

## INSTITUIÇÃO PROPONENTE

|                                                                       |                            |          |                     |                            |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|---------------------|----------------------------|
| Número do PT: SES-PRC-2023/24831                                      |                            |          |                     |                            |
| Órgão/Entidade: INSTITUTO CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA |                            |          |                     |                            |
| CNPJ: 03.456.304/0001-56                                              |                            |          |                     |                            |
| Endereço: R PASCOAL MOREIRA, 450                                      |                            |          |                     |                            |
| Município: São Paulo CEP: 03182050                                    |                            |          |                     |                            |
| Telefone: (11) 2602-4140                                              |                            |          |                     |                            |
| E-mail: edgard@institutocema.org.br                                   |                            |          |                     |                            |
| CPF                                                                   | Representante Legal        | RG       | Cargo               | E-mail                     |
| 25613554897                                                           | EMERSON ZINGARO DOS SANTOS | 22888875 | Gestor (a) Entidade | flavio@cemahospital.com.br |

## GESTOR DO CONVÊNIO

| CPF            | RG         | Nome do Gestor      | Cargo                | E-mail              |
|----------------|------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 063.645.498-37 | 11.758.151 | EDGAR SILVA ESCOBAR | GESTOR INSTITUCIONAL | eseweb100@gmail.com |

## RECEBIMENTO DO RECURSO

**Banco:** Banco do Brasil Agência: 3333-2 Número: 5946-3

**Praça de Pagamento:** RUA CANTAGALO, 74

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso e pagamento das despesas neste convênio.

## CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

**Missão da Instituição:**

Oferecer à população atendimento médico especializado em Oftalmologia e Otorrinolaringologia, comprometido com a assistência social, excelência e qualidade, de forma humanizada e ética, contribuindo para o desenvolvimento constante do ensino, da pesquisa e da qualidade de vida

**Histórico da Instituição:**

O Instituto Cema de Oftalmologia e Otorrinolaringologia atende em torno de 540.000 (quinhentos e quarenta mil) atendimentos / ano (entre procedimentos com finalidade diagnóstica, clínicos, cirúrgico, órteses, próteses e materiais especiais); e 7.500 (Sete mil e quinhentos) cirurgias/ano (oftalmologia e otorrinolaringologia), com atendimento 100% aos usuários do SUS, é o centro de referencia destas especialidades de oftalmologia e otorrinolaringologia. Com perfil de resolubilidade, participando ativamente de vários programas sociais tais como: mutirão de catarata, programa visão do futuro, programa de protetização de aparelhos auditivos, entre outros programas de esfera federal, estadual e municipal de saúde.

## QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

**Objeto:** Custeio - Material de consumo



SESPTA2024011497DM

**Objetivo:**

- I – fortalecer a capacidade assistencial ao usuário do SUS;
- II – estimular a produtividade;
- III – promover a qualificação da prestação de serviços ao SUS;
- IV – contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com os níveis de complexidade.

**Justificativa:**

Custeio para compensação das tabelas SUS, DEFASADA, correspondente para a execução dos procedimentos, cirurgias e melhorias de qualidade de atendimento assistencial e técnico.

**Local de execução:** Rua Pascoal Moreira, 450 - Alto da Mooca - São Paulo - CEP 03.182-050

**Observações:**

| DEMANDA 57646       |                                            | MÊS | ANO  |
|---------------------|--------------------------------------------|-----|------|
| MATERIAL ESCRITÓRIO | PAPEL XEROX 210X297 A4                     | 324 | 3888 |
| MEDICAMENTO         | METIL CELULOSE 2% 1,5ML - SERINGA DE VIDRO | 300 | 3600 |
| TOTAL               |                                            |     |      |

