Sepsis;
- ✓ Pneumonia Associada à Comunidade;
- ✓ HIV no Pronto Socorro;
- ✓ Febres Hemorrágicas;
- ✓ Outras Arboviroses; entre outras.

Influenza A – H1N1, é uma doença ligada a este grupo, sendo uma patologia sazonal e com alta incidência nas populações periféricas.

Promoveremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a conscientização da população usuária, através de cartazes alertando para o problema, elencando as formas de prevenção, assim como, folhetos explicativos para esclarecimentos dos sintomas, para a rápida identificação das doenças.

Manteremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, profissionais treinados para a rápida identificação e para o pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica, conforme o caso exigir.

A Dengue e outras Arboviroses, ocorrem predominantemente na estação do verão, com chuvas abundantes, essas doenças são ligadas a proliferação do agente vetor.

Promoveremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, a conscientização da população usuária, através de cartazes alertando para o problema, elencando as formas de combate, assim como, folhetos explicativos para esclarecimentos dos sintomas para a rápida identificação das doenças, ações para preveni-las através de atos domésticos, combatendo-se a proliferação mosquito vetor.

Manteremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, profissionais treinados para a rápida identificação e pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica.

As Moléstias Infecciosas e DSTs, conforme preconizado, serão automaticamente notificadas ao serviço de Vigilância Epidemiológica, logo que diagnosticadas, sendo que, os pacientes portadores serão inicialmente tratados adequadamente na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

As principais patologias desse grupo são: AIDS, Coqueluche, Sarampo, Rubéola, Meningites, HPV, Hepatites Virais, etc.

Assim sendo, todos os pacientes serão orientados para a vacinação profilática que consta no calendário do Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga.

➤ Neurologia:

- ✓ Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- ✓ Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi);
- ✓ Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh);
- ✓ Cefaleias;
- ✓ Delirium e Estados Confusionais Agudos;
- ✓ Síndromes Convulsivas;
- ✓ Paralisias Flácidas Agudas;
- ✓ Morte Encefálica; entre outras.

As Cefaleias são patologias de grande prevalência na rotina diária de uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Os AVCs, embora em número bastante diminutos, são patologias com alto grau de dano ou óbito, sendo, após diagnosticados e dado o primeiro atendimento, sendo os pacientes, encaminhados para os centros de referências para terapias complementares.

➤ Hematologia/Oncologia:

- ✓ Neutropenia Febril;
- ✓ Emergências Oncológicas;
- ✓ Intoxicação por Cumarínicos;
- ✓ Anemia Falciforme; entre outras.

Pouco corriqueiras na prática de uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, apresentam dificuldade diagnóstica, em função do pouco arsenal diagnóstico.

Em caso de suspeição, tais pacientes serão devidamente encaminhados, para os ambulatórios de referência, para o segmento do tratamento.

✓ Reumatologia:

- ✓ Reumatologia no Pronto Socorro;
- ✓ Monoartrites Agudas;
- ✓ Lombalgia no Pronto Socorro; entre outras.

A principal patologia atendida são Lombalgias, constituindo grande volume de atendimento nesse tipo de Unidade de Saúde, sendo diagnosticadas através de radiografias e tratados sintomatologicamente com analgesia, e posteriormente encaminhados aos ambulatórios de especialidades, para segmento terapêutico.

➤ Endocrinologia:

- ✓ Diabetes Melito e Hipoglicemia no Pronto Socorro;
- ✓ Cetoacidose Diabética;
- ✓ Emergências Tireoidianas Endocrinologia; entre outras.

O Diabetes, durante todo ano, são casos comumente diagnosticados em Unidades de Pronto Atendimento.

Orientaremos os pacientes, no sentido de que os mesmos, tenham o mínimo possível de complicações, evitando-se assim, as internações por complicações da doença.

Encaminharemos tais pacientes, para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticados e controle de recebimento de medicação e apoio psicológico.

➤ Ortopedia:

A maior parte das lesões traumáticas são referentes a pequenos acidentes domésticos, traumas trazidos pelo Serviço 192 e acidentes ocupacionais, cujo atendimento inicial se resume em diagnóstico, com Raio X, estabilização da lesão e analgesia.

Assim realizaremos procedimentos resultantes de

- ✓ Quedas com torção e dor intensa ou suspeita de fratura;
- ✓ Fraturas dos membros inferiores e superiores;
- ✓ Luxações; e,
- ✓ Imobilizações e pequenos procedimentos.

Na Ortopedia da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, trataremos corriqueiramente as patologias acima descritas, encaminhando os casos mais graves, de acordo com a complexidade, para os serviços de referência.

Já, no segmento das patologias como torções, luxações e fraturas, após realizarmos o primeiro combate, encaminharemos o paciente para o segmento e acompanhamento de seu tratamento e eventuais reabilitações, aos serviços de referência.

➤ Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS:

- ✓ Trauma: pode ser uma lesão física causada por ações externas lesivas, violentas ou pela introdução de substâncias tóxicas no organismo.

A concentração dos acidentes e das violências tem maior prevalência na zona urbana, assim, estabilizaremos o paciente e encaminharemos o mesmo para os serviços de referência, conforme o grau de complexidade.

➤ Geriatría:

- ✓ O Idoso no Pronto Socorro; e,
- ✓ Cuidados Paliativos.

Patologias específicas nessa faixa etária serão diagnosticadas e tratadas de maneira particular e posteriormente encaminhadas para os ambulatórios de especialidades.

- Outras Patologias: grupo constituídos de patologias de toda sorte, em volume diminuto, tais como, acidentes com ofídios, animais peçonhentos, traumas oculares e demais causas externas.

1.2. AÇÕES PARA SOLUCIONAR AS NECESSIDADES E PROBLEMAS

No conjunto de ações para solucionar as necessidades de Jacupiranga, sugerimos a integração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO com as Unidades Básicas de Saúde do Município, por meio de uma proposta de integração com tais Unidades Básicas de Saúde, através de nosso BI).

Caso seja aprovada pela municipalidade essa integração com as Unidades Básicas de Saúde, podemos apresentar um projeto para a implantação dessa integração, fato que, com certeza, diminuiria o retrabalho e as despesas do DMS (já apresentamos algumas ferramentas de TI que instalaremos na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, que também servirão de infraestrutura para a integração sugerida).

Como exemplo, podemos mencionar o PACS, que disponibilizaria as imagens de radiologia realizados nas Unidades de Pronto Atendimento, para toda a Rede Municipal de Saúde, dentre outras implantações que podemos customizar através de nosso BI.

Nota: as fontes de informação utilizadas são do nosso próprio banco de dados, do grande conhecimento que possuímos em relação aos dados epidemiológicos e da saúde pública do Município, do tempo em que estamos e que já trabalhamos no Município, do Plano Municipal de Saúde, além de pesquisas de dados e informações, obtidos através de meio eletrônico, na rede mundial de computadores.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E ROTINAS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

A nossa proposta de organização de referência e contra referência para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, funcionará de modo ininterrupto nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, acolhendo os pacientes e seus familiares, sempre que buscarem atendimento de forma referenciada ou não.

Como já ocorre atualmente, estaremos articulados com as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família, Serviço 192, Unidades Hospitalares, Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do Município, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenando esses fluxos por meio da nossa Regulação Médica de Urgências e Emergências, aos demais complexos reguladores instalados na

região, através de equipe multiprofissional interdisciplinar, compatível com o porte instalado.

Prestaremos atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados, de natureza clínica e traumática, prestando o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes nos atendimentos de urgência e emergência, realizando investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento à serviços hospitalares de maior complexidade.

Ainda como referência, seremos retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica, funcionando como local de estabilização de pacientes atendidos e encaminhados pelo Serviço 192. Realizaremos consultas médicas em regime de Pronto Atendimento em Clínica Médica aos casos de menor gravidade, além de atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados para todos os casos demandados à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Prestaremos apoio diagnóstico (ECG, Laboratório Clínico e Raio X) e terapêutico ininterrupto, e manteremos pacientes em observação, por um período de até 24 (vinte e quatro) horas – se possível –, os pacientes para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, encaminhando para internação em serviços hospitalares, aqueles que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, por meio da nossa Regulação Médica, com a demais Centrais Reguladoras regionais, num sistema de referência e contra referência.

Assim proveremos atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a partir da complexidade clínica, cirúrgica e/ou traumática do paciente, contra referenciando para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, proporcionando continuidade ao tratamento, com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletiva, utilizando-se da retaguarda municipal, dos Serviços de Remoção em USA – Unidade de Suporte Avançado ou USB – Unidade de Suporte Básico, sempre que a gravidade/complexidade dos casos, ultrapassarem a capacidade instalada da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, garantindo assim apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

3. DEMONSTRAÇÃO DOS INDICADORES

A demonstração dos indicadores ressaltará todos os elementos do processo de saúde/doença que se quer identificar, sob o qual se deve prioritariamente intervir. Dessa maneira, através do compartilhamento destes indicadores com o DMS e com a Vigilância Epidemiológica, poderemos traçar metas factíveis, para num processo continuado, prezarmos pela melhoria da qualidade do atendimento, pela profilaxia das doenças, pelo planejamento de ações conjuntas e ordenadas, pela segurança dos usuários e dos colaboradores, bem como, pela solução sensata dos problemas, objetivando para um futuro a Acreditação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Vamos demonstrar os indicadores sob dois aspectos:

I- A compilação de relatórios de todas as atividades assistenciais e de apoio que serão executadas na Unidade, apresentadas mensalmente através de relatórios, para a Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato de Gestão do Departamento Municipal de Saúde. A descrição detalhada dos relatórios gerenciais a serem apresentados ao DMS, para o acompanhamento das nossas atividades, conterão:

- ✓ os atendimentos constando diagnósticos, procedimentos realizados, prescrições de medicamentos, encaminhamentos, requisição de procedimentos, possibilitando detalhamento das informações de cada ficha de atendimento ambulatorial eletrônica, possibilitando totalizar atendimentos realizados por profissional, motivo da consulta, município do usuário, bairro e faixa etária;
- ✓ os CIDs de notificação diagnosticadas, detalhando os acompanhamentos e ações realizadas;
- ✓ o tempo gasto nas etapas de atendimento (recepção, triagem e atendimento médico), tempo de espera entre cada etapa, média de tempo gasto no atendimento de cada etapa, possibilitando totalizações por setor de atendimento, profissional e especialidade;
- ✓ os comparativos de:
 - atendimentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos atendimentos realizados em cada período;
 - CIDs diagnosticadas em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas CIDs diagnosticadas em cada período;
 - encaminhamentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição dos mesmos em cada período;
- ✓ os processos de investigação de agravos, com totais por ano e mês, CID, grupo da CID, usuário, município, bairro e faixa etária;
- ✓ as notificações de agravos à saúde do trabalhador, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde notificadora, estabelecimento, usuário, município e bairro;

C3. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA

1. PRODUÇÃO ESPERADA DE CONSULTAS MÉDICAS E TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO MÉDICO ESPERADO

Os indicadores de produção, se darão pelo número absoluto de atendimentos médicos, procedimentos de enfermagem e exames de ECG e Raio X prestados, buscando sempre as metas estabelecidas no Contrato de Gestão, que serão as seguintes:

Nº	PRODUÇÃO	META
1	Consultas em Clínica Médica e Pediatria	3.000
2	Acolhimento com Classificação de Risco	3.000
3	Atendimentos de Enfermagem (procedimentos)	4.240
4	Eletrocardiograma	140
5	Exames Radiológicos	510

De acordo com o determinado no Edital conforme o quadro acima, exigido como Metas Quantitativas do Contrato de Gestão, e ainda, levando-se em consideração os percentis da série histórica de atendimentos médicos no plantão diurno e no plantão noturno, as produções médicas esperadas, e as demais atividades assistenciais que serão executadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, bem como o tempo médio de atendimento médico esperado, terão suas médias previstas, como segue:

➤ **Clínica Médica e Pediatria:**

- ✓ Média arredondada de 75 atendimentos médicos diurnos (das 07:00 as 19:00 h);
- ✓ Média arredondada de 25 atendimentos médicos noturnos (das 19:00 as 07:00 h);
- ✓ Total médio de 3.000 atendimentos médicos por mês;

- ✓ Tempo médio de atendimento médico esperado no plantão diurno, de 19 minutos e 12 segundos; e,
 - ✓ Tempo médio de atendimento médico esperado no plantão noturno, de 28 minutos e 48 segundos.
- **Acolhimento e Classificação de Risco de Clínica Médica:**
- ✓ 75 acolhimentos com classificação de risco diurnos (das 7:00 as 19:00 h);
 - ✓ 25 acolhimentos com classificação de risco noturnos (das 19:00 as 7:00 h); e,
 - ✓ Total médio de 3.000 acolhimentos com classificação de risco por mês.
- **Atendimentos de Enfermagem (procedimentos):**
- ✓ Média de 106 procedimentos de enfermagem diurnos (das 7:00 as 19:00 h);
 - ✓ Média de 42 procedimentos de enfermagem noturnos (das 19:00 as 7:00 h); e,
 - ✓ Total médio de 4.240 procedimentos de enfermagem por mês.
- **Eletrocardiograma:**
- ✓ Média arredondada de 5 por dia.
- **Exames Radiológicos:**
- ✓ Média arredondada de 17 por dia.

Os cálculos dos tempos médio de atendimento médico esperado, para Clínica Médica e Pediatria acima descritos, foram calculados de acordo com o dimensionamento de profissionais médicos que estamos propondo neste Plano de Trabalho, conforme o quadro abaixo:

Categoria Profissional	Plantão Diurno 12 Horas	Plantão Noturno 12 Horas
Clínico Geral Presencial	02	01
Clínico Geral a Distância	----	01

C4. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFE-RENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

De acordo com o Roteiro de Elaboração do Plano de Trabalho, as propostas referentes as atividades voltadas à qualidade, deverão estar orientadas a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes e que serão implantadas.

