



## **Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Iseito

Guaíra/SP, 19 de Agosto de 2021.

**Ofício N.º 113 /2021**

**Assunto:** Plano de Trabalho – Emenda Parlamentar (Custeio)

**Referência:** Resolução SS nº 94, de 17 de junho de 2021

**Exmo. Sr.**

A Santa Casa de Misericórdia de Guaíra, vem por meio desse encaminhar proposta de Plano de Trabalho para transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde em consonância ao programa 0930 – Atendimento Integral e Descentralizado no SUS, decorrentes de Demandas Parlamentares, para o financiamento de ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade.

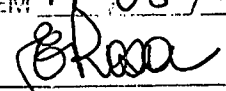
**OBJETO:** Ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade

**VIGÊNCIA:** 03 (Três) meses

**VALOR DA PROPOSTA:** R\$ 100.000,00

Sem mais para o momento,

  
Marcelo José Bento  
Interventor

|           |                                                                                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| RECEBI EM | 19/08/21                                                                              |
| ASS.      |  |

Elaine Cristina dos Santos Rosa  
Chefe da Seção das Parcerias com  
Terceiro Setor e Afins

**Exmo. Sr. Edvaldo Doniseti Moraes**

**Prefeito – Município de Guaíra**

Sanja Casa de Misericórdia de Guaitã  
Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guaitã (SP)  
Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14700-000  
CNPJ: 03.341.283/0001-61 Insc. Estadual Isento

Guaitã/SP, 19 de Agosto de 2021

Ofício Nº 113/2021  
Assunto: Plano de Trabalho - Empresa Parlamentar (Gestão)  
Referência: Resolução 22 nº 94, de 17 de junho de 2021

Exmo. Sr.

A Santa Casa de Misericórdia de Guaitã vem por meio desse encaminhar proposta de Plano de Trabalho para transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde em consonância ao programa 0930 - Atendimento Integral e Descentralizado no SUS, decorrentes de Demandas Parlamentares para o financiamento de ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade.

OBJETO: Ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade  
VIGÊNCIA: 03 (Três) meses  
VALOR DA PROPOSTA: R\$ 100.000,00

Seu plano para o município

Marcelo José Bento  
Interventor

Assunto: Plano de Trabalho - Empresa Parlamentar (Gestão)  
Referência: Resolução 22 nº 94, de 17 de junho de 2021

Exmo. Sr. Edvaldo Bonifazi Filho  
Prefeito - Município de Guaitã



## **Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

# **PLANO DE TRABALHO**

## **1.DADOS GERAIS DO PROPONENTE**

**1.1 PROPONENTE:** Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

**1.2 CNPJ:** 48.341.283/0001-61

**1.3 ENDEREÇO:** Rua 24, nº 872, Jardim Paulista

**1.4 CIDADE:** Guaíra

**1.5 ESTADO:** São Paulo

**1.6 CEP:** 14.790-000

## **2.DADOS DA PROPOSTA**

**2.1 OBJETO:** Ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade: custeio de material de consumo e medicação.

**2.2 VIGÊNCIA:** 03 meses

**2.3 VALOR TOTAL:** R\$ 100.000,00

**2.4 FONTE FINANCIADORA:** Estadual (Emenda Parlamentar)

**2.5 REFERÊNCIA:** Resolução SS n.º 86, de 04/06/2021

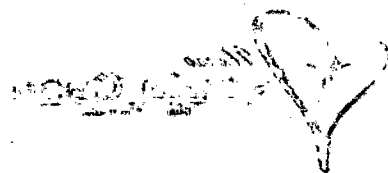
## **3. JUSTIFICATIVA**

A organização recebeu recurso direcionado por meio de emenda parlamentar para o custeio de despesas no desenvolvimento das ações e atividades diárias. Esse recurso será investido na assistência à saúde da população.

O recurso será complementar para custeio parcial de despesas que são essenciais no atendimento à população, possibilitando a Santa Casa recursos alternativos aos pactuados com a Administração Pública.

Devido à atual situação de pandemia COVID-19 e o impacto econômico sofrido por comerciantes e agricultores nesse ano devido às consequências relacionadas à ausência de chuvas e a presença das geadas, houve consequentemente a deterioração da economia, o que impactou na captação de recursos da organização, portanto gerou déficit financeiro.

Dessa forma a presente proposta visa o custeio de medicamentos e material de



## PLANO DE TRABALHO

### 1. DADOS GERAIS DO PROPONENTE

1.1. PROPONENTE: Santa Casa de Misericórdia de Guairá

1.2. CNPJ: 48.341.283/0001-61

1.3. ENDEREÇO: Rua 24, nº 872, Jardim Paulista

1.4. CIDADE: Guairá

1.5. ESTADO: São Paulo

1.6. CEP: 14780-000

### 2. DADOS DA PROPOSTA

2.1. OBJETO: Ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade: custeio de material de consumo e medicação.

2.2. VIGÊNCIA: 03 meses

2.3. VALOR TOTAL: R\$ 100.000,00

2.4. FONTE FINANCIADORA: Estadual (Emenda Parlamentar)

2.5. REFERÊNCIA: Resolução 22 n.º 86, de 04/06/2021

### 3. JUSTIFICATIVA

A organização recebe recurso direcionado por meio de emenda parlamentar para o custeio de despesas no desenvolvimento das ações e atividades diárias. Esse recurso será investido na assistência à saúde da população.