**METAS A SEREM ATINGIDAS****Metas Qualitativas:**

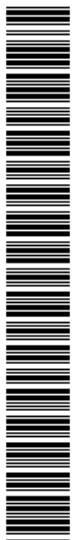
|                                         |                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | ATINGIR 85% O ÍNDICE DE SATISFAÇÃO "MUITO BOM E BOM" DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA                                      |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | APLICAR PESQUISA DE SATISFAÇÃO AOS USUÁRIOS DO SUS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA - AMOSTRAGEM 100 PACIENTES/MÊS                      |
| <b>Situação Atual:</b>                  | ATUALMENTE A MÉDIA É DE 80% DE SATISFAÇÃO - "MUITO BOM E BOM"                                                                   |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | AMPLIAR EM 5%, O PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA, TOTALIZANDO EM 85%                      |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | TAXA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DEMONSTRANDO AUMENTO DE 5%                                                                      |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | NÚMERO DE PACIENTES QUE RESPONDEU A PESQUISA DE SATISFAÇÃO ENTRE " MUITO BOM E BOM" / NÚMERO TOTAL DE PESSOAS PESQUISADAS X 100 |



SESPTA2024011497DM



|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| Fonte do Indicador: | PLANILHA DE PESQUISA MKT / SAC |
|---------------------|--------------------------------|



SESPTA2024011497DM

Metas Quantitativas:

|                                  |                                                                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrição da Meta:               | MANTER A MÉDIA MENSAL DE CONSULTAS EM OFTALMOLOGIA                                         |
| Ações para Alcance:              | ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO CONSULTAS EM OFTALMOLOGIA                                            |
| Situação Atual:                  | ATUALMENTE REALIZAMOS UMA MÉDIA DE 10.000 CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA /MÊS                   |
| Situação Pretendida:             | MANTER A MÉDIA DE REALIZAÇÃO DE 10.000 CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA/ MÊS                      |
| Indicador de Resultado:          | TAXA DE CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA REALIZADOS                                               |
| Fórmula de Cálculo do Indicador: | CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA AGENDADAS/ NÚMERO DE CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA REALIAZADAS X 100 |
| Fonte do Indicador:              | TABNET SIA/SUS                                                                             |



## ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

| Ordem | Etapa                  | Duração da execução (em dias) | Descrição                                         |
|-------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1     | SOLICITAÇÃO DE COMPRAS | 5                             | SOLICITAÇÃO AO DEPARTAMENTO DE COMPRAS            |
| 2     | COTAÇÃO DE PREÇOS      | 5                             | PESQUISA DE PREÇOS DOS ÍTENS                      |
| 3     | COMPRA DE MATERIAL     | 365                           | AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE ESCRITÓRIO E MEDICAMENTO |

## PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

| Ordem  | Tipo Objeto                   | Item                                                                         | Especificação                                                                                        | Proponente | %     | Concedente     | %      |
|--------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|----------------|--------|
| 1      | Custeio - Material de consumo | Aquisição de Material de Consumo - Escritório, Papelaria e Impressos         | AQUISIÇÃO DE PAPEL XEROX SULFITE 210 X 297 A4 - 324 ÍTENS - MÊS - 3.888 - ÍTENS - ANO                | 0,00       | 0,00% | 77.760,00      | 38,85% |
| 2      | Custeio - Material de consumo | Aquisição de Material de Consumo - Outros (Especificar no Plano de Trabalho) | MEDICAMENTO METIL CELULOSE 2% 1,5ML - SERINGA DE VIDRO - AQUISIÇÃO 340 / MÊS - AQUISIÇÃO 4.080 - ANO | 160,00     | 0,08% | 122.240,00     | 61,07% |
| Total: |                               |                                                                              |                                                                                                      | R\$ 160,00 | 0,08% | R\$ 200.000,00 | 99,92% |



SESPTA2024011497DM

1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| Nº Parcela | Valor Parcela  | Proponente | %    | Concedente     | %     | Total de Desembolso |
|------------|----------------|------------|------|----------------|-------|---------------------|
| 1          | R\$ 200.000,00 | R\$ 160,00 | 0,08 | R\$ 200.000,00 | 99,92 | R\$ 200.160,00      |

2. PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste:

Término: Vigência do Ajuste

3. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

| CPF            | Nome                   | RG         | Cargo                   | E-mail              |
|----------------|------------------------|------------|-------------------------|---------------------|
| 063.645.498-37 | EDGAR SILVA<br>ESCOBAR | 11.758.151 | GESTOR<br>INSTITUCIONAL | eseweb100@gmail.com |

ASSINATURAS DIGITAIS

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



Assinado com senha por: EMERSON ZINGARO DOS SANTOS - 28/11/2024 às 15:02:23  
Documento N°: 057646A4225446 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/057646A4225446>



SESPTA2024011497DM