A adequação das atividades propostas voltadas à qualidade da assistência prestada numa unidade de saúde sob gerenciamento do INCS, em grade parte é alcançada através da implantação das Comissões Multidisciplinares, para o monitoramento dos processos de qualidade e das relações institucionais.

1. COMISSÃO ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – CARP

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP é um órgão que será coligado à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar, acompanhar e revisar os prontuários médicos.

Terá a finalidade de zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas, subsidiando o ensino e a pesquisa; zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico; verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes; apreciar os resultados das diferentes condutas; analisar a eficiência dos serviços médicos; sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência; orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais; analisar impressos e sugerir modificações; e levantar e propor parâmetros de resultados.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002.

2. COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

2.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

A Comissão de Ética Médica – CEM Constitui-se por delegação do Conselho Federal de Medicina – CFM, numa atividade da instituição médica, estando a ela vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência. Compete a CEM supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos éticos e legais. Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1657/2002.

3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH é responsável pelo levantamento e investigação das infecções nos serviços hospitalares. O setor tem como objetivo adotar medidas de controle e prevenção dessas infecções, além de divulgar a situação da infecção dentro do estabelecimento de saúde.

3. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS – CRO

A mortalidade numa Unidade de Saúde expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, iatrogenias, entre outros.

Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO é um órgão que será coligado a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada

a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO e avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2.013.

4. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DOS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO COM RELATÓRIO DE ALTA E TRANSFERÊNCIA EM CONSONÂNCIA COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

Em respeito as diretrizes do Sistema Único de Saúde, todo atendimento de saúde envolvendo os equipamentos já citados deverão respeitar o modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contra referência.

O paciente será atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico.

Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários).

Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente será reencaminhado (contra referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento.



O SUS, as Redes de Atenção à Saúde do Município e a Rede de Urgência e Emergência. Uma das maiores políticas públicas do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é amparado pela Constituição do Brasil de 1.988 e possui uma série de leis que o regulamentam para que possa entregar atenção à saúde de maneira integral, universal e igualitária, apoiada de maneira hierarquizada, regionalizada e à luz do controle social.

Essa política pública consolidou uma conquista da sociedade brasileira pois mudou o foco da saúde pública para uma dimensão de direito social, alavancando uma série de arranjos institucionais que visavam a garantir o SUS em seus princípios e fundamentos.

Contudo, uma das questões mais frequentes, no que concerne a discussão da consolidação do sistema é sobre a necessidade de mais estrutura e recursos.

Diversos trabalhos apontam na direção de que o SUS opera a partir de um subfinanciamento (RODRIGUES 2.013) e que para seu pleno funcionamento seriam necessários mais recursos, porém a agenda internacional demonstra que tal preocupação é igualmente frequente em países que realizam a mesma opção de cuidado universal em saúde (THOMPSON e MCKEE 2.004).

Além disso, é intuitivo a partir do conhecimento prático que o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não necessariamente contribui para a resolução dessa situação.

Eugênio Vilaça Mendes (MENDES 2.011) cita o professor indiano Ramalingaswani: "é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida".

A necessidade de novos arranjos mais eficientes e custo efetivos é imprescindível para que se otimize o uso do recurso disponível com vistas a garantir as premissas audaciosas desse sistema.

Em paralelo à discussão de custo/efetividade do sistema, a análise do perfil de morbimortalidade do país vem acompanhando as transformações do perfil epidemiológico brasileiro como um todo, demonstrando que esses novos arranjos precisam se adaptar também a essas mudanças.

Até o século XX, o Brasil sofria com um perfil muito parecido com o de um país subdesenvolvido, com altas taxas de mortalidade e internações hospitalares relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias, de curso agudo.

Se por um lado ainda hoje o país sofre com tais doenças, percebesse acompanhado dessa situação um aumento de casos das chamadas doenças crônicas não transmissíveis, muito associadas ao incremento de expectativa de vida da população e hábitos de vida pouco saudáveis, como a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus e a obesidade por exemplo, bem como suas repercussões, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, dentre outras, além do crescente número de vítimas da violência urbana, seja das relações interpessoais nos crimes contra a vida, como nas situações dos acidentes de trânsito, traduzidas pelo aumento global da morbimortalidade por causas externas.

Com este novo perfil epidemiológico, a rede de serviços passa a precisar estar apta a dar resposta não apenas às condições agudas, mas também às condições crônicas e suas agudizações e também para o trauma. Contudo, se para o trauma o comportamento usual de acesso aos serviços não representa grandes dificuldades, para as situações crônicas, que hoje correspondem a grande parte das doenças, a persistência de um comportamento de acesso que privilegia o hospital e os prontos socorros não é, definitivamente, a melhor saída, seja pela fragmentação tradicional que ocasiona ao cuidado, seja pela limitação do acompanhamento longitudinal necessário para essas doenças.

Desde seus primeiros anos, o SUS convive com essa situação problema, que constitui um verdadeiro paradoxo para os gestores: o sistema existe para garantir aos usuários um tipo de cuidado em saúde, que deveria ser integral, universal, sempre pautado na equidade, porém esse mesmo sistema não consegue garantir na mesma intensidade, em todos os serviços, o mesmo padrão

de acesso, fazendo com o que ele próprio se autodesregule, vinculando o usuário a serviços como hospitais e pronto-atendimentos.

É bastante complicada a conformação de um modelo assistencial no qual é prerrogativa da atenção básica trabalhar as condições crônicas, tanto por um enfoque promocional assim como assistencial, enquanto é em outro serviço que paira a esperança de resolução da demanda nas agudizações dos casos crônicos ou nos casos agudos que chegam às unidades. É mais complicado ainda é quando esse serviço está totalmente desvinculado da atenção básica e da estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, ao final de 2.010, surge oficialmente uma proposta de rearranjo operacional do Sistema Único de Saúde, rompendo com uma lógica programática, promotora de fragmentação para um desenho indutor de integração, centrado no usuário e suas necessidades de saúde, fruto de um grande acordo envolvendo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2.010, que estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS: “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (MENDES 2.011).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; no art. 30º que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”; e, no art. 32º as pactuações sob responsabilidade das comissões intergestores: III – diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos, IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (MENDES 2.011).

Encontramos como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Embora se creia que a atenção básica deva buscar uma cada vez maior ca-

pacidade de ordenação do restante do sistema de saúde, dirigida por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional (BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica 2.012), os casos agudos ou agudizações de casos crônicos necessitam de uma outra rede, ágil, eficiente, pautada pelos mesmos valores da Atenção Básica, mas com capacidade de entregar a assistência direta ao paciente o mais rapidamente possível, uma vez que esse tempo pode ser o diferencial entre vida e morte.

Essa rede de cuidados, com seus múltiplos itinerários, é denominada de “Rede de Urgência e Emergência” (BRASIL 2.006). Deve estar estruturada dentro de um caráter regional, devendo estar articulada com as demais redes de atenção por meio da Atenção Básica, gestora do cuidado do paciente em seu território, a fim de garantir uma melhor qualidade de resposta.

Nesta rede, o ordenamento se faz a partir das necessidades de saúde do paciente e, o sítio de inteligência que determina quais serviços devem ser utilizados pelos usuários e em que tempo denominam-se Centrais de Regulação.

Essas Centrais devem executar idealmente linhas guia previamente pactuadas e fornecer a resposta mais adaptada possível às necessidades estabelecidas.

No que tange a assistência às urgências e emergências (BRASIL 2.014), o cuidado se dá, majoritariamente, nos serviços que funcionam exclusivamente para este fim – ou seja, nos prontos-socorros pré ou intra hospitalares e nas Unidades de Pronto Atendimento.

O que chama a atenção nesse modelo é que tal fato acontece estando esses serviços adequadamente estruturados e equipados ou não, isto é, tais lugares por permanecerem ativos nas 24 horas do dia acabam funcionando inevitavelmente como uma das “portas de entrada” para o sistema de saúde mais utilizadas pela população.

São acolhidos pacientes em urgências propriamente ditas, mas também pacientes que deveriam estar sendo acompanhados pelos serviços de Atenção Básica e/ou Especializada ambulatorialmente, ou seja, demandas de todos os tipos acabam se misturando nas unidades de urgência, seja pela disponibilidade e facilidade de acesso, seja pela constrição de ofertas ambulatoriais desses outros serviços, contribuindo para que, desse modo, as emergências fiquem superlotadas com diversos pacientes que, no limite, não deveriam estar ali.

Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais, como a ausência da classificação de risco, caracterizada pelo o atendimento tradicional, por ordem de chegada e sem qualquer avaliação prévia, que pode acarretar diversos problemas, podendo muitas vezes levar a graves prejuízos aos pacientes nas longas esperas a que são submetidos.

Assim, é essencial que a rede de atenção às urgências e emergências seja estruturada e integrada aos demais equipamentos/serviços do sistema de saúde,

envolvendo toda a rede assistencial, da hospitalar fixa – ou seja, as Unidades de Pronto Atendimento, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e os Ambulatórios Especializados, além dos serviços de atendimento hospitalar móvel (SAMU 192, Resgate dos Bombeiros, entre outros), a rede hospitalar, o atendimento domiciliar, até os cuidados pós-hospitalares para o tratamento, recuperação e reabilitação.

É fundamental, também, garantir a capacitação e responsabilização e cada um desses componentes pela atenção a determinada parcela das demandas de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e sua capacidade de resolução.

Os diferentes níveis de atenção à saúde devem se relacionar de forma a se complementarem, por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência.

Para se alcançar esta realidade, é imprescindível que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe procura e se responsabilizando pelo encaminhamento dos pacientes quando a unidade não dispuser de recursos para tal atendimento.

Há mais de uma década, o Ministério da Saúde tem estimulado, por meio de portarias, a estruturação de redes de atenção à urgência e emergência adequada ao atendimento universal, equânime e integral à saúde da população brasileira.

Em 2.003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, com o objetivo de articular e integrar todos os serviços de saúde, com vistas a ampliar e qualificar o acesso de usuários em situação de urgência ou emergência, de forma a propiciar um atendimento humanizado, integral, ágil e oportuno.

O primeiro atendimento às urgências e emergências de baixa complexidade no nível do território é realizada pelas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao nível da Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo dos serviços do componente pré-hospitalar de urgência, a saber, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as Unidades de Pronto Atendimento. Já, o atendimento de média e alta complexidade é feito nas unidades hospitalares.

Todo esse complexo sistema de atendimento depende de um avançado sistema regulador, previsto antes mesmo da própria Política Nacional de Urgência e Emergência, por meio da Portaria GM/MS 2.048/2.002.

A competência técnica do médico regulador se sintetiza na capacidade de avaliar os chamados recebidos, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponibilizadas. Ele tem papel fundamental na assistência prestada pelo SAMU 192 ou Serviço 192, uma vez

que é responsável pela classificação do risco do paciente, de acordo com informações coletadas durante a ligação telefônica, determinando prioridades de atendimento e definindo tipos de suporte necessários (básico ou avançado) para atender a ocorrência. A esse profissional cabe, ainda, realizar as intermediações entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a atender, da melhor maneira possível, às necessidades dos pacientes

O SAMU 192 ou Serviço 192, por meio das equipes intervencionistas, atende pacientes nas mais diversas situações: nas residências, em locais de trabalho, em vias públicas etc., ou seja, por intermédio do telefone 192, o atendimento chega ao usuário onde ele estiver.

Ainda fora do ambiente hospitalar as equipes têm a atribuição de prestar atendimento, no local da ocorrência, no menor tempo possível, salvando vidas e diminuindo sequelas. Após estabilizar o paciente, a equipe o encaminha ao serviço mais próximo e adequado, conciliando ganho de tempo – crucial em emergências – com a resolutividade do caso, buscando o melhor local a realizar o “segundo tempo” de atendimento para cada paciente.

O redirecionamento à unidade de saúde mais adequada à continuidade do tratamento pode ser realizado pelo trabalho integrado da Central de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação.

Ao componente pré-hospitalar fixo, cujo principal exemplo são as Unidades de Pronto Atendimento, cabe também a prestação de atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados seja pela procura em demanda espontânea, seja por meio de base de atendimento referenciado para o componente pré-hospitalar móvel, o SAMU 192 ou Serviço 192.

As Unidades de Pronto Atendimento, são estruturas de complexidade intermediárias no sistema de saúde, que se situam entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências.

Têm potencial de atendimento à pequena e média urgência, parte significativa dos atendimentos que usualmente superlota os prontos-socorros, além de poder desempenhar um papel ordenador dos fluxos da urgência e no potencial de acolhimento de pacientes com condições crônicas agudizadas para um atendimento integral na rede de saúde.

As Unidades de Pronto Atendimento objetivam atender aos portadores de quadros clínicos agudos ou agudizações de condições crônicas de quaisquer naturezas, dentro dos limites estruturais da unidade, e, em especial, os casos de baixa complexidade, nos períodos noturnos e nos finais de semana, quando as UBS não estão em funcionamento.

As Unidades de Pronto Atendimento também têm as atribuições de descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média

complexidade e de operar como entrepostos de estabilização dos pacientes críticos, para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, diminuindo a sobrecarga em hospitais de maior complexidade.

Para proporcionar equidade na assistência à saúde, todos os pacientes que procuram as Unidades de Pronto Atendimento são acolhidos e, de acordo com critérios pré-estabelecidos, classificados segundo o risco de dano à saúde, de modo que a ordem dos atendimentos ocorre em função dessa classificação e não pela ordem de chegada à unidade.

As Unidades de Pronto Atendimento devem contar com equipes interdisciplinares, que devem acolher, intervir na condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde – ou para a internação hospitalar – proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária.

