

PLANO DE TRABALHO

Dados Cadastrais

1. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE

| | | | |
|--|---|--|--|
| 1.1 Órgão / Entidades: INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ | | 1.2 CNPJ: 10.739.225/0018-66 | |
| 1.3 Endereço RUA TEOBALDO GOMES TORRES, Nº 510, CENTRO | | | |
| 1.4 Cidade OURICURI | 1.5 UF PE | 1.6 CEP 56.200-000 | 1.7 Esfera Administrativa ENTIDADE PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS |
| 1.8 Fone: 87-99956-9581 87-3874-4844 | 1.9 E-mail: medialuz@hotmail.com izaconserva.diretoriaadm.hrfb@gmail.com | 1.10 Responsável e cargo: MARIA LUIZA MOTA DA SILVA DIRETORA ADMINISTRATIVA | 1.11 N° Emenda : 71180005/2023 DEP. AUGUSTO COUTINHO |

Elaboração do Projeto

2. DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO

| | | | |
|---|---|-----------------|------------------------|
| 2.1 Título do Projeto: AQUISIÇÃO DE INSUMOS FARMACÊUTICOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE | 2.2 Período € 12 meses | | <i>Previsão</i> |
| | Início: A partir da data de assinatura do Instrumento | Término: | 12 meses após o início |
| 2.3 Objeto do Projeto: Aquisição de insumos farmacêuticos para a unidade de saúde Hospital Regional Fernando Bezerra, CNPJ nº 10.739.225/0018-66 | | | |
| 2.4 Justificativa da Proposição: O Hospital Regional Fernando Bezerra - HRFB escrito no CNES nº 2712040, é uma unidade de referência do Estado de Pernambuco para o atendimento da clientela do SUS, no município de Ouricuri e Região do Araripe. O Hospital é administrado pela O.S.S Instituto Social das Medianeiras da Paz através do Contrato de Gestão nº 002/2021 mantido com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e tem à sua disposição diversas especialidades médicas. O HRFB apresenta este projeto em busca de apoio do Governo do Estado para atender à demanda da população usuária do SUS, visto que 100% de seu atendimento são destinados para essa demanda. O constante aumento de preços nas despesas de custeio deixa o hospital em situação de dificuldade financeira para fazer frente a aquisição de Insumos Farmacêuticos. Esse projeto contribuirá para a realização de atendimento aos pacientes SUS com maior qualidade e humanização e dará continuidade à promoção e assistência à saúde proporcionando um atendimento mais rápido e eficiente. | | | |
| 2.5 Metas a serem atingidas: - Metas qualitativas: Reduzir as falhas terapêuticas; Otimizar o tempo de internamento; Ampliar a possibilidade de espectro fármaco terapêutico - Metas quantitativas: Reduzir em 10% o tempo de internação hospitalar. Aumentar em 10% a taxa de ocupação hospitalar | | | |
| 2.6 Parâmetros para aferição das metas: | | | |

A aferição das metas será feita através dos relatórios de produção emitidos pelo sistema de gestão e dos prontuários médicos.

2.7 Forma de execução das atividades/projeto e de cumprimento das metas:

A Execução do Objeto seguirá a aquisição imediata dos insumos de acordo com a liberação dos recursos, de forma compatível aos preços cotados. Os medicamentos e materiais adquiridos serão armazenados na farmácia do hospital e serão utilizados segundo prescrição médica.