O recurso será complementar para custeio parcial de despesas das ações essenciais no atendimento à população, possibilitando a Santa Casa recursos alternativos nos pactuados com a Administração Pública.

Devido à atual situação de pandemia COVID-19 e o impacto econômico sofrido por comerciantes e agricultores nesse ano devido às consequências relacionadas à suspensão de chuvas e a presença das geadas, houve consequentemente a deterioração da economia, o que impactou na captação de recursos da organização, portanto gerou déficit financeiro.

Dessa forma a presente proposta visa o custeio de medicamentos e material de



## **Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

consumo de ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade realizada por meio de outras parcerias com a Administração Pública.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar aquisição de material de consumo e medicamentos em complementação as ações e serviços de assistência integral à saúde da comunidade.

### **5. ATIVIDADES**

A presente proposta é ação complementar ao desenvolvimento das ações de atendimento aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde para a aquisição de medicamentos e material de consumo.

A proposta visa o pagamento (custeio) de medicamentos e material de consumo referente ao acesso a serviços assistenciais a saúde com oferta nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica e cirurgia, internações e pronto socorro.

#### **5.1 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

| <b>ATIVIDADES</b>                                               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|-----------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Atendimento médico (pediatria, obstetrícia, clínica e cirurgia) | x        | x        | x        |          |
| Atendimento em pronto socorro                                   | x        | x        | x        |          |
| Cotação de preços dos materiais e medicamentos                  | x        |          |          |          |
| Aquisição dos materiais de consumo e medicamentos               | x        | x        | x        |          |
| Prestação de contas                                             |          |          |          | x        |

### **6. VALOR DA PROPOSTA: R\$ 100.000,00**

### **7. PLANO DE APLICAÇÃO**

| <b>Despesas</b>     | <b>Valor Total</b>    |
|---------------------|-----------------------|
| Material de consumo | R\$ 40.000,00         |
| Medicamentos        | R\$ 60.000,00         |
| <b>Valor total</b>  | <b>R\$ 100.000,00</b> |



Conforme o disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, a presente certidão é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher.

**DECLARAÇÃO**

**DECLARAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Declaramos que a vítima da violência doméstica e familiar contra a mulher é a Srta. [nome], residente e domiciliada em [endereço], e que a mesma sofreu violência física, psicológica e moral por parte do Sr. [nome], seu marido.

**DECLARAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.

**DECLARAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

**DECLARAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.

**DECLARAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

**DECLARAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.

A presente declaração é expedida para fins de comprovação da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme disposto no artigo 1º da Lei nº 11.340/2006, e para fins de acesso aos serviços de proteção à mulher e de encaminhamento para o processo judicial.



## **Santa Casa de Misericórdia de Guaíra**

Rua 24, 872 – Jardim Paulista – Guaíra (SP)

Fone / Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000

CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

### **8. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

#### **8.1 REPASSE ÚNICO**

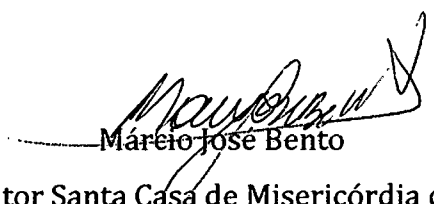
| <b>Despesas</b>     | <b>Mês 1</b>          |
|---------------------|-----------------------|
| Material de consumo | R\$ 40.000,00         |
| Medicamentos        | R\$ 60.000,00         |
| <b>Valor total</b>  | <b>R\$ 100.000,00</b> |

### **9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Para fins de acompanhamento e verificação do alcance das metas descritas no Plano de Trabalho, a Santa Casa deverá encaminhar à Administração Pública – Seção das Parcerias com o Terceiro Setor:

- Relatório Técnico de atividades e Físico-Financeiro (Anexo RP-10) do ajuste mensal e anual;
- Produção dos procedimentos realizados mensalmente;
- Avaliação de satisfação do usuário do serviço.
- Apresentação de CNDs.

Guaíra/SP, 19 de Agosto de 2021.

  
Márcio José Bento

Interventor Santa Casa de Misericórdia de Guaíra

**Santa Casa de Misericórdia de Guairá**  
 Rua 24, 872 - Jardim Paulista - Guairá (SP)  
 Fone/Fax: (17) 3332-7000 CEP: 14790-000  
 CNPJ: 48.341.283/0001-61 Insc. Estadual: Isento

*[Handwritten signature]*

**8. CRONOGRAMA DE DESPESAS**

**8.1 REPASSE ÚNICO**

| Despesas            | Mês 1          |
|---------------------|----------------|
| Material de consumo | R\$ 40.000,00  |
| Medicamentos        | R\$ 60.000,00  |
| Valor total         | R\$ 100.000,00 |

**9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Para fins de acompanhamento e verificação do alcance das metas descritas no Plano de Trabalho, a Santa Casa deverá encaminhar a Administração Pública - Seção das Parcerias com o Terceiro Setor:

- Relatório Técnico de atividades e Físico-Financeiro (Anexo RP-10) do ajuste mensalmente e anual;
- Produção dos procedimentos realizados mensalmente;
- Avaliação de satisfação do usuário do serviço;
- Apresentação de CNDS.

Guairá/SP, 19 de Agosto de 2021.

*[Handwritten signature]*  
 Manoel José Bello

Interventor Santa Casa de Misericórdia de Guairá