Beneficia, assim, pacientes agudos e não agudos, além de, principalmente, pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de agudizações, pela continuidade do acompanhamento.

Outro papel importante das Unidades de Pronto Atendimento é o de poder atuar como Observatórios do Sistema de Saúde. Essas unidades subsidiam o cuidado da população com informações relevantes sobre as agudizações relacionadas aos pacientes em seus territórios de saúde, contribuindo para o acolhimento integral bem como para a elaboração de estudos epidemiológicos e construção de indicadores de saúde e de serviço, fundamentando a avaliação e o planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema.

Nesse sentido para a execução adequada dos diferentes serviços apresentados dependem diretamente da execução de um plano de deve ter como marco inicial a construção de um diagnóstico situacional dos diferentes equipamentos de saúde que fazem parte do Edital.

Mediante a conclusão desse diagnóstico que deverá ser executado no início do contrato, evidenciado os principais problemas a serem solucionados, o INCS elaborará um plano de metas a serem atingidas em curto, médio e longo prazo, de acordo com a complexidade de cada problema identificado, sendo que todas as ações a serem desenvolvidas irão respeitar o Plano de Trabalho em conjunto com o Plano Municipal de Saúde e outras importantes ferramentas de gestão do serviço de saúde.

Caberá então ao INCS uma avaliação contínua das diferentes atividades a serem realizados com o objetivo de solucionar os problemas apresentados.

Para solidificar o serviço gerido junto ao Município, o INCS criará um Serviço de Ouvidoria ativo, que será capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando as informações, realizando pesquisas ou atuando de forma itinerante, visando obter dados de forma sincrônica aos fatos,

para subsidiar a própria gestão, o Departamento Municipal de Saúde, o controle social, com uma resposta positiva, em tempo hábil, ao usuário do SUS.

Para a realização deste serviço, serão alocados funcionários em local apropriado, junto às sítios funcionais da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, instrumentalizados para o desenvolvimento de tais atividades.

6.1. COMPONENTE DE ATENÇÃO HOSPITALAR

A Atenção Hospitalar no Brasil, atualmente, constitui um grande paradoxo para os gestores de saúde pública.

Se historicamente os hospitais são os serviços que mais absorveram recursos financeiros, e constituíram-se como o centro de fato das ações de saúde para a população e para a formação dos profissionais da área, já é claro na literatura os custos, que essa opção histórica, resultaram, seja pela fragmentação do processo de cuidar, baseada em um modelo biológico centrado na doença e na intervenção médica, voltado à terapêuticas medicamentosas e por tudo isso, gerador de procedimentos nem sempre centrais para o cuidado efetivo do usuário, seja pela alta densidade tecnológica necessária que deve estar disponível para responder a esse modelo hospitalocêntrico.

É sabido que o SUS, tal como vários outros sistemas de saúde pelo mundo, convive com um problema grave de alocação de recursos.

A Atenção Hospitalar consome parcela significativa dos recursos do Sistema Único de Saúde.

“A avaliação dos gastos do SUS, por funções, mostra:

- ✓ 43,8% dos gastos são na assistência hospitalar e ambulatorial (ações de média e alta complexidade),
- ✓ 19,6% na atenção primária à saúde;
- ✓ 4,1% em procedimentos profiláticos e terapêuticos; e,
- ✓ 1,8% em vigilância em saúde.

Essa composição dos gastos do SUS por funções não se diferencia fundamentalmente do que se observa na experiência internacional.

Sabe-se, no entanto, que outras ações e investimentos podem ser muito mais efetivas para se obter impacto nos resultados de saúde.

Por exemplo, um aumento de 10,0% na cobertura de equipes de PSF pode implicar na diminuição de 4,6% na taxa de mortalidade infantil, um aumento de 10,0% no acesso a água limpa implica a diminuição de 3,0% desse indicador, enquanto um aumento de 10,0% nos leitos hospitalares, implica a diminuição de apenas 1,3% desse indicador.

7. CAPACITAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS

Promoveremos a capacitação dos funcionários através de ações de Educação Continuada, Educação Permanente, bem como constante treinamento, para suas capacitações, com Foco na PNH – Política Nacional de Humanização.

7.1. AÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA COM FOCO DA PNH

Ao compreender formação e intervenção como processos indissociáveis, a formação de apoiadores institucionais no Sistema Municipal de Saúde tem sido concebida como uma estratégia que visa promover a sustentação e a capilarização das estratégias de acolhimento, com a inclusão “na” e “em rede” de atores capazes de disparar novos processos.

Trata-se de um processo que requer investimento contínuo visto que na formação objetiva-se mobilizar os sujeitos, para que eles atuem sobre a realidade, transformando e trazendo praticidade aos processos de trabalho.

Certamente, esta não é uma tarefa fácil, pois requer além do envolvimento e compromisso dos trabalhadores, o sentimento de pertencimento e corresponsabilização em defesa do SUS, associados a uma determinação para enfrentar a constante demanda, velada ou não, em direção à submissão e silenciamento.

Acredita-se que todo espaço de formação entendido como lugar de potencialização de saberes e de sujeitos em constante mudança, é capaz de fomentar nos trabalhadores o compromisso como apoiadores institucionais das diretrizes estratégicas municipais.

Entretanto, os fatores que facilitam e dificultam o exercício desta função ainda precisam ser melhor compreendidos até que seja possível estabelecer comparações entre os processos disparados nas diferentes unidades de saúde, considerando os resultados alcançados e sua relação com as particularidades locais.

Nesse sentido, organizaremos de forma eficaz, as condições necessárias e indispensáveis ao desempenho, com qualidade de todas as etapas de capacitação para os profissionais da saúde, dispendo de estratégias de ensino e aprendizagem, orientadas por uma metodologia participativa e dialógica, na abordagem dos conteúdos das seguintes estratégias de formação de pessoal:

- Momento I – curso introdutório destinado aos eventuais novos profissionais da saúde, enquanto capacitação inicial para o início do

trabalho e para implantação da metodologia de trabalho nos respectivos territórios.

- Momento II – curso destinado aos eventuais novos médicos e enfermeiros das equipes de saúde, para capacitação técnica desses profissionais e para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Plano de Trabalho que será desenvolvido.
- Momento III – curso destinado aos eventuais demais profissionais de apoio, iniciantes no processo de trabalho, para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Plano de Trabalho que será desenvolvido.
- Momento IV – curso destinado ao conjunto dos trabalhadores de acordo com a dinamicidade dos trabalhos e dos problemas encontrados no dia-a-dia da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Como ações de Educação Continuada em saúde partem dos problemas do cotidiano nos processos de trabalho, envolvendo os membros da equipe na análise e planejamento de ações do trabalho, buscando aprimorar as atividades e elevar o grau de resolutividade dos serviços, apresentamos o Cronograma de Execução da Educação Continuada abaixo, onde nos meses de 3 a 12 (Momento IV), os assuntos são administrados junto às equipes, pela dinamicidade do trabalho e dos problemas encontrados.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA												
ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Momento I												
Momento II												
Momento III												
Momento IV												

A intermitência dos Momentos I, II e III, ocorrerá quando cada novo profissional for contratado para fazer parte dos quadros de colaboradores da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

Finalmente, não há como avaliar o processo de formação dos profissionais sem mencionar a importância do apoio e parceria com outros atores com experiência prévia de trabalho, onde o compromisso e dedicação é uma condicionante, para que se possibilite a superação de algumas das barreiras que

porventura existam, fortalecendo o afeto e o respeito como importantes eixos estruturantes da construção pelo coletivo.

8. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE / NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS COMPULSÓRIAS

A Organização dos Serviços de Ações de Vigilância em Saúde / Notificação de Doenças Compulsórias, serão consubstanciados numa descrição de procedimentos para análise de rotinas e de riscos à saúde, servindo de base para a compilação de dados estatísticos e epidemiológicos, com o objetivo primordial de seu uso, para futuras ações isoladas na própria UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ou em conjunto com o Departamento Municipal de Saúde, previstas ou não pelo DMS e sua área técnica.

Assim informaremos compulsoriamente, todos os casos de notificação obrigatória, acompanhados de sua devida documentação, dentro dos prazos preconizados pela Vigilância Epidemiológica do Município, além de arquivá-los no nosso Sistema de Informações, para a geração de relatórios estatísticos, epidemiológicos e de prevalência das moléstias identificadas.

Caso a patologia identificada exija agilidade na informação, esta será notificada ao DMS imediatamente após o seu diagnóstico.

Dessa forma, tais dados estatísticos, epidemiológicos e toda prevalência das moléstias identificadas durante o atendimento da população, serão compilados de maneira eletrônica e enviados para o DMS mensalmente, através de relatórios circunstanciados. Além disso, ficaremos a disposição para o desenvolvimento de ações em conjunto ou para desenvolvimento e aplicação de projetos que sejam promovidos pelo DMS de Jacupiranga.

Como já dito, tais dados e informações gerados em relatórios circunstanciados, proporcionarão em conjunto com o DMS, a realização de análises detalhadas de riscos às populações adstritas, que por sua vez, servirão de base para o estabelecimento em conjunto com os departamentos técnicos do DMS, assim como, em conjunto à Vigilância Epidemiológica do Município, de um celeiro com subsídios, para se estabelecer ações programadas e ordenadas, no sentido de minimizar os riscos à saúde dessas populações.

9. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

O arquivamento dos Prontuários Eletrônicos dos Pacientes (PEP) será realizado digitalmente através do nosso SIG – Sistema de Informações Gerenciais, sendo que tal procedimento ocorre de forma eletrônica e automática, na medida em que o mesmo é alimentado, eliminando-se a necessidade de papéis, prateleiras e espaço físico.

O controle desse arquivamento é realizado pelo nosso Departamento de TI e a inspeção e o fornecimento de cópias aos pacientes, quando são requisitadas, são dirigidas pela CARP – Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

Dessa maneira, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, necessitará de pouco espaço físico para o arquivamento de eventuais prontuários em papel, sendo que o resgate das informações, ocorrerá de forma eletrônica, com rastreabilidade, por meio de consultas no Módulo SAME do SIG.

Já, a geração de estatísticas, poderá ser customizada de diversas formas possíveis, visto que o nosso SIG, disponibiliza automaticamente, relatórios estatísticos customizados e personalizados, de acordo com a necessidade do usuário e dos gestor.

Assim o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística será totalmente estruturado, organizado e indexado de forma digital, pois o nosso atendimento está totalmente estruturado no PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

9.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO REGULAR E PERMANENTE DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS IMPACTOS SOBRE A POPULAÇÃO ATENDIDA

As estratégias de ações que estão implantadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, objetivam a apuração de indicadores, que medirão por meio de pesquisas de satisfação realizadas, o nível de satisfação dos pacientes e dos acompanhantes que fizeram uso dos serviços que são gerenciados pela nossa equipe de administração e equipe assistencial.

Dentre as estratégias programadas, incluímos os totens eletrônicos nas salas de espera.

Neles, pelo sistema “touch screen”, tanto os pacientes em condições, quanto seus acompanhantes, respondem a uma série de perguntas sobre os serviços (customizadas pelo nosso pessoal de TI, sob a orientação da Administração e Coordenações).

As pesquisas são compiladas digitalmente, gerando de forma automática, relatórios periódicos com os resultados obtidos.

Para as pessoas que não estão habituadas com o mundo digital, serão fornecidos formulários físicos para a realização das pesquisas.

Além disso, manteremos uma “Caixa de Sugestões” permanentemente na recepção da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

C5. APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS PARA EXECUÇÃO AS ATIVIDADES

1. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Apresentaremos a seguir os recursos humanos estimados, apontados por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho, o salário de cada categoria profissional, o regime de contratação, o tipo de vínculo com a Unidade de Saúde, os manuais de contratação, as competências, entre outros.

1.2. RECURSOS HUMANOS

Ressaltamos que a quantidade de atividades previstas por serviço contratado, diante da capacidade instalada e dos objetivos abordados neste Plano de Trabalho, corresponderá com as solicitadas no Edital e seus Anexos, ou seja, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a equipe de apoio e os serviços terceirizados, que constituirão a contingência total de colaboradores, diretos e indiretos, serão suficientes para executar as quantidades descritas no Anexo Técnico que as determina, levando-se em conta tanto a capacidade instalada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, quanto a capacidade instalada em nossa Central Administrativa, para o cumprimento das metas pactuadas a serem atingidas, no que tange à produtividade, resolutividade, qualidade e resultados esperados.

A seguir descreveremos as Políticas de Gestão de Pessoas a serem praticadas pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde.

1.2.1. Ações Para a Gestão de Pessoas

A principal atividade do Departamento de Recursos Humanos, será a Política de Gestão de Pessoas.

Apresentaremos a definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

➤ **Objetivo**

Definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários do INCS, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

➤ **Introdução**

No Departamento de Recursos Humanos estarão dispostas as normas, as regulamentações e as informações que nortearão as práticas de contratação de pessoal e os critérios de remuneração dos mesmos, que seguem o documento máximo de controle para tal, ou seja, o nosso REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES, que está encartado como ANEXO V desse Plano de Trabalho.

1.2.2. Mecanismos de Recrutamento

O processo para o recrutamento das classes de trabalhadores será realizado através de processo seletivo, mediante a aplicação de prova de conhecimentos técnicos e de informática, complementada por entrevista.

1.2.3. Normas e Procedimentos de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários

A política salarial do INCS fundamenta-se na sistematização da administração de cargos:

- **Cargos:** é uma definição escrita do que o ocupante do cargo faz. Esse conceito é utilizado para definir as especificações do cargo, o qual relacionará as responsabilidades, os conhecimentos, as habilidades e as competências necessárias ao desempenho satisfatório do cargo. A chefia da área é

responsável em comunicar o Departamento de RH, formalmente, através de um documento de comunicação interna, a necessidade da criação ou alteração de qualquer item da Descrição de Cargos, sendo o Departamento de RH responsável em levantar as informações para alterar a descrição, mediante observação do trabalho e/ou entrevistas com os ocupantes dos cargos ou seus superiores e efetuar a validação junto a chefia da área.

