

**INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

| Número do PT:   |                          |                                   |            |                                    |
|---|--------------------------|-----------------------------------|------------|------------------------------------|
| Órgão/Entidade: Fundação Padre albino - Fundação Padre Albino - Hospital Padre Albino |                          |                                   |            |                                    |
| CNPJ: 47.074.851/0008-19  |                          |                                   |            |                                    |
| Endereço: Rua Belém 519 - Centro  |                          |                                   |            |                                    |
| Município: Catanduva/ SP  |                          | CEP: 15800-280                    |            |                                    |
| Telefone: 17-3311-3231  |                          |                                   |            |                                    |
| Email: secretaria@padrealbino.com.br  |                          |                                   |            |                                    |
| CPF   | Nome Responsável         | Função                            | Cargo      | Email                              |
| 09593805826   | REGINALDO DONIZETI LOPES | PRESIDENTE DA DIRETORIA EXECUTIVA | PRESIDENTE | reginaldo.lobes@padrealbino.com.br |

**GESTOR DO CONVÊNIO**

| CPF         | RG        | Nome do Gestor           | Cargo                                  | Email                             |
|-------------|-----------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| 07061373881 | 236738471 | RENATA AP. ROCHA BUGATTI | DIRETORA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL | renata.bugatti@padrealbino.com.br |

**RECEBIMENTO DO RECURSO**

|  |
|--|
| Banco: BANCO DO BRASIL                   |
| Praça de Pagamento: CATANDUVA-SP         |
| Agencia: 8057-8    Conta Corrente: 379-4 |

**CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

|   |
|---|
| Missão da Instituição: Promover Assistência à Saúde de forma humanizada, com ênfase na Média e Alta Complexidade, desenvolvendo o Ensino e Pesquisa com sustentabilidade. |
|---|

Histórico da Instituição: Certificado como Hospital Universitário, o Hospital Padre Albino é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que começou a atender pacientes em 11 de outubro de 1926. Em 1930 para suprir atendimentos a pacientes que vinham de toda região buscar sua recuperação começaram as construções dos anexos. Em princípios de 1956 foi construído o prédio da Maternidade para atender convenientemente as gestantes das cidades e região. No espírito de promover a vida o “Padre Albino”, sendo referência na assistência para 19 municípios, população de 322.831 habitantes (IBGE 2020) . Apesar das constantes dificuldades enfrentadas, a Fundação Padre Albino continua investindo na aquisição de equipamentos de última geração e realizando reformas e adaptações de suas instalações para que a Instituição possa oferecer aos que dela necessitem um melhor atendimento e acolhimento na promoção da vida. Possui 206 leitos de especialidades e UTIS Adulto, Infantil, Neonatal, queimados e Intermediário neonatal, dos quais 138 leitos são SUS. Realiza, anualmente, cerca de 8.400 internações e 550.549 atendimentos ambulatoriais, consultas de urgência e emergência, procedimentos, serviços de diagnósticos e terapêuticos. Possui serviços de alta complexidade, para atendimento em alta complexidade de queimados, neurocirurgia, Trauma ortopedia, oncologia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, marca passo, serviços de diagnósticos, patologia clínica, endoscopia, radiologia, radiologia intervencionista, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear, iodoterapia, quimioterapia, terapia renal substitutiva - TRS.

#### QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

|   |
|---|
| Objeto: CUSTEIO - Prestação de Serviço por Terceiros (Utilidade Pública)  |
| Objetivo: Promover o fortalecimento e desenvolvimento de ações e serviços de assistência à saúde prestados ao SUS, visando a integralidade igualitária sem distinção de qualquer natureza.  |
| Justificativa:<br>O Hospital Padre Albino participa de forma expressivo na prestação de serviços de Urgência emergência e na modalidade hospitalar ao Sistema Único de Saúde - SUS.<br>Sob Gestão Estadual está inserido na Central de Regulação Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, Regulação de Urgência emergência para rede de saúde Municipais, Estaduais e até a nível Nacional, com qualificação voltada a assistência sempre atuante e acompanhando novas tecnologias, contando com profissionais do mesmo modo especializados.<br>Esta instituição tem por objetivo promover o fortalecimento e desenvolvimento de ações e serviços de assistência à saúde prestados ao SUS, visando a integralidade igualitária sem distinção de qualquer natureza.<br>O recurso financeiro será utilizado para custear gastos de energia elétrica, provendo adequadamente os recursos necessários para qualificação na assistência prestada aos SUS.<br><br>Esta instituição tem por objetivo promover o fortalecimento e desenvolvimento de ações e serviços de assistência à saúde prestados ao SUS, visando a integralidade igualitária sem distinção de qualquer natureza.<br><br>O recurso financeiro será utilizado para otimizar os custos com custeio para subsidiar a manutenção, qualificação dos atendimentos de média e alta complexidade aos usuários do SUS. |
| Local: FUNDAÇÃO PADRE ALBINO - HOSPITAL PADRE ALBINO  |
| Observações:  |

#### METAS A SEREM ATINGIDAS

Metas Quantitativas: Manter em disponibilização 08 equipamentos para urgência e emergência.

|  |
|--|
| Ações para Alcance: Pagamento regular dos gastos de energia elétrica por 90 dias.  |
| Situação Atual: Disponibilização de 08 equipamentos elétricos em funcionamento.  |
| Situação Pretendida: Manter em disponibilização 08 equipamentos necessários para assistência hospitalar de urgência e emergência, manter diariamente as informações de equipamentos ativos no Sistema CROSS. |
| Indicador de Resultado: Apresentação do relatório extraído do sistema CROSS com alimentação diária do período.   |

|  |
|--|
| Metas Qualitativas: Manter pesquisa de satisfação com índice = ou > de 90% de satisfação do usuário SUS.   |
| Ações para Alcance: Disponibilizar mecanismo e aplicar pesquisa aos usuários, para manifestação do grau de satisfação.                                     |
| Situação Atual: 95% de satisfação, bom e ótimo.  |
| Situação Pretendida: Incrementar ações para manter satisfação = ou > de 90%.   |
| Indicador de Resultado: Quantidade de usuário com avaliação (bom e ótimo) no período / quantidade de usuários que responderam à pesquisa no mesmo período. |

#### ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

| Ordem | Etapa | Duração | Descrição   |
|-------|-------|---------|---|
| 1     | 1     | 30      | Contratação do serviço por terceiros em conformidade com as exigências legais |
| 2     | 2     | 305     | Realização dos serviços por terceiros   |
| 3     | 3     | 30      | Pagamento dos prestadores de serviços.  |

#### PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

| Ordem | Natureza | Tipo Objeto          | Aplicação                     | Proponente | % | Concedente    | %    |
|-------|----------|----------------------|-------------------------------|------------|---|---------------|------|
| 1     | CUSTEIO  | PRESTAÇÃO DE SERVIÇO | DISTRIBUIÇÃO ENERGIA ELÉTRICA |            |   | R\$100.000,00 | 100% |

#### 1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| Nº Parcela | Valor         | %    | Proponente | % | Concedente    | %    | Total de Desembolso |
|------------|---------------|------|------------|---|---------------|------|---------------------|
| 1          | r\$100.000,00 | 100% |            |   | R\$100.000,00 | 100% |                     |

#### 2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:

Término: 30/06/2023

### 3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

| CPF         | Nome da Pessoa          | Função               | Cargo    | Email                           |
|-------------|-------------------------|----------------------|----------|---------------------------------|
| 34309158803 | DAIANE<br>KELI<br>PEKIN | ANALISTA<br>CONTÁBIL | ANALISTA | daiane.pekin@padrealbino.com.br |

### DECLARAÇÃO

*Na qualidade de representante legal do proponente, DECLARO, para fins de prova junto à Secretária de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma de Plano de Trabalho.*

### ASSINATURAS DIGITAIS

Documento assinado digitalmente pela(s) pessoa(s) abaixo, conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.