

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA DIRETORIA DE SAÚDE

Avenida 11 nº 604 - Fone: (017) 3332-5151 - Centro CNPJ: 48.344.014.0001/59 - CEP - 14.790-000 - Guaíra - Estado de São Paulo

www.guaira.sp.gov.br

e-mail: saude.guaira@gmail.com



Hugo Garcia Fablano Chefe da Seção das

RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

DADOS E INFORMAÇÕES DA PARCERIA:

| DADOS E INFORMAÇÕES DA PARCERIA | | |
|---|--|--|
| OSC: Santa Casa de Misericórdia de Gua | | |
| Responsável pelo acompanhamento da parceria: Rogério Pereira de Souza, Maurício Alves da Silva e Izamara Paterra- Decreto Nº 6823, 14/0/2023. | | |
| Telefone fixo (OSC): (17) 3332-7000 Telefone celular (responsável): (17) 99135-3419 | | |
| E-mail (responsável): administracao@santacasadeguaira.com.br | | |
| N° do processo: 174/2023 | | |
| N° do Termo de parceria: 02/2023 | | |
| Vigência da parceria: 16/10/2023 a 15/04/2024 | | |
| Valor efetivamente transferido até a data de emissão deste Relatório: R\$150.000,00 (parcela única em 07/11/2023). | | |
| | MONITORAMENTO | |
| OBJETO DA PARCERIA | Custeio dos Serviços Hospitalares | |
| PERÍODO DAS ATIVIDADES DE | | |
| MONITORAMENTO DESCRITAS | DE 01/04/2024 ATÉ 15/04/2024. | |
| NESTE | DE 01/04/2024 ATE 15/04/2024. | |
| RELATÓRIO | | |
| ATIVIDADES DE | Não houve visita técnica neste período, apenas análise dos relatórios e notas | |
| MONITORAMENTO | apresentadas. | |
| REALIZADAS | uproormand. | |
| ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES | A manutenção e aquisição dos insumos previstos foram realizadas de | |
| DA | acordo com o Plano de trabalho. | |
| PARCERIA | | |
| TRANSPARÊNCIA ATIVA | Sim, publicado no Portal da Transparência da OSC | |
| RESULTADOS | [] PARCIAIS | |
| (ATÉ A PRESENTE DATA) | [X] FINAIS | |
| ACOMPANHAMENTO DAS METAS | Foi realizada a aquisição mensal dos insumos médicos/hospitalares a partir | |
| DA | do repasse do recurso, tendo em vista a garantia de estoque mínimo. | |
| PARCERIA EFICÁCIA DOS INDICADORES DO | | |
| PLANO DE TRABALHO (SE | [X] SATISFATÓRIOS | |
| HOUVER) | [] INSATISFATÓRIOS | |
| HOUVER | Não houve dificuldades da OSC na execução das ações previstas no Plano | |
| EFEITO SANEADOR DO | de Trabalho. O recurso foi repassado para a OSC em 07/11/2023 e no | |
| MONITORAMENTO | mesmo mês foi sendo investido para aquisição do objeto, de acordo com | |
| | extrato bancário e notas fiscais analisadas. | |
| FATOS OBSERVADOS EM VISITAS | Não foram realizadas visitas ou reuniões técnicas no período. | |
| TÉCNICAS E/OU REUNIÕES | Nao Ioram realizadas visitas od redinoes tecinicas no periodo. | |
| PERIÓDICAS | | |
| | AVALIAÇÃO | |
| | Foram adquiridos insumos médicos/hospitalares no valor de R\$ 150.000,00 | |
| | divididos mensalmente, conforme necessidade e vigência do Plano, | |
| | conforme notas fiscais e movimentações financeiras apresentadas. Foram | |
| ANÁLISE QUANTITATIVA | adquiridos R\$ 33.687,89 em insumos e materiais médicos e hospitalares em | |
| AMARIOE VOMITITATIVA | abril de 2024, sendo R\$ 32.803,72 referente ao saldo do repasse e R\$ | |
| | 884,16 de rendimentos de aplicação financeira. Foram gastos R\$ 1.019,08 | |
| | de recurso próprio da OSC, cuja despesa financeira total durante a vigência | |
| <u> </u> | da parceria foi de R\$ 1.109,07. | |
| ANTÁLION OLTALIMÁMIA | A média de consumo mensal de insumos médicos/hospitalares foi mantida | |
| ANÁLISE QUALITATIVA | no ano de 2024. | |
| | DECEMBED A STATE OF THE PARTY O | |

| IMPACTO DA PARCERIA | [] AMBIENTAL [] CULTURAL [X] ECONÔMICO [X] SOCIAL [] OUTROS. Especificar: |
|--------------------------------------|---|
| SATISFAÇÃO DO PÚBLICO (SE HOUVER) | Não houve pesquisa de satisfação para o público atendido no período analisado, no entanto, os pacientes foram beneficiados com a aquisição dos medicamentos e insumos adquiridos. |
| CONTROLE SOCIAL (SE HOUVER) | O Plano foi analisado e aprovado pelo CMS. |
| CONCLUSÃO | Foram avaliadas notas fiscais, relatório de atividades e movimentação financeira referente ao convênio, bem como as metas qualitativas e quantitativas. A comissão não encontrou nenhuma irregularidade. As tarifas bancárias pagas com recurso do convênio foram devolvidas, conforme declarações e movimentação financeira. Concluímos que as metas pactuadas foram cumpridas e o objetivo do convênio foi alcançado. |

LISTA DE ANEXOS

- -Não houve visita técnica no período analisado.
- -Foram apresentadas notas fiscais, relatórios de movimentações financeiras e de atividades, analisados pelo Gestor da parceria;
- -Prestação de contas do mês de abri/2024.
- -Relatório de atividades do mês de abril/2024.
- -Relatório financeiro do mês de abril/2024.
- -Plano de trabalho.

Elaborado por:

//Rogério Pereira de Souza Agente Técnico Administrativo CPF: 186.584.648-14

> Maurício Alves da Silva Supervisor de Equipes CPF: 162.163.318-76

Izamara Paterra Terapeuta Ocupacional CPF: 427.710.398-77