- **Criação de Novos Cargos:** é necessária a verificação do quadro de lotação, assim como as necessidades estratégica, e caso necessário, o mesmo é alterado na estrutura de cargos.
- **Salários:** a estrutura de cargos e salários do INCS é composta por grupos salariais que compreendem os cargos de todos os níveis hierárquicos e áreas da Instituição.
- **Salário de Admissão:** todo e qualquer colaborador, é admitido preferencialmente com salário de admissão estabelecido para o seu cargo (teto salarial). Excepcionalmente, o salário de admissão pode ser estabelecido acima desse limite, em função do grau de qualificação e experiência exigido do candidato ou por contingência de mercado, caso que somente ocorre sob a autorização do Diretor Administrativo. Colaboradores que são admitidos em substituição temporária de algum tipo de afastamento, ou seja, colaboradores que são admitidos com contrato por prazo determinado, são admitidos com o salário efetivo de acordo com a tabela salarial vigente.
- **Salário Para Um Novo Cargo:** para se definir a faixa salarial de um novo cargo, este deve passar pelo processo de avaliação e classificação, conduzido pelo Departamento de Recursos Humanos, com base nas atribuições do novo cargo, sendo que tal situação somente ocorre sob determinação do Diretor Administrativo.
- **Alterações Salariais:** o sistema de administração de cargos prevê as seguintes situações que poderão gerar alterações salariais:
 - ✓ **Procedimento Coletivo:** entende-se por procedimento coletivo aquele que age sobre a avaliação e classificação dos cargos, convenção sindical e determinações governamentais. Neste ponto periodicamente o INCS executa pesquisas salariais de mercado para avaliar e atualizar sua estrutura salarial.
 - ✓ **Procedimento Individual:** entende-se como procedimento individual aquele que particulariza situações de trabalho e que envolvam promoções, aumento de salários, salário de contratação, efetivação ou adequação.
- **Fim do Período de Experiência:** todo colaborador quando admitido no INCS, até ser um colaborador efetivo, passa por um período de experiência de 45 dias, que pode ser prorrogado por mais 45 dias, sendo nesse período, administrado o salário de admissão de acordo com a tabela salarial vigente.

No mês subsequente ao final do período de experiência o colaborador tem o salário reajustado de acordo com a tabela salarial vigente para o salário efetivo, que corresponde ao salário de admissão acrescido de percentual estabelecido pelo INCS para a função.

- **Promoção Vertical:** são duas as modalidades de promoção vertical:
 - ✓ **Promoção Para Um Novo Cargo:** os aumentos por promoção vertical são concedidos aos colaboradores que passarem a ocupar cargos incluídos numa classe superior à classe atual do cargo dentro da estrutura de cargos e salários. A promoção vertical está vinculada à existência de vaga no quadro de colaboradores, ou pode ocorrer em função de aumento de quadro devido a aumento da demanda ou criação de novos serviços e ou departamentos. Os candidatos a uma promoção vertical passam por um processo de avaliação de desempenho conduzido pela chefia imediata e analisado pelo Departamento de RH. Os aumentos decorrentes da promoção vertical podem ser concedidos em qualquer mês do ano, desde que o colaborador preencha os requisitos necessários à promoção. Após uma promoção na mesma carreira específica, é observado um período de experiência de 90 dias, sendo nesse período, administrado o salário de admissão do novo cargo de acordo com a tabela salarial vigente. Nesse período é avaliada a adaptação do colaborador ao novo cargo. No mês subsequente ao final do período de experiência o colaborador tem o salário reajustado de acordo com a tabela salarial vigente para o salário efetivo. Caso o colaborador não se adapte ao novo cargo, a gerência da área comunica com antecedência o fato ao Departamento de RH, que encaminha o colaborador a sua área de origem com seus direitos preservados de retorno à função anterior.
 - ✓ **Reajuste Salarial (reclassificação do cargo na tabela salarial):** o aumento por reajuste salarial é concedido por reclassificação, quando um cargo receber atribuições adicionais, de maior complexidade e responsabilidade, que exijam maior conhecimento do que as atribuições atuais, justificando uma reclassificação do cargo para uma classe mais alta na estrutura de cargos. O aumento decorrente de reajuste salarial pode ser concedido em qualquer mês do ano e deve se ajustar ao orçamento definido pelo INCS. Isto somente ocorrerá mediante autorização do Diretor Administrativo do INCS.
 - ✓ **Méritos:** são acréscimos salariais que serão disponibilizados aos cargos que em sua estrutura acabem adquirindo novas responsabilidades, ou ainda alterando a complexidade das atividades relacionadas ao cargo, dessa forma poderá ser disponibilizada através de gratificação ou ainda de alterações salariais que somente ocorrem sob determinação do Diretor Administrativo do INCS.

1.2.4. Normas e Procedimentos de Funcionamento do Sistema de Administração de Cargos e Salários

A política salarial do INCS fundamenta-se na sistematização da administração de cargos, seguindo os acordos e dissídios coletivos das categorias envolvidas.

1.2.5. Organização dos Recursos Humanos

Serão metodologias de trabalho, que serão implantadas no Departamento de Recursos Humanos, objetivando o recrutamento, a seleção, a integração, o controle e a avaliação dos colaboradores.

1.2.6. Normas para Seleção de Pessoal, Contratos de Trabalho, Avaliação de Desempenho e Controle do Absenteísmo

➤ **Normas para Seleção de Pessoal**

O INCS realizará a seleção dos colaboradores seguindo as normas para seleção pública através do cumprimento da Carta Magna, Constituição Brasileira de 1988.

➤ **Processo Seletivo**

Conforme tange os aspectos legais de nossa Carta Magna realizaremos Processo seletivo através de prova escrita para avaliação de capacidade técnica e científica dos candidatos, além de entrevistas técnicas e psicotécnicas, obedecendo aos princípios de publicidade, impessoalidade, transparência e concorrência.

As entrevistas serão realizadas por profissionais gabaritados de cada área específica e as provas serão de múltipla escolha e elaboradas com temas pertinentes a cada cargo a ser preenchido, obedecendo aos seguintes princípios:

- ✓ realização de prova escrita;
- ✓ correção da prova escrita;
- ✓ publicação do gabarito;
- ✓ realização de entrevistas técnicas e psicotécnicas;
- ✓ publicação dos classificados; e,
- ✓ convocação dos classificados de acordo com ordem de classificação.

As ressalvas serão para os cargos considerados pela nossa Instituição como cargos de chefia, cargos executivos e administrativos, de gerência, de

coordenação e de supervisão, que serão nomeados diretamente pela mantenedora, por tratarem-se de cargos de confiança, porém os colaboradores nomeados para ocupar tais cargos deverão preencher as peculiaridades técnicas para sua execução, com graduação, pós-graduação e/ou experiência mínima de 2 anos na área específica.

➤ **Contratos de Trabalho**

Todos os contratos de trabalhos obedecerão aos princípios a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, sem ressalvas.

Para os servidores efetivos em regime estatutário como princípios constitucionais serão mantidos, sendo realizada a gestão dos recursos humanos.

➤ **Avaliação de Desempenho**

A gestão do desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de excelência no desenvolvimento dos funcionários e na melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão, à sociedade civil, empresas e comunidades.

➤ **Objetivos**

- ✓ mobilizar os funcionários em torno da missão essencial do serviço, orientando a sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes;
- ✓ reconhecer o mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos diversos níveis de desempenho;
- ✓ promover a comunicação eficaz entre hierarquias, estabelecendo como instrumento essenciais no processo de avaliação do desempenho a entrevista mensal e a autoavaliação; e,
- ✓ fomentar o desenvolvimento profissional dos funcionários, através da identificação de necessidades de formação, a considerar necessariamente na elaboração dos planos de capacitação, educação continuada e permanente.

➤ **Confidencialidade**

Todos os prognosticadores de qualidade aferidos na avaliação de desempenho serão confidenciais, respeitando os princípios éticos e legais e o instrumento de avaliação de desempenho ficará no arquivo de recursos humanos do colaborador.

➤ **Metodologia**

A avaliação de desempenho deve ser sistematizada e continua, realizada através de instrumento que possibilite uma dimensão multifatorial da produção do trabalho, levando em conta as metas individuais de produção, assiduidade, pontualidade, motivação, humanização, conhecimento técnico para execução da função ora alocado e a capacidade individual nas relações humanas envolvendo o trabalho em equipe. A necessidade da anotação e

utilização de um instrumento possibilita a avaliação do desenvolvimento de competências, acompanhamento e histórico do colaborador. A sua periodicidade é mensal nos setores, visto as produções serem aferidas mensalmente. A atribuição da execução da avaliação de desempenho será da chefia imediata, fato este crucial para uma boa relação de liderança coaching e uma veracidade dos aspectos apontados pelo avaliador.

➤ **Controle do Absenteísmo**

O controle do absenteísmo é de extrema importância, pois interfere significativamente na produção do trabalho no que tange o alcance da produtividade, economicidade, qualidade e saúde do trabalhador.

➤ **Metodologia**

O mesmo deve ser efetuado através do acompanhamento da taxa de absenteísmo, pelas chefias imediatas, pelo Departamento de Recursos Humanos e pelo Diretor da Unidade, sendo que realizarão a elaboração de gráfico com estudo aprofundado dos setores com maior incidência e prevalência. Também faremos a aplicação de instrumentos de pesquisa para levantamento dos motivos do mesmo, visando a implantação de métodos para prevenir e reabilitar os colaboradores afastados.

➤ **Aspectos Preventivos**

- ✓ Trabalhadores motivados, acompanhados, supervisionados, elogiados pelo bom trabalho tendem a apresentar uma saúde mental, sendo assim um aspecto importante na prevenção do absenteísmo é a implantação de uma gestão compartilhada, democrática, que valoriza o colaborador, que bonifica a produtividade, a criatividade e as boas práticas. Para tanto realizaremos a capacitação de todas as chefias imediatas sobre liderança coaching.
- ✓ A saúde do trabalhador também é outra vertente fundamental no processo de controle do absenteísmo.

1.2.7. Registro, Controle de Ponto e Escala de Trabalho

➤ **Registro Profissional – CLT**

O Ministério do Trabalho, através da Portaria 41 de 28/03/2.007, edita normas referentes ao registro de empregados e à anotação da carteira profissional.

A Carteira de Trabalho fica em poder do empregado, sendo que o empregador tem o prazo de 48 horas a contar da admissão, para anotar dados como data da admissão, remuneração e condições especiais do registro, se elas existirem (Artigo 5º da Portaria). As demais anotações serão feitas na data base das alterações salariais, a qualquer tempo por solicitação do empregado,

em caso de rescisão, ou para comprovação perante a Previdência Social (Artigo 29º CLT). Tais anotações podem ser feitas à mão ou por meio eletrônico de impressão, por carimbo ou etiqueta, desde que com autorização do empregador ou do seu representante legal (Parágrafo 2º do Artigo 5º da Portaria 41).

O empregador poderá adotar ficha de anotações, exceto com relação à admissão e demissão, que deverão ser anotadas na carteira de trabalho do empregado, sendo que este poderá solicitar o fornecimento dos dados constantes na ficha de anotações (Artigo 6º).

As anotações devem ser feitas de forma clara, sem abreviaturas, sendo que as emendas, entrelinhas, rasuras devem ser ressalvadas ao final de cada assentamento, de maneira a não gerar dúvidas (Artigo 7º da Portaria).

Permanece a proibição de qualquer anotação que prejudique o trabalhador, ou possa causar danos à sua imagem, tais como anotações referentes a sexo ou sexualidade, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, idade, condição de autor em reclamatória trabalhista, saúde, desempenho profissional ou comportamento (Artigo 8º).

O registro de empregados a que se refere o artigo 41 da CLT, pertence ao empregador e deverá conter obrigatoriamente nome do empregado, data de nascimento, filiação, nacionalidade, naturalidade, número e série da CTPS, número de identificação no PIS/PASEP, data de admissão, cargo e função, remuneração, jornada de trabalho, férias, acidente do trabalho ou doenças profissionais quando houver.

O empregador pode adotar controle único e centralizado, desde que os trabalhadores portem cartão de identificação contendo seu nome completo, número de inscrição no PIS/PASEP, horário de trabalho, cargo e função.

Em caso de prestadores de serviço, os registros podem permanecer na sede da contratada, desde que os empregados mantenham consigo tal identificação.

A apresentação de documentos em caso de fiscalização deverá ser feita no prazo de 02 a 08 dias, a critério do Auditor Fiscal.

É facultado ao empregador efetuar o registro dos empregados em sistema informatizado, com garantia de segurança, inviolabilidade, manutenção e conservação das informações, cumprindo também as exigências de manter registro individual em relação a cada empregado, manter registro original individualizado por empregado, acrescentando-lhe as retificações ou averbações, quando for o caso e assegure o acesso da fiscalização trabalhista às informações dos últimos 12 meses, por meio de tela, impressão de relatório e meio magnético. As informações e relatórios deverão conter data e hora do lançamento, além de rubrica e identificação do empregador ou

representante legal. Informações anteriores a 12 meses terão prazo de 02 a 08 dias, a critério do auditor para serem apresentadas.

As anotações são obrigatórias, tanto nos documentos do empregador quanto na carteira do empregado. Segundo o Artigo 45º da CLT, as anotações na CTPS do empregado servem de prova do contrato de trabalho. Entretanto, segundo Enunciado 12 do TST estas anotações geram presunção relativa e não absoluta.