Cronograma

3. EXECUÇÃO

| Meta | Etapa | Especificação* | Indicador Físico | | Financeiro | | Financeiro | | Duração | |
|--------------------------------|-------|--|------------------|-------|----------------|----------------|---|------------------------|---------|--|
| | | | Unidade | Qtde | Custo unitário | Custo Total | Início | Término | | |
| 1 | 1 | CLORETO DE SODIO 0,9%,SOL INJ,EV,FR 100ML | FR | 67500 | R\$ 3,69 | R\$ 249.075,00 | A partir da data de assinatura do Instrumento | 12 meses após o início | | |
| 1 | 1 | PIPERACILINA+TAZOBACTAN 4,5G | FR-AMP | 9000 | R\$ 13,72 | R\$ 123.480,00 | | | | |
| 1 | 1 | PANTOPRAZOL 40 MG INJETAVEL | FR-AMP | 10800 | R\$ 7,54 | R\$ 81.432,00 | | | | |
| 1 | 1 | CEFTRIAXONA 1G,PO LIOFRASCO-AMPOLA | FR-AMP | 18000 | R\$ 3,77 | R\$ 67.860,00 | | | | |
| 1 | 1 | CLORETO DE SODIO 0,9%,SOL INJ,EV,FR 500ML | FR | 15000 | R\$ 4,58 | R\$ 68.700,00 | | | | |
| 1 | 1 | CAMPO OPERATORIO ESTERIL 25X28 CM | UND | 15000 | R\$ 4,77 | R\$ 71.550,00 | | | | |
| 1 | 1 | DIPIRONA 500MG/ML, AMPOLA 2ML | AMP | 48800 | R\$ 0,93 | R\$ 45.384,00 | | | | |
| 1 | 1 | MEROPENEM 1G PO/SOL INJ FR-AMP | AMP | 2400 | R\$ 16,28 | R\$ 39.072,00 | | | | |
| 1 | 1 | TENOXCAM 40MG FR-AMP | FR-AMP | 3200 | R\$ 8,95 | R\$ 28.640,00 | | | | |
| 1 | 1 | HIDROCORTISONA 100MG,PO LIOF | FR-AMP | 7500 | R\$ 3,20 | R\$ 24.000,00 | | | | |
| 1 | 1 | SERINGA DESC 10ML C/AGULHA 25X0,7 | UND | 80000 | R\$ 0,25 | R\$ 20.000,00 | | | | |
| 1 | 1 | FRALDA DESCARTAVEL ADULTO G | UND | 20000 | R\$ 1,10 | R\$ 22.000,00 | | | | |
| 1 | 1 | NOREPINEFRINA 8MG 4ML | AMP | 7500 | R\$ 2,47 | R\$ 18.525,00 | | | | |
| 1 | 1 | TIRA P/DETERM DE GLICOSE SANGUE INDIV. | UND | 28250 | R\$ 0,30 | R\$ 8.475,00 | | | | |
| 1 | 1 | LUVA PROCED N/ESTERIL TAM P | PAR | 50000 | R\$ 0,24 | R\$ 12.000,00 | | | | |
| 1 | 1 | TRAMADOL 100MG SOL INJ AMP 2ML | AMP | 12000 | R\$ 1,32 | R\$ 15.840,00 | | | | |
| 1 | 1 | SEVOFLURANO 100ML | UND | 90 | R\$ 158,76 | R\$ 14.288,40 | | | | |
| 1 | 1 | CLINDAMICINA 600MG SOL INJ AMP 4ML | AMP | 4500 | R\$ 3,24 | R\$ 14.580,00 | | | | |
| 1 | 1 | COMPRESSA DE GAZE (CURATIVO) 7,5X7,5CM PCT | PCT | 30000 | R\$ 0,40 | R\$ 12.000,00 | | | | |
| 1 | 1 | ENOXAPARINA 40MG SER 0,4ML C/DS | SER | 3600 | R\$ 3,98 | R\$ 14.328,00 | | | | |
| 1 | 1 | AVENTAL MANGA LONGA DESCARTÁVEL 20G | UND | 8000 | R\$ 1,14 | R\$ 9.120,00 | | | | |
| 1 | 1 | MIDAZOLAN 50MG AMP 10ML | AMP | 3800 | R\$ 3,02 | R\$ 11.476,00 | | | | |
| 1 | 1 | IMUNOGLOBULINA ANTI-RH 12500-15000UI | FR-AMP | 60 | R\$ 228,98 | R\$ 13.738,80 | | | | |
| 1 | 1 | CAPOTE IMPERMEAVEL 50G | UND | 2000 | R\$ 2,85 | R\$ 5.700,00 | | | | |
| 1 | 1 | SERINGA DESC 20ML C/AGULHA 25X7,0 | UND | 25000 | R\$ 0,35 | R\$ 8.750,00 | | | | |
| 1 | 1 | MORFINA 10MG/ML AMP 1ML | AMP | 300 | R\$ 1,78 | R\$ 533,97 | | | | |
| VALOR TOTAL DA PROPOSTA | | | | | | R\$ | 1.000.548,17 | | | |

Este documento foi assinado digitalmente por Maria Luiza Mota Da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6EB7-5FDD-24ED-B3D1.

Zilda Cavalcanti
Secretária Estadual de Saúde

ep

Este documento foi assinado digitalmente por Maria Luiza Mota Da Silva. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6EB7-5FDD-24ED-B3D1.

4.0 DESEMBOLSO

4.1 Valores do Concedente

| Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 |
|------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| R\$ 1.000.000,00 | | | | | |
| Mês 7 | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 |
| | | | | | |

4.2 Valores do Proponente

| Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 |
|------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| R\$ 548,17 | | | | | |
| Mês 7 | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 |
| | | | | | |

5.0 Classificação Da Despesa

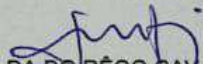
| 5.1 Código da Despesa: | 5.2 Especificação | 5.3 Concedente | | | 5.4 Proponente | | | 5.5 Total | | |
|------------------------|---|----------------|------------------|-----|----------------|-----|--------------|-----------|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| 3.3.50 | Adita recursos ao FES/PE, objetivando a aquisição de insumos farmacêuticos para o Hospital Regional Fernando Bezerra em Ouricuri - PE | Total Geral | R\$ 1.000.000,00 | R\$ | 548,17 | R\$ | 1.000.548,17 | | | |

6.0 Plano De Aplicação Dos Recursos

Os recursos serão depositados e geridos em conta específica do Banco do Brasil, agência 600-9, nº 34444-3. Os recursos serão automaticamente aplicados em cadernetas de poupança, fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, enquanto não empregados na sua finalidade. Os rendimentos de ativos financeiros serão aplicados no objeto desta proposta e estarão sujeitos a mesma condição e prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

OURICURI/PE 15 de janeiro de 2024

MARIA LUIZA MOTA DA SILVA
DIRETORA GERAL


ZILDA DO RÉGO CAVALCANTI
SECRETÁRIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Zilda Cavalcanti
Secretária Estadual de Saúde
CEQAPE

ep



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/6EB7-5FDD-24ED-B3D1> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 6EB7-5FDD-24ED-B3D1



Hash do Documento

A0B61D0F0113619ED52E31BA2C9235A473D7B3667DFA7A0A3FA674258A5C96AC

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 15/01/2024 é(são) :

Maria Luiza Mota Da Silva - [REDACTED] em 15/01/2024 14:29

UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital



Ílda Cavalcanti
Secretária Estadual de Saúde
SES-DF

Domany Cavalcanti
Mat. 255.948-0
Secretária Executiva
SEAS/SES

ep