

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE OBJETIVO DE CONVÊNIO E DE OFERTA DE SERVIÇO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em observância as Portarias Interministeriais MP/MF/CGU nº. 507 de 24 de novembro de 2011 e nº 424 de 16 de dezembro de 2016, declaro para fins de comprovação do cumprimentodos objetivos do Convênio nº. 887089, Ano:2019, que:

a) Objetivo GERAL do Convênio:

- Estruturação do atendimento ao paciente crítico (melhorias na UTI);
- Melhoria da ambiência e ou da humanização (reforma da estrutura física);
- Qualificação do parque tecnológico (substituição de equipamento obsoleto);
- Atualização do parque tecnológico (aquisição de novo equipamento);
- Aumento de oferta de serviço (ampliação - área física ou aquisição de novo equipamento);
- Implantação de novo serviço (ampliação - área física, construção de nova unidade de saúde ou aquisição de novo equipamento);
- Estruturação do atendimento de urgência e emergência (melhorias no pronto socorro e serviços de atendimento à urgência e emergência);
- Manutenção de Unidade de Saúde (aquisição de material de uso único);

b) Objetivo ESPECÍFICO do Convênio:

a-	Melhoria na área do parque tecnológico do Hospital, mesas melhores pois não tinha que atendia todos os setores.
b-	Melhoria e satisfação dos pacientes atendidos pelo SUS – Sistema Único de Saúde.
c-	Equipamentos Modernos com melhor resolutividade, agilidade e qualidade nos procedimentos e resultados e atendimentos a população.
d-	Melhoria No centro cirurgico e no parque tecnologico do Hospital

c) INFORME os EQUIPAMENTOS e QUANTITATIVOS adquiridos por meio do referido convênio

QUANTIDADE	EQUIPAMENTO
21	Cadeira
03	Monitor Multiparâmetros
01	Sistema de vídeo Endoscopia Rígida
11	Armário
04	Cadeira de Banho/Higiênica
10	Nebulizador Portátil
05	Berço de Recém Nascido
02	Aspirador de secreções elétrico móvel
04	Cadeira de rodas Adulto
10	Longarina
02	Cama Hospitalar Tipo Fawler Mecânica

Dr. Evaldo Cesar Farias Araújo
Diretor Presidente
Hospital Apóstolo Pedro

INFORME as UNIDADES FUNCIONAIS e AMBIENTES que foram modificados:

1.
2.
3.
4.

a) Houve alteração/ajuste do Plano de Trabalho? () Sim (x) Não

b) **INFORME OS EQUIPAMENTOS/UNIDADES FUNCIONAIS ADQUIRIDOS APÓS APROVAÇÃO DE AJUSTE DE PLANO DE TRABALHO** (descrever os equipamentos/unidades funcionais adquiridos e executados caso tenha tido ajuste de plano de trabalho). Máximo 4 linhas.

1.
2.
3.
4.

c) A alteração ensejou mudança de objetivos? () Sim (x) Não

d) Em caso afirmativo descrever novo objetivo **ESPECÍFICO** do convênio após a alteração/ajuste: (descrever os principais resultados obtidos com o cumprimento do objetivo considerando a alteração/ajuste no plano de trabalho). Máximo 4 linhas.

1.
2.
3.
4.

e) **Informação sobre a realização/cumprimento dos objetivos** (marcar x no caso de sim):

(x) O objetivo geral foi cumpridos.

(x) O convênio foi executado em conformidade com o plano de trabalho inicial.

() O convênio foi executado em conformidade com o ajuste do plano de trabalho (aplica-se para o caso de ter ocorrido reformulação/ajuste/alteração de plano de trabalho)

(x) **EXECUÇÃO FÍSICA** - O Convênio foi executado em 100%

(x) **EXECUÇÃO FINANCEIRA** – Houve devolução de recurso sim o Saldo remanescente no valor de R\$ 1.577,12.

(x) O serviço resultante desse convênio está ofertado ao SUS (aplica-se para todos os casos).

f) Encaminhar o Parecer de Prestação de Contas da Caixa (aplica-se no caso de obra).

Data 31/07/2023	Nome e Cargo da Autoridade Declarante Evaldo César Farias Araújo	Assinatura da Autoridade Declarante
---------------------------	--	---



Dr. Evaldo Cesar Farias Araujo
Diretor Presidente
Hospital Apóstolo Pedro