➤ **Norma Para Controle de Ponto Pessoal**

Tem como finalidade estabelecer os procedimentos para a marcação do ponto dos colaboradores. Todas as áreas da instituição são envolvidas.

- ✓ Marcação de Ponto: meio (manual, mecânico ou eletrônico) através do qual o funcionário registra sua presença na empresa para confecção da folha de pagamento.
- ✓ Prêmio por Assiduidade: benefício concedido pelo INCS, visando premiar o funcionário por assiduidade.
- ✓ SESMT: serviço especializado em segurança e em medicina do trabalho.
- ✓ Documentos Associados: RH.00.6.001 – Ocorrência de Ponto.
- ✓ Procedimentos: a marcação do ponto para os funcionários é obrigatória, seja na forma manual, e mecânica ou eletrônica, conforme o procedimento adotado na área. Todo funcionário será responsável pela correta marcação do ponto, nos horários estabelecidos contratualmente para o exercício de suas funções, sendo proibida a marcação de ponto para outro funcionário ou em horários não abrangidos pelo contrato de trabalho. A falta de marcação do ponto deve ser justificada mediante o formulário Ocorrência de Ponto, preenchido conforme Instrução Interna RH.00.6.001 – OCORRÊNCIA DE PONTO; o não preenchimento implicará no desconto dos períodos abrangidos. O funcionário que faltar por qualquer motivo, apresentar atestado médico, se afastar por auxílio doença, ou atrasar por mais de dez minutos somados na semana, perderá o prêmio assiduidade. O atestado médico deve ser encaminhado ao SESMT, juntamente com a ocorrência de ponto e devidamente vistado pela coordenadoria, no prazo de 48 horas.
- ✓ Controles: mensalmente os cartões, fichas e coleta de ponto serão recolhidos pela Administração de Pessoal que faz os apontamentos por funcionário, apurando os dias trabalhados e eventuais faltas e/ou atrasos, para a confecção da folha de pagamento. Caso a falta ou atraso seja justificável, o funcionário deve preencher e assinar o formulário Ocorrência de Ponto, anexar o atestado médico, quando for o caso, apresentando-o à sua coordenação.

- ✓ Responsabilidades:
 - Funcionário: marcar corretamente o ponto nos horários estabelecidos contratualmente; emitir o formulário Ocorrência de Ponto, anexando atestado médico quando for o caso e apresentá-lo ao coordenador para aprovação; e após rubrica do coordenador, encaminhar o formulário à Administração de Pessoal.
 - Administração de Pessoal: recolher mensalmente os registros de ponto e apurar as horas trabalhadas.
- **Escalas de Trabalho**
 - ✓ Setores Administrativos: 40 ou 44 horas semanais em dias úteis com intervalo de 1 hora para refeição.
 - ✓ Setor de Enfermagem: 12X36, com intervalo para refeição.
 - ✓ Setores Técnicos: 12X36, com intervalo para refeição.
 - ✓ Setores Profissionais não Médicos: 12X36, com intervalo para refeição.
 - ✓ Setores de Apoio: 12X36, com intervalo para refeição, 40 ou 44 horas semanais em dias úteis com intervalo de 1 hora para refeição.
 - ✓ Observação: sob supervisão da nossa gestão a chefia imediata de cada setor, elaborará as respectivas escalas de trabalho.

1.2.8. Norma para Movimentação de Pessoal

Tem a finalidade de estabelecer os procedimentos necessários para a demissão de funcionário da instituição. Todas as áreas da instituição são envolvidas.

- SEMST: Serviço Especializado em Engenharia em Segurança e em Medicina do Trabalho.
- FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
- Documentos Associados: RH.08.6.002 – Movimentação de Pessoal.
- Procedimentos: a coordenação imediata interessada em demitir algum funcionário deve encaminhar o formulário Movimentação de Pessoal, preenchido conforme Instrução Interna RH.08.6.002– MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL, pela Gerencia da área que, estando de acordo, rubrica o documento e o encaminha para a Diretoria da área, devendo estar devidamente aprovado na Administração de Pessoal 3 (três) dias úteis, anteriores a data de demissão. Toda e qualquer demissão de funcionário da Empresa deve ser aprovada pelo Diretor da área solicitante da demissão antes de sua concretização. As demissões devem ocorrer, preferencialmente, até o dia 25 de cada mês. A comunicação ao funcionário demitido será feita pela coordenação imediata do mesmo, após as devidas aprovações. Após aprovação, o formulário será entregue ao RH

que providenciará os documentos abaixo relacionados, necessários para concretizar a demissão:

- Carta de Demissão (se for o caso);
 - Carteira de Trabalho;
 - Aviso Prévio e Extrato do FGTS;
 - Seguro Desemprego (se for o caso);
 - Rescisão;
 - Exame Médico Demissional; e,
 - Entrevista de Desligamento.
- Todos os documentos relativos a demissão e quitação do funcionário serão arquivados no prontuário funcional do mesmo sob responsabilidade da Administração de Pessoal, inclusive os documentos constantes da pasta funcional do trabalho junto ao SEMST.
- Após a realização do exame médico demissional, a Administração de Pessoal solicitará ao candidato que realize a entrevista de desligamento no Setor de Serviço Social.
- Antes de receber as verbas rescisórias e assinar os documentos de quitação, o ex-funcionário deverá devolver à instituição todos os objetos a ele confiados tais como: veículo, chaves, crachá, uniformes, documentos, carteiras do convênio médico, grêmio, sindicato, etc.
- Responsabilidades:
- Coordenação da Área: preencher formulário Movimentação de Pessoal e encaminhá-lo à gerência da área e comunicar a demissão ao funcionário.
 - Gerência da Área: rubricar o formulário Movimentação de Pessoal, liberando-o para o Diretor da Área.
 - Diretor da Área: aprovar demissão.
 - Administração de Pessoal: providenciar documentos necessários para demissão; arquivar todos os documentos referentes ao ex-funcionário no respectivo prontuário; homologar rescisões nos sindicatos correspondentes a categoria.
 - Serviço Social: realizar entrevista de desligamento e enviá-la a chefia e à Administração de Pessoal para arquivo no processo do funcionário.
 - Funcionário: devolver todos os objetos da instituição a ele confiados.

1.2.9. Disposições Finais do Plano de Cargos e Salários

O plano de cargos e salários do INCS será revisado anualmente afim de observar as modificações nas práticas da gestão e ainda alterações, caso sejam necessárias.

1.3. APRESENTAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS NESTE PLANO DE TRABALHO

Apresentaremos a seguir o dimensionamento de pessoal a ser contratado pelo INCS, para o desenvolvimento operacional relacionado diretamente às atividades da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, por categoria profissional, por carga horária semanal contratada, com as respectivas quantidades mínimas de colaboradores para cada função, assim como os salários, benefícios, encargos sociais e provisionamentos.

Ressaltamos ainda, que além de disponibilizarmos a equipe assistencial mínima solicitada no Edital, que estará dimensionada no quadro a seguir, disponibilizaremos todo o nosso staff central, constituído por pessoal técnico, administrativo, financeiro, contábil, fiscal, de recursos humanos, jurídico e gerencial, necessários ao apoio para a execução das atividades propostas neste Plano de Trabalho. Nos quadros a seguir poderão ser visualizados de uma forma mais didática, a equipe que será contratada diretamente pelo INCS.

Lembramos que os profissionais médicos serão contratados pelo regime de Pessoa Jurídica, para a realização de plantões de 12 horas, na razão de 02 (dois) clínicos no plantão diurno (das 7:00 as 19:00 horas), presenciais, 01 (um) clínico no plantão noturno (das 19:00 as 7:00 horas) presencial, 01 (um) clínico no plantão noturno (das 19:00 as 7:00 horas) a distância 01 (um) ginecologista 20 (vinte) horas diurnas por semana (de segunda a sexta-feira), bem como 01 (um) Coordenador Médico e 01 (um) Diretor Técnico Médico, na seguinte escala:

QUADRO DA ESCALA MÉDICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA								
Especialidade	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Plantão
Clínico Geral Presencial	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	02 médicos	07h:00 as 19h:00
Clínico Geral Presencial	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	19h:00 as 07h:00
Clínico Geral Distância	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	01 médico	

Os profissionais que serão contratados com vínculo direto com o INCS, de acordo com a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, bem como suas cargas horárias, além dos profissionais que serão contratados pelo regime de Pessoa Jurídica, estão dispostos no quadro a seguir:

Tabela 2 - DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Categoria	Carga Horária Semanal	Salário Base	Gratificação Cargo de Confiança	Serviço Diurno	Serviço Ininterrupto	Regime de Contratação	Qtde.
Auxiliar Administrativo	40 h	R\$ 1.450,00	R\$ -	X		CLT Direto	4
Auxiliar de Cozinha	12 X 36 h	R\$ 1.350,00	R\$ -	X		CLT Direto	3
Auxiliar de Lavanderia	12 X 36 h	R\$ 1.450,00	R\$ -	X		CLT Direto	1
Auxiliar de Manutenção	40 h	R\$ 1.450,00	R\$ -	X		CLT Direto	1
Auxiliar de Serviços Gerais	12 X 36 h	R\$ 1.350,00	R\$ -		X	CLT Direto	6
Coordenador Médico	Sob Demanda	R\$ 15.000,00	R\$ -		X	P. Jurídica	1
Cozinheira	12 X 36 h	R\$ 1.300,00	R\$ -	X		CLT Direto	2
Diretor Médico RT	20 h	R\$ 3.000,00	R\$ -	X		P. Jurídica	1
Gerente Geral	40 h	R\$ 3.572,00	R\$ 1.428,80	X		CLT Direto	1
Médico Ginecologista	20 h	R\$ 7.500,00	R\$ -	X		P. Jurídica	1
Recepcionista	12 X 36 h	R\$ 1.350,00	R\$ -		X	CLT Direto	5
Técnico de Laboratório	12 X 36 h	R\$ 2.000,00	R\$ -		X	CLT Direto	7
TOTAL DE PROFISSIONAIS							33

Os demais profissionais necessários ao funcionamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, serão contratados através das empresas terceirizadas em suas respectivas áreas, como segue:

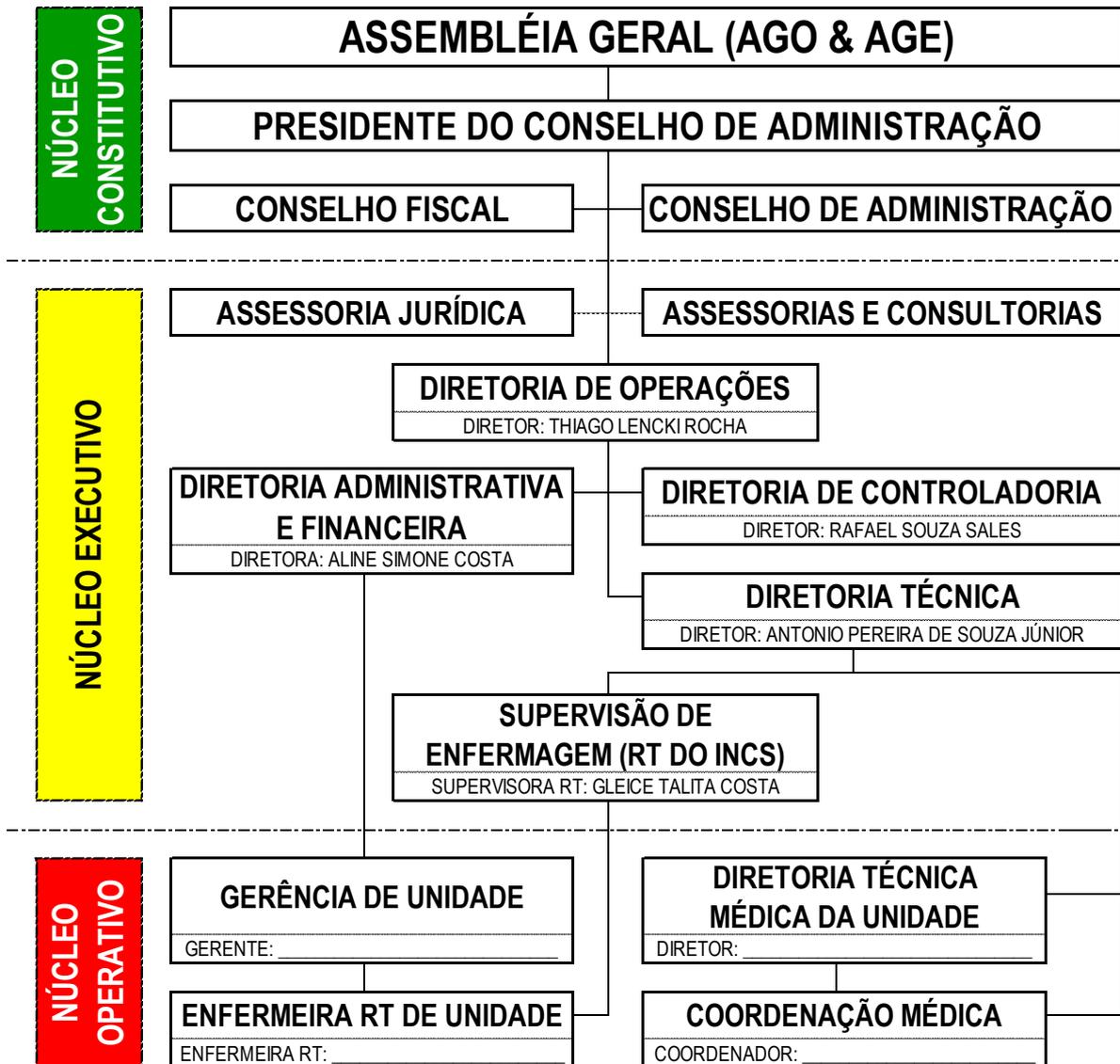
- Serviços de Logística em Farmácia e Almoxarifado;
- Serviços de Tecnologia de Informação (TI); e,
- Serviços de Manutenção de Equipamentos (Engenharia Clínica).

1.3. ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Apresentaremos aqui a estrutura diretiva com os Organogramas Funcionais que iremos implantar na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, até o Nível 3, para a gestão proposta neste Plano de Trabalho, que será formada por diretorias, supervisões, gerências e coordenações, nos vários departamentos, que trabalharão em linha comando, auxiliadas e apoiadas por assessorias e consultorias. Ela estará subordinada à Diretoria de Operações do Núcleo Executivo do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, que por sua vez, responde ao Presidente do Conselho de Administração, do Núcleo Constitutivo, bem como ao Conselho Fiscal do INCS, que são regidos por Assembleias Gerais.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL MACRO DO INCS

107



Apresentaremos a seguir os currículos dos profissionais dos cargos correspondentes até o Nível 3, do Diretor de Operações (Nível 1), o corpo de diretores da Diretoria Executiva (Nível 2), até a Coordenação de Enfermagem (Nível 3), do NÚCLEO EXECUTIVO (Staff Central), bem como os currículos das Coordenações Médicas (Nível 2), da Gerência de Enfermagem (Nível 2), do NÚCLEO OPERATIVO (Staff Local).

2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINAN-CEIROS E DEMAIS ATIVIDADES DE APOIO

Apresentaremos a seguir a organização dos serviços administrativos, financeiros, as rotinas para faturamento dos atendimentos médicos, exames e procedimentos, as rotinas para a realização de backup do Sistema de Informações, bem como as demais atividades e serviços de apoio, com a sistemática operacional de suas rotinas, baseadas nas boas práticas de gestão, que serão implantadas, executadas e geridas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

6. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES

AÇÕES, SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, GERENCIAIS E SERVIÇOS DE APOIO A SEREM EXECUTADOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13
Diagnóstico Situacional Inicial													
Transposição da Equipe Gestora Conforme Organograma Funcional													
Transposição da Estrutura Diretiva Conforme Organograma Funcional													
Transposição de Colaboradores Não Médicos													
Transposição dos Profissionais Médicos													
Manutenção dos Serviços Médicos e de Enfermagem													
Organização das Funções Contempladas													
Execução da Política de Recursos Humanos													
Manutenção do Acolhimento e Classificação de Risco da PNH													
Continuidade da Execução do Serviço Humanizado na Unidade de Pronto Atendimento													
Serviços do PCMSO													
Serviços do PPRA													
Implantação do SESMT													
Implantação da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR)													
Avaliação e Renovação das Contratações de Terceiros (Empresas Terceirizadas)													
Implantação do Sistema PACS Para Disponibilização dos Exames de Imagens Para a Rede													
Implantação do Storage (NAS) Para Disponibilização dos Exames de Imagens Para a Rede													
Implantação do Dashboard Para os Painéis Informativos													
Implantação do Sistema de Governança													
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)													
Implantação dos Novos Programas de Qualidade em Atenção ao Usuário													
Implantação de Impressoras Zebra e Novas Pulseiras de Identificação dos Pacientes													
Implantação do Núcleo de Educação Permanente e Treinamentos (NEP)													
Implantação de Digitalização da Radiologia													
Implantação do Novo Regimento Interno da Unidade de Pronto Atendimento													
Implantação das Comissões Multidisciplinares (CARP, CEM, CEE, CCIH, CRO e CQ)													
Implantação do Conselho Gestor da Unidade (GCU)													
Revisão dos Protocolos Assistenciais													
Fornecimento de Refeições Para Todos os Colaboradores (Diretos e Indiretos)													
Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes													
Monitoramento dos Instrumentos de Controle de Risco para Visitação													
Revisão da Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos (CPMME)													
Implantação do Seguro Institucional													
Implantação da TI - Treinamento das Novas Ferramentas do SIG													
Revisão dos Fluxos de Organização das Atividades													
Revisão das Ferramentas e de Instrumentos de Modernização Gerencial													
Revisão do Manual de Rotinas Administrativas e Financeiras													
Revisão do Manual de Rotinas para Gerência de Almoxarifado e Patrimônio													
Reorganização das Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos (BPA)													
Reorganização dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais													
Gestão Logística dos Estoques da Farmácia e do Departamento de Suprimentos													
Revitalização da Comunicação Visual da Unidade de Pronto Atendimento													
Instrumentos de Comunicação e Informação com o DMS de Jacupiranga													
Elaboração do Novo Cronograma / Execução de Manutenção Preventiva dos Equipamentos													
Implantação de Brigada de Incêndio													
Realização das Pesquisas de Satisfação													
Verificação dos Indicadores de Impacto													
Prestação de Contas Financeiras e Fiscais à DMS de Jacupiranga													
Apresentação de Relatório de Atividades à DMS de Jacupiranga													
Avaliação Global - Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão													

6.1. QUANTIDADE DE ATIVIDADES PROPOSTAS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ACORDO COM AS AÇÕES E SERVIÇOS DISPOSTOS NO CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades que propomos para o município, de acordo com o estabelecido pelo instrumento convocatório, são:

- ✓ Assunção das atribuições referentes à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Implantação e realização das diretrizes das políticas administrativas, financeiras, assistenciais e gerenciais do INCS.
- ✓ Realização de processo seletivo, contratação e treinamento operacional de colaboradores para as diversas equipes multifuncionais, desde a equipe médica, equipe técnica, pessoal administrativo e o pessoal de apoio, necessários ao bom desenvolvimento dos trabalhos.
- ✓ Implantação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com execução do PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e realização do PCMSO - Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional.
- ✓ Implantação e realização dos processos operacionais administrativos, financeiros e de apoio através de manuais pré-estabelecidos pela nossa Instituição, estruturados através das Boas Práticas de Gestão em Estabelecimentos de Saúde.
- ✓ Realização de Diagnóstico Situacional Inicial, através de um levantamento de dados e informações do primeiro mês de atendimento do novo Contrato de Gestão, da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, assim como documentação escrita e fotografada da Unidade de Saúde em questão, registrando-se este diagnóstico, para que futuramente, possamos realizar comparações entre a situação inicial na ocasião da assunção do Contrato de Gestão frente à situação atual.
- ✓ Realização no mínimo das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Edital, na prestação de assistência à saúde na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Manutenção do funcionamento da totalidade dos leitos operacionais de urgência e emergência e de observação da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Execução dos Serviços de Laboratório Clínico.
- ✓ Implantação e realização de Serviço de Atenção ao Usuário – Ouvidoria (SAU).

- ✓ Implantação e desenvolvimento das Comissões Multidisciplinares previstas.
- ✓ Intervenção nos fatores de risco aos quais a população está exposta.
- ✓ Implantação e execução do Fluxograma de Recepção para o atendimento de pacientes de urgência/emergência e pronto atendimento, com a promoção dos protocolos de Acolhimento, Triagem e Classificação de Risco, para o atendimento na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, para todas as recepcionistas.
- ✓ Implantação e execução dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, que têm como objetivo humanizar e oferecer atendimento digno ao paciente que procura os serviços, visando diminuir os riscos e sequelas que possam surgir durante a espera em receber atendimento, para a equipe médica e de enfermagem.
- ✓ Implantação e execução do Fluxograma de Urgência e Emergência, com a promoção dos protocolos pertinentes, para os colaboradores envolvidos nessas atividades assistenciais.
- ✓ Implantação e execução dos Protocolos de Procedimentos Médicos e de Enfermagem, que dita métodos e procedimentos adotados e aprovados pela Instituição e pelos respectivos Conselhos Profissionais, para Clínica Médica e Pediatria.
- ✓ Implantação e desenvolvimento do Núcleo de Educação Permanente (NEP), para treinamento da equipe de enfermagem e médica, estabelecendo rotinas para Avaliação Técnica e Comportamental.
- ✓ Implantação e desenvolvimento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), para estabelecimento das normas de segurança de atendimento e procedimentos, estabelecendo rotinas para avaliação de risco e segurança dos pacientes e demais usuários da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Implantação e coordenação do Conselho Gestor da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, com a participação dos usuários, já que os mesmos utilizam o serviço de saúde do SUS, onde poderá ser discutido e decidido o dia-a-dia dos serviços ali demandados e executados, pois devemos oportunizar a participação dos segmentos organizados da comunidade, na definição e operacionalização da política de saúde a nível local.
- ✓ Implantação e realização do Cronograma de Execução de Manutenção Predial, que contemple além das atividades inerentes ao setor, a paulatina revitalização da ambiência interna e externa e a eliminação de não conformidades existentes, para melhoria dos processos operacionais.
- ✓ Implantação e realização do Cronograma de Execução de Manutenção Preventiva e Corretiva dos Equipamentos (Engenharia Clínica).

- ✓ Implantação e realização do Cronograma de Execução de Manutenção de Mobiliários.
- ✓ Implantação, execução e controle do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde.
- ✓ Implantação, treinamento e coordenação da Brigada de Incêndio, com objetivo de proporcionar aos participantes, conhecimentos básicos sobre prevenção, isolamento e extinção de princípios de incêndio, abandono de área, técnicas de primeiros socorros e adequação da Instituição às legislações específicas.
- ✓ Atendimento e desenvolvimento contínuo da PNH – Política Nacional de Humanização.
- ✓ Treinamento da equipe médica e de enfermagem, com a promoção de cursos em Educação Permanente (NEP), visando suporte avançado de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Treinamento dos demais colaboradores, com a promoção de cursos em Educação Permanente, visando suporte básico de atendimento no trauma e nas doenças cardiológicas, que objetivam o suporte de vida à vítima, com um padrão de atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogenias).
- ✓ Treinamento para atendimento de múltiplas vítimas envolvendo Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Guarda Municipal (se houver), Pronto Atendimento e Rede Básica de Saúde, para contingência de estado de emergência ou calamidades com objetivo de preparar as equipes para acidentes com múltiplas vítimas, destacando técnicas de triagem, que possibilitam avaliar os danos e definir as prioridades no atendimento e resgate, em situações de alta complexidade.
- ✓ Capacitação dos colaboradores para utilização das ferramentas do Sistema de Informações Gerenciais – SIG, abrangendo: atendimento, cadastro, farmácia, pronto atendimento, observação, enfermarias, internamento, nutrição, SAME e demais serviços de apoio, buscando a integração da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, proporcionando a obtenção de dados e informações para a realização do planejamento estratégico.
- ✓ Gerenciamento diário dos Enfermeiros Supervisores pelo Gerente de Enfermagem (RT), bem como para os demais enfermeiros responsáveis por setores, realizando análises, com consequente fomentação e aperfeiçoamento do Plano de Trabalho de Enfermagem que será seguido, bem como a fiscalização do cumprimento do Regimento de Enfermagem, a atualização e melhora do mesmo, e

ainda, realização de reuniões com a equipe de enfermagem com registro em ata.

- ✓ Promoção de palestras e treinamento sobre humanização (PNH), para as equipes multidisciplinares, com intuito de dinamizar e influenciar mudanças de práticas e mudanças de padrões comportamentais para que o cliente seja bem atendido.
- ✓ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação; assim como tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a entrada do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- ✓ Fornecimento de materiais e medicamentos que sejam requeridos pelo médico do corpo clínico da instituição durante o processo de internação ou atendimento de urgência e emergência, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde e da padronização da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos – CPMME.
- ✓ Fornecimento de refeições para os pacientes internados, acompanhantes devidamente autorizados e colaboradores diretos e indiretos de plantão.
- ✓ Fornecimento de enxoval, com roupas hospitalares, uniformização e identificação para todas as equipes multidisciplinares.
- ✓ Realização de Pesquisas de Satisfação dos Usuários, através de totens eletrônicos, entrevistas diretas e meios físicos.
- ✓ Comunicação imediata à Vigilância Epidemiológica do Município dos casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória, conforme Lei Federal nº 6259 de 30/10/75 e portaria nº 33 de 14/07/2005 do Ministério da Saúde, através da implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE).
- ✓ Divulgação dos serviços relevantes (release), realização marketing institucional (endomarketing com publicação de periódicos).

Além das atividades determinadas pelo Edital e Anexos acima descritas, implantaremos as seguintes melhorias, para que possamos aperfeiçoar e otimizar performance da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, como segue:

- ✓ Implantação do Agente de Fluxo.
- ✓ Implantação das faixas de orientação de fluxo.
- ✓ Implantação dos Dashboards.
- ✓ Implantação do PACS para a disponibilização de imagens para a rede.
- ✓ Implantação do NAS – Network Attached Storage para o suporte de armazenamento de imagens de laudo.

- ✓ Implantação e execução do Projeto Facilitando o Acesso.
- ✓ Desenvolvimento, em parceria com instituições de ensino locais, pesquisa em saúde e formação profissionalizantes loco regionais, de campos de estágio para todas as atividades multiprofissionais existentes na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.
- ✓ Revitalização paulatina da ambiência interna e externa, na medida do possível.
- ✓ Eliminação constante das não conformidades eventualmente apontadas pela Vigilância Sanitária.

C6. APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

Com relação à manutenção predial e manutenção de mobiliários, o INCS manterá em bom estado, durante todo o Prazo da Vigência do Contrato de Gestão, as instalações civis, hidráulicas e elétricas e especiais, como a caixa d'água e a manutenção, higienização e desinfecção dos aparelhos climatizadores e cortinas de ar (PMOC).

Realizaremos também a manutenção preditivas e preventivas, evitando-se assim a corretiva, referente ao grupo gerador, bem como à rede de gases medicinais.

Com relação aos Serviços de Engenharia Clínica, o INCS manterá o parque tecnológico instalado em bom estado, através de manutenções preditivas, preventivas e corretivas, durante todo o Prazo da Vigência do Contrato de Gestão, sendo que locaremos alguns equipamentos para o reforço e retaguarda operacional.

1. SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

A nossa proposta para a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos, se divide em três tópicos:

- I- Manutenção Preditiva, quando aplicável.
- II- Manutenção Preventiva.
- III- Manutenção Corretiva.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Este PLANO DE TRABALHO foi elaborado pela equipe técnica, administrativa- financeira, de recursos humanos e jurídica do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, orientadas pelo seu Diretor de Operações, que assina o documento.

Esperamos ter demonstrado com clareza, através do que foi nele disposto, toda a nossa expertise e capacidade gerencial que envolvem tão complexa, importante e imprescindível atividade, que são os serviços assistenciais de saúde para população.

Agradecemos a oportunidade de apresentar nosso trabalho para a equipe de profissionais do DMS – Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga, que compõem a Comissão Especial de Seleção.

Almejamos vencer a disputa deste Processo de Seleção, para que possamos aplicar toda nossa capacidade de trabalho, com vontade e dedicação, em prol da saúde pública, sempre em conjunto com o DMS – Departamento Municipal de Saúde de Jacupiranga, para mais uma vez, termos a honra e o orgulho de continuar servindo os cidadãos do Município de Jacupiranga, do nosso querido Estado de São Paulo.

Cordialmente.

INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
THIAGO LENCKI ROCHA

Diretor de Operações

Jacupiranga, São Paulo, Dezessete de Dezembro do Ano de Dois Mil e Dezenove.



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO

EM CONCORDÂNCIA COM O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA E ATIVIDADES CORRELATAS DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓPRIOS PÚBLICOS PERMISSIONADOS.

À PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUPIRANGA
À PREFEITA MUNICIPAL, EXMA. SRA. DÉBORA CRISTINA VOLPINI ANDRÉ
AO DMS – DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACUPIRANGA
AO DIRETOR DE SAÚDE, ILMO. SR. LINEU PINTO

PROPONENTE: INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ/MF: N° 09.268.215/0001-62

Matriz: Rua Emygdia Campolim, 131, Parque Campolim, Sorocaba, SP, CEP 18047-626

Telefones para Contato: 15 3035-2779 / 15 99131-9718 / 17 99761-2796

Contatos por e-mail: thiago.rocha@incs.org.br & antonio.pereira@incs.org.br

Diretor de Operações do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE:

SR. THIAGO LENCKI ROCHA: _____

Apresentamos aqui o nosso PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO que consubstancia o valor para um período de 12 (doze) meses, que corresponde a (um) ano do Contrato de Gestão, computando TODAS as despesas, custos operacionais e provisionamentos, para a gestão e execução das atividades da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, Objeto do Chamamento Público, de acordo com as demandas da Unidade de Saúde em questão, e também, de acordo com as especificações constantes no Edital e seus Anexos.

Demonstraremos que o PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO para desenvolvimento das ações e serviços, contempla todos os elementos apresentados no modelo anexo do Edital, especificados para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, Objeto do Chamamento, podendo ser acrescido de outros tipos de despesas pertinentes, desde que justificadas. Assim sendo, no PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO a seguir, estão contempladas:

- 1) Todas as despesas previstas para a gestão e execução das atividades ali desenvolvidas (inclusive valores referentes a provisionamentos de férias, décimo-terceiro salário, passivo trabalhista, entre outros).
- 2) Este valor é considerado como sendo o valor total que o INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, propõe para o período de 12 (doze) meses do Contrato de Gestão, sendo que após os primeiros 12 (doze) meses, caso haja interesse entre as partes, deverá ser aplicado o índice de reajuste, que deverá constar no instrumento.

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO		
UNIDADE	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA	
SERVIÇO	GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA	
DESCRIÇÃO	MÊS XX (R\$)	VALOR PARA 12 MESES (R\$)
Pessoal e Reflexo	R\$ 85.594,64	R\$ 1.027.135,68
01.00.01 - Remuneração de Pessoal	R\$ 55.616,85	R\$ 667.402,20
01.01.02 - Benefícios	R\$ 8.056,50	R\$ 96.678,00
01.02.03 - Encargos e Contribuições	R\$ 4.335,04	R\$ 52.020,48
01.03.04 - Outras Despesas de Pessoal	R\$ 17.586,25	R\$ 211.035,00
01.04.05 - Serviços Terceirizados	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
01.05.06 - Assessoria Contábil	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
01.06.07 - Assessoria e Consultoria	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
01.07.08 - Serviços, Programas e Aplicativos de Informática	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
01.08.09 - Vigilância / Portaria / Segurança	R\$ -	R\$ -
01.09.10 - Limpeza Predial / Jardinagem	R\$ 1.250,00	R\$ 15.000,00
01.10.11 - Lavanderia	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
01.11.12 - Materiais / Insumos	R\$ 55.200,00	R\$ 662.400,00
01.12.13 - Medicamentos	R\$ 23.000,00	R\$ 276.000,00
01.13.14 - Gases Medicinais	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
01.14.15 - Materiais de Higiene e Limpeza	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
01.15.16 - Serviços de Transporte	R\$ -	R\$ -
01.16.17 - Serviços Gráficos	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
01.17.18 - Despesas de Serviços de Benefícios para RH	R\$ 1.470,00	R\$ 17.640,00
01.18.19 - Educação Continuada	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
01.19.20 - Serviços Assistenciais Médicos	R\$ 155.125,00	R\$ 1.861.500,00
01.20.21 - Serviços de Outros Profissionais da Saúde	R\$ 8.500,00	R\$ 102.000,00
01.21.22 - Manutenção Predial e Adequações	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
01.22.23 - Manutenção de Equipamentos	R\$ 2.250,00	R\$ 27.000,00
01.23.24 - Manutenção de Equipamentos Assistenciais	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
01.24.25 - Locação de Equipamentos Médicos	R\$ 11.000,00	R\$ 132.000,00
01.25.26 - Locação de Imóveis	R\$ -	R\$ -
01.26.27 - Locação de Equipamentos Administrativos	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
01.27.28 - Locação de Equipamentos Veículos	R\$ -	R\$ -
01.28.29 - Água	R\$ -	R\$ -
01.29.30 - Energia	R\$ -	R\$ -
01.30.31 - Telefonia	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
01.31.32 - Despesas de Viagem e Estadias	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
01.32.33 - Taxas Diversas, Tarifas Bancárias, Emolumentos e Despesas Míudas	R\$ 2.360,36	R\$ 28.324,32
TOTAL	R\$ 399.750,00	R\$ 4.797.000,00

Na Tabela 1, a seguir, demonstramos de forma mais estratificada, as rubricas orçamentárias nos seus Centros de Custo:

Tabela 1 – RUBRICAS ORÇAMENTÁRIAS	
ITENS DE DESPESAS	VALOR MENSAL
1. PESSOAL	R\$ 85.594,64
1.1 Salários (a)	R\$ 55.616,85
1.2 Encargos Sociais e Trabalhistas (b)	R\$ 4.335,04
1.3 Benefícios	R\$ 8.056,50
1.4 Provisões (Férias + 13º Salário + Abono Pecuniário + Aviso Prévio + Rescisões) (c)	R\$ 15.786,25
1.5 Biometria + Exames Médicos (PPRA + PCMSO) (d)	R\$ 600,00
1.6 Uniformes e Identificações Funcionais	R\$ 1.200,00
2. MEDICAMENTOS	R\$ 23.000,00
2.1 Medicamentos	R\$ 23.000,00
3. MATERIAIS HOSPITALARES	R\$ 45.000,00
3.1 Materiais Médicos Hospitalares	R\$ 22.000,00
3.2 Gases Medicinais	R\$ 2.000,00
3.3. Insumos de Laboratório e Comodatos	R\$ 21.000,00
4. MATERIAIS DIVERSOS	R\$ 23.200,00
4.1 Enxoval Hospitalar	R\$ 1.000,00
4.2 Gêneros Alimentícios e Demais Insumos de Cozinha (Descartáveis) (e)	R\$ 10.000,00
4.3 GLP	R\$ 700,00
4.4 Material de Expediente	R\$ 1.500,00
4.5 Material de Higienização Pessoal	R\$ 4.000,00
4.6 Material de Lavanderia	R\$ 2.500,00
4.7 Material de Limpeza e Higienização	R\$ 3.000,00
4.8 Outras Despesas com Materiais Diversos (f)	R\$ 500,00
5. MANUTENÇÃO	R\$ 6.500,00
5.1 Material Manutenção Predial (civil, elétrico e hidráulico)	R\$ 1.500,00
5.2 Serviços de Manutenção de Equipamentos (Engenharia Clínica)	R\$ 5.000,00
6. SEGUROS / IMPOSTOS / TAXAS / DESPESAS MIÚDAS	R\$ 4.360,36
6.1 Seguros (predial e responsabilidade civil)	R\$ 2.000,00
6.2 Impostos / Taxas / Tarifas / Emolumentos / Publicações e Despesas Miúdas	R\$ 2.360,36
7. SERVIÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS	R\$ 195.625,00
7.1 Telefonia	R\$ 500,00
7.2 Prestação de Serviços Terceiros (g)	R\$ 33.500,00
7.3 Serviços Médicos	R\$ 155.125,00
7.4 Outros Serviços (h)	R\$ 6.500,00
8. DESPESAS ADMINISTRATIVAS	R\$ 16.470,00
8.1 Assessoria Contábil	R\$ 6.000,00
8.2 Assessoria Jurídica	R\$ 6.000,00
8.3 Educação Continuada e Treinamentos	R\$ 500,00
8.4 Serviços de RH	R\$ 1.470,00
8.5 Demais Despesas Administrativas (i)	R\$ 2.500,00
9. TOTAL GERAL	R\$ 399.750,00

Na Tabela 2, abaixo, apresentamos as explicações necessárias para o completo entendimento de todas as rubricas orçamentárias:

Tabela 2 – DETALHAMENTO DAS RUBRICAS ORÇAMENTÁRIAS

(a) Item 1.1 - Especificação de Salários: 1.1.1 - Salários, no valor de R\$ 49.924,00. 1.1.2 - Gratificação de Cargo de Confiança, no valor de R\$ 2.689,60. 1.1.3 - Adicional Insalubridade, no valor de R\$ 2.794,40. 1.1.4 - Adicional Noturno, no valor de R\$ 4.821,25.
(b) Item 1.2 - Todas as alíquotas de encargos sociais e trabalhistas, bem como suas formas de incidência, estão especificadas na Tabela 3 – Encargos Sociais e Trabalhistas .
(c) Item 1.4 - Especificação de Provisões (13º Salário + Férias + Aviso Prévio + Abono Pecuniário + Rescisões): 1.4.1 - Férias, no valor de R\$ 6.968,69. 1.4.2 - 13º Salário, no valor de R\$ 5.226,52. 1.4.3 - Abono Pecuniário, no valor de R\$ 1.614,31. 1.4.4 - Aviso Prévio, no valor de R\$ 522,65. 1.4.5 - Rescisões (Multa FGTS), no valor de R\$ 2.430,47.
(d) Item 1.5 - Especificação de Biometria + Exames Médicos (PPRA + PCMSO): 1.5.1 - Biometria, no valor de R\$ 100,00. 1.5.2 - Exames Médicos (PPRA + PCMSO), no valor de R\$ 500,00.
(e) 4.2 - Especificação de Gêneros Alimentícios e Demais Insumos de Cozinha (Descartáveis): 4.2.1 - Gêneros Alimentícios, no valor de R\$ 8.000,00. 4.2.2 - Demais Insumos de Cozinha (Descartáveis), no valor de R\$ 1.000,00.
(f) Item 4.8 - Especificação de Outras Despesas com Materiais Diversos: 4.8.1 - Despesas com Serviços Gráficos, no valor de R\$ 500,00.
(g) Item 7.2 - Especificação de Prestação de Serviços de Terceiros: 7.2.1 - Locação de Equipamentos Assistenciais, no valor de R\$ 9.000,00. 7.2.2 - Locação de Equipamentos Não Assistenciais, no valor de R\$ 8.500,00. 7.2.3 - Serviços de Gestão e Logística de Farmácia e Almoxarifado, no valor de R\$ 8.500,00. 7.2.4 - Serviços de TI (Outsourcing), no valor de R\$ 3.000,00.
(h) Item 7.4 - Especificação de Outros Serviços: 7.4.1 - Serviços de Coleta de Lixo Hospitalar, no valor de R\$ 2.500,00. 7.4.2 - Serviços de Roçagem e Jardinagem, no valor de R\$ 750,00. 7.4.3 - Serviços de Manutenção de Gerador, no valor de R\$ 750,00. 7.4.4 - Serviços de Manutenção e Limpeza de Caixa d'Água, no valor de R\$ 500,00. 7.4.5 - Serviços de Dedetização, Desratização e Controle de Pragas Urbanas no valor de R\$ 500,00. 7.4.6 - Serviços de Higienização e Manutenção de Climatizadores (PMOC), no valor de R\$ 1.500,00.
(i) Item 8.5 - Especificação de Demais Despesas Administrativas: 8.5.1 - Despesas de Viagem e Estadias, no valor de R\$ 2.500,00.

Demonstramos a seguir, a composição financeira da Folha de Pagamento para o período de 12 (doze) meses, incluindo as verbas de provisionamento e Tabela de Encargos Sociais e Trabalhistas.

SALÁRIOS, ENCARGOS, BENEFÍCIOS E PROVISÕES DOS RECURSOS HUMANOS PARA A PREFEITURA DE JACUPIRANGA										
CATEGORIA PROFISSIONAL =>	Aux. Admi-nistrativo 40 h/semana	Auxiliar de Cozinha 12 X 36 h	Auxiliar de Lavanderia 12 X 36 h	Auxiliar de Manutenção 40 h/semana	Auxiliar de Serv. Gerais 12 X 36 h	Cozinheira 12 X 36 h	Gerente Geral 40 h/semana	Recepçãoista 12 X 36 h	Técnico de Laboratório 12 X 36 h	TOTALS
Nº de Profissionais Dia	4	3	1	1	3	2	1	3,5	2,5	21,0
Nº de Profissionais Noite	0	0	0	0	3	0	0	3,5	2,5	9,0
PROVENTOS =>										
Salário Base	R\$ 1.450,00	R\$ 1.350,00	R\$ 1.450,00	R\$ 1.450,00	R\$ 1.350,00	R\$ 1.450,00	R\$ 3.572,00	R\$ 1.350,00	R\$ 2.000,00	R\$ 46.772,00
Gratificação de Cargo de Confiança	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.428,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.428,80
Adicional Insalubridade	R\$ -	R\$ -	R\$ 199,60	R\$ 199,60	R\$ 199,60	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 199,60	R\$ 2.594,80
Adicional Noturno	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 472,50	R\$ -	R\$ -	R\$ 472,50	R\$ 700,00	R\$ 4.821,25
Total sem Adicional Noturno	R\$ 5.800,00	R\$ 4.050,00	R\$ 1.649,60	R\$ 1.649,60	R\$ 4.648,80	R\$ 2.900,00	R\$ 5.000,80	R\$ 4.725,00	R\$ 5.499,00	R\$ 35.922,80
Total com Adicional Noturno	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 6.066,30	R\$ -	R\$ -	R\$ 6.378,75	R\$ 7.249,00	R\$ 19.694,05
BENEFÍCIOS =>										
Auxílio Creche	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	450,00
Cesta Básica	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00
Vale Transporte	R\$ 102,00	R\$ 40,50	R\$ 34,50	R\$ 102,00	R\$ 40,50	R\$ 34,50	R\$ -	R\$ 40,50	R\$ 69,00	R\$ 1.606,50
Total Benefícios	R\$ 1.268,00	R\$ 766,50	R\$ 249,50	R\$ 317,00	R\$ 1.533,00	R\$ 499,00	R\$ 215,00	R\$ 1.788,50	R\$ 1.420,00	R\$ 8.056,50
ENCARGOS =>										
FGTS sem Adicional Noturno (8,0%)	R\$ 116,00	R\$ 108,00	R\$ 131,97	R\$ 131,97	R\$ 123,97	R\$ 116,00	R\$ 285,76	R\$ 108,00	R\$ 175,97	R\$ 2.759,52
FGTS com Adicional Noturno (8,0%)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 161,77	R\$ -	R\$ -	R\$ 145,80	R\$ 231,97	R\$ 1.575,52
Total sem Adicional Noturno	R\$ 464,00	R\$ 324,00	R\$ 131,97	R\$ 131,97	R\$ 374,90	R\$ 232,00	R\$ 285,76	R\$ 378,00	R\$ 439,92	R\$ 2.759,52
Total com Adicional Noturno	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 485,30	R\$ -	R\$ -	R\$ 510,30	R\$ 579,92	R\$ 1.575,52
PROVISIONAMENTOS =>										
Férias + Enc.Sociais s/ Ad. Noturno (12,111%)	R\$ 175,61	R\$ 163,50	R\$ 199,78	R\$ 199,78	R\$ 187,67	R\$ 175,61	R\$ 432,61	R\$ 163,50	R\$ 266,40	R\$ 4.177,61
Férias + Enc.Sociais c/ Ad. Noturno (12,111%)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 244,90	R\$ -	R\$ -	R\$ 220,73	R\$ 351,17	R\$ 2.385,17
13º Sal. + Enc. Sociais s/ Ad. Noturno (9,084%)	R\$ 131,71	R\$ 122,63	R\$ 149,84	R\$ 149,84	R\$ 140,76	R\$ 131,71	R\$ 324,46	R\$ 122,63	R\$ 199,80	R\$ 3.133,21
13º Sal. + Enc. Sociais c/ Ad. Noturno (9,084%)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 183,67	R\$ -	R\$ -	R\$ 165,54	R\$ 263,38	R\$ 1.788,88
Abono Pecuniário sem Adicional Noturno (2,806%)	R\$ 40,68	R\$ 37,88	R\$ 46,28	R\$ 46,28	R\$ 43,47	R\$ 40,68	R\$ 100,21	R\$ 37,88	R\$ 61,71	R\$ 967,75
Abono Pecuniário com Adicional Noturno (2,806%)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 56,73	R\$ -	R\$ -	R\$ 51,13	R\$ 81,35	R\$ 552,53
Aviso Prévio sem Adicional Noturno (0,909%)	R\$ 13,17	R\$ 12,26	R\$ 14,98	R\$ 14,98	R\$ 14,08	R\$ 13,17	R\$ 32,45	R\$ 12,26	R\$ 19,98	R\$ 313,32
Aviso Prévio com Adicional Noturno (0,909%)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 18,37	R\$ -	R\$ -	R\$ 16,55	R\$ 26,34	R\$ 178,89
Multa FGTS sem Adicional Noturno (62,8%)	R\$ 61,25	R\$ 57,02	R\$ 69,68	R\$ 69,68	R\$ 65,46	R\$ 61,25	R\$ 150,88	R\$ 57,02	R\$ 92,91	R\$ 1.457,03
Multa FGTS com Adicional Noturno (62,8%)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 85,41	R\$ -	R\$ -	R\$ 76,98	R\$ 122,48	R\$ 831,88
Total sem Adicional Noturno	R\$ 1.689,68	R\$ 1.179,86	R\$ 480,57	R\$ 480,57	R\$ 1.354,30	R\$ 844,84	R\$ 1.040,61	R\$ 1.376,50	R\$ 1.601,99	R\$ 10.048,91
Total com Adicional Noturno	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.767,25	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.858,28	R\$ 2.111,90	R\$ 5.737,34
TOTAL GERAL =>	R\$ 9.221,68	R\$ 6.320,36	R\$ 2.511,63	R\$ 2.579,13	R\$ 16.226,87	R\$ 4.475,84	R\$ 6.542,17	R\$ 17.015,33	R\$ 18.901,63	R\$ 83.794,64
PROVISÕES MENSIAIS =>	R\$ 1.689,68	R\$ 1.179,86	R\$ 480,57	R\$ 480,57	R\$ 3.121,56	R\$ 844,84	R\$ 1.040,61	R\$ 3.234,78	R\$ 3.713,79	R\$ 15.786,24

Tabela 3 – ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
SUBMÓDULO 3.1 - ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS E FGTS		% sobre a Remuneração	OBSERVAÇÕES/JUSTIFICATIVA
A	INSS	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
B	SESI / SESC	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
C	SENAI / SENAC	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
D	INCRA	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
E	SEBRAE	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
F	SALÁRIO EDUCAÇÃO	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
G	FGTS	8,000%	-----
H	PIS	1,000%	-----
I	SEGURO ACIDENTE DE TRABALHO - SAT	0,000%	Desoneração da Folha de Pagamento
TOTAL DO SUBMÓDULO 3.1		9,000%	-----
SUBMÓDULO 3.2 - 13º SALÁRIO E ADICIONAL DE FÉRIAS		% sobre a Remuneração	OBSERVAÇÕES/JUSTIFICATIVA
A	13º SALÁRIO	8,333%	-----
B	ADICIONAL DE FÉRIAS	2,778%	-----
Subtotal		11,111%	-----
C	Incidência do Submódulo 3.1 Sobre 13º Salário e Adicional de Férias	9,000%	-----
TOTAL DO SUBMÓDULO 3.2		12,111%	-----
SUBMÓDULO 3.3 - AFASTAMENTO MATERNIDADE		% sobre a Remuneração	OBSERVAÇÕES/JUSTIFICATIVA
A	AFASTAMENTO MATERNIDADE	0,000%	Imponderável
B	Incidência do Submódulo 3.1 Sobre Afastamento Maternidade	0,000%	Imponderável
TOTAL DO SUBMÓDULO 3.3		0,000%	Imponderável
SUBMÓDULO 3.4 - PROVISÃO PARA RESCISÃO		% sobre a Remuneração	OBSERVAÇÕES/JUSTIFICATIVA
A	AVISO PRÉVIO TRABALHADO	0,909%	-----
B	Incidência do Submódulo 3.1 Sobre Aviso Prévio Trabalhado	13,752%	-----
TOTAL DO SUBMÓDULO 3.4		1,034%	-----
SUBMÓDULO 3.5 - CUSTO DE REPOSIÇÃO DE PROFISSIONAL AUSENTE		% sobre a Remuneração	OBSERVAÇÕES/JUSTIFICATIVA
A	FÉRIAS	9,429%	-----
B	AUSÊNCIA POR DOENÇA	0,000%	Imponderável
C	LICENÇA PATERNIDADE	0,000%	Imponderável
D	AUSÊNCIAS LEGAIS	0,000%	Imponderável
E	AUSÊNCIA POR ACIDENTE DE TRABALHO	0,000%	Imponderável
F	OUTROS (MULTA DE FGTS)	4,224%	-----
Subtotal		13,653%	-----
G	Incidência do Submódulo 3.1 sobre o Custo de Reposição	9,000%	-----
TOTAL DO SUBMÓDULO 3.5		14,881%	-----
TOTAL GERAL DOS ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		37,027%	

Para que a COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO contemple o Cronograma de Desembolso Mensal do PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO de uma forma mais condensada, apresentamos a seguir, uma síntese do mesmo, estratificada nos seus Centros de Custo.

				PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUPIRANGA		
SÍNTESE DO CRONOGRAMA ECONÔMICO-FINANCEIRO DO PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO PARA O CONTRATO DE GESTÃO JUNTO À PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUPIRANGA						
CENTROS DE CUSTO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
1. PESSOAL	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64
2. MEDICAMENTOS	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00
3. MATERIAIS HOSPITALARES	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
4. MATERIAIS DIVERSOS	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00
5. MANUTENÇÃO	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00
6. SEGUROS / IMPOSTOS / TAXAS / DESPESAS MIÚDAS	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36
7. SERVIÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00
8. DESPESAS ADMINISTRATIVAS	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00
SUBTOTAIIS	R\$ 399.750,00	R\$ 799.500,00	R\$ 1.199.250,00	R\$ 1.599.000,00	R\$ 1.998.750,00	R\$ 2.398.500,00
CENTROS DE CUSTO	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1. PESSOAL	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64	R\$ 85.594,64
2. MEDICAMENTOS	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00	R\$ 23.000,00
3. MATERIAIS HOSPITALARES	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
4. MATERIAIS DIVERSOS	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00	R\$ 23.200,00
5. MANUTENÇÃO	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00
6. SEGUROS / IMPOSTOS / TAXAS / DESPESAS MIÚDAS	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36	R\$ 4.360,36
7. SERVIÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00	R\$ 195.625,00
8. DESPESAS ADMINISTRATIVAS	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00	R\$ 16.470,00
SUBTOTAIIS	2.798.250,00	3.198.000,00	3.597.750,00	3.997.500,00	4.397.250,00	4.797.000,00
TOTAL GERAL DO CUSTEIO DO CONTRATO DE GESTÃO PARA UM PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES					R\$	4.797.000,00

Dessa forma, para a gestão e a execução do PLANO DE TRABALHO apresentado no ENVELOPE 2, relativo à todas as atividades assistenciais e administrativas que serão executadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, do município de Jacupiranga, Estado de São Paulo, propomos para os primeiros 12 (doze) meses do Contrato de Gestão, o valor de R\$ 4.797.000,00 (quatro milhões, setecentos e noventa e sete mil reais) consubstanciado num Cronograma de Desembolso Mensal, em 12 (doze) parcelas mensais iguais no valor de R\$ 399.750,00 (trezentos e noventa e nove mil,

setecentos e cinquenta reais) que deverão ser transferidas de acordo com as regras estabelecidas no Contrato de Gestão.

Ressaltamos também, que para o segundo ano de vigência do Contrato de Gestão, caso haja o interesse das partes, deverá ser aplicado o índice de reajuste, índice este, que deverá constar no Contrato de Gestão.

Reiteramos que o nosso PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO, foi devidamente aprovado pelo Conselho de Administração do INCS, contendo o valor para o prazo de 12 (doze) meses, correspondentes à vigência do Contrato de Gestão, computando TODAS as despesas e custos operacionais, para a gestão e gerenciamento da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA, de acordo com as necessidades verificadas na ocasião de nossa Vistoria Técnica, consubstanciando-se numa proposta formulada de acordo com o nosso PLANO DE TRABALHO, com as especificações e orientações contidas nos Anexos do Edital, bem como com as demais condições contidas no próprio Edital.

Caso o nosso PLANO DE TRABALHO venha a ser o escolhido ao final do processo seletivo, apresentaremos, num prazo de até 5 (cinco) dias da data de publicação do resultado, o seguinte:

- ✓ a demonstração de compatibilidade dos custos unitários e seu custo global com os preços praticados no mercado;
- ✓ o detalhamento do valor global estimado para a execução do PLANO DE TRABALHO, bem como a especificação dos custos unitários de cada um dos procedimentos, atividades ou projetos a serem desenvolvidos e contemplados, que

correspondem a cada uma das metas exigidas no instrumento de Chamada Pública;

- ✓ separação e evidenciação da estimativa dos custos fixos, dos custos variáveis e dos custos indiretos de cada procedimento, atividade ou projeto contemplado no PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO.

Finalizando, nosso PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO tem a validade de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data desse documento, sendo válido assim, até o dia 14 de junho de 2.020.

Sendo o que se apresenta para o momento.

Jacupiranga – SP, 17 de dezembro de 2.019.

INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
THIAGO LENCKI ROCHA
DIRETOR DE OPERAÇÕES DO INCS
RG 35.353.647-7- SSP/SP