HOSPITAL PADRE ZÉ

Av. Desembargador Boto de Menezes, 657 – Tambiá – João Pessoa/PB
CNJP: 08.667.206/0001-81 CNES - 2707519 Tel. (83) 3041-8400 Fax. (83) 3041-8430

PLANO DE TRABALHO/PROJETO – ANEXO II		
DADOS DO ÓRGÃO OU ENTIDADE E PROPOSTA		
01-NOME DA ENTIDADE: Hospital Padre Zé / Instituto São José	**02- CNPJ:** 08.667.206/0001-81	**03- CNES:** 2707519
04ºPORTARIA: PORTARIA Nº1023 -27/07/2023 PORTARIA Nº797 -30/06/2023	**05-VALOR DA PROPOSTA:** R$399.992,00	
06-TIPO DE EMENDA: Emendas Impositivas Federais	**07-AUTORES DA PROPOSTA:** • Gervasio Maia • Nilda Gondim	

DADOS DO PLANO DE TRABALHO/PROJETO
08- TÍTULO: Qualificação do atendimento no Hospital Padre Zé com resultados positivos aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS através da execução de emendas parlamentares federais no ano de 2023.
09-DESCRIÇÃO SINTÉTICA: A AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS para atendimento hospitalar de pacientes internos no Hospital Padre Zé por um período de 12 meses.
10- JUSTIFICATIVA: O **INSTITUTO SÃO JOSÉ – HOSPITAL PADRE ZÉ** é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, que se destaca no cenário da saúde pública paraibana pela oferta de assistência humanizada, qualificada e de média e alta complexidade, sendo a única unidade hospitalar do Estado da Paraíba, **100% SUS**, especializada no cuidado de pacientes crônicos oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, em regime majoritariamente de longa permanência. Com 120 leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e serviços ambulatoriais, o Hospital Padre Zé assistiu, nos últimos cinco anos, 6.383 usuários provenientes de 150 municípios paraibanos, com média de permanência de 18,1 dias, conforme dados oficiais do SIH/SUS. A instituição mantém suas atividades graças ao apoio social da população e de parcerias com órgãos públicos e privados, destacando-se o Convênio nº 11.114/2024 firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. Considerando a formalização do Plano Operativo Bilateral-POB elaborado pelo Município de João Pessoa (SMS/JP) e o Instituto São José no qual o Município de João Pessoa, atuando através da Secretaria de Saúde, compromete- se a destinar os recursos provenientes de emendas parlamentares ao Instituto São José, conforme estabelecido nos Termos de Fomento celebrados entre as partes, documento este que faz integrante do plano de trabalho, independente de transcrição.

META 01 – AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS

Os gases medicinais, em especial oxigênio medicinal, são insumos críticos para o funcionamento de uma unidade de cuidados prolongados, considerando a alta demanda de pacientes com doenças respiratórias, sequelas motoras, distúrbios neurológicos e limitações funcionais.

O consumo informado no Plano de Trabalho demonstra a necessidade contínua desse insumo para suporte ventilatório, estabilização clínica, oxigenoterapia e intervenções de emergência. A aquisição dos gases medicinais assegura a manutenção da segurança assistencial e a continuidade dos atendimentos.

11-PÚBLICO ALVO:

Usuários do SUS atendidos no Nosocômio, encaminhados pela Central de Regulação do município de João Pessoa/PB, que necessitam de cuidados ambulatoriais e de longa permanência.

12- OBJETIVO GERAL:

Ofertar Assistência Médica Hospitalar de Média Complexidade, ambulatorial e de longa permanência, de forma humanizada e qualificada, aos usuários do SUS no estado da Paraíba.

13-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- **Aquisição de Gases Medicinais** – Visa assegurar o funcionamento Hospital Padre Zé, unidade de cuidados prolongados, considerando a alta demanda de pacientes com doenças respiratórias, sequelas motoras, distúrbios neurológicos e limitações funcionais.

METAS PLANEJADAS – ETAPAS/FASES

METAS PLANEJADAS	INDICADORES FÍSICOS	VALOR	PREVISÃO DE EXECUÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS

META Nº	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QTDE	VALOR TOTAL DA META	DATA INÍCIO	DATA FINAL	RESULTADOS ESPERADOS	FORMAS DE AFERIÇÃO
01	AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS POR UM PERÍODO DE 12 MESES CONFORME CONTRATO JÁ EM EXECUÇÃO COM A WHITE MARTINS CNPJ: 24.380.578/0001-27	M3	28512	R$ 399.992,00	01/12/2025	01/11/2026	QUE A APLICAÇÃO NOS PACIENTES REFLETE NA MELHORIA E MENOR TEMPO DE INTERNAÇÃO.	NOTAS FISCAIS ATESTADAS, COMPROVANTE DE PAGAMENTO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO E RELATÓRIOS DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

PLANO DE APLICAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS

RELAÇÃO DOS MATERIAIS/ITENS DE CONSUMO

META Nº 01 - AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS

GRUPO DE NATUREZA	ESPECIFICAÇÃO DA META	INDICADOR FÍSICO		VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR CONCEDENTE	VALOR PROPONENTE
		UNID	QTDE				
CUSTEIO/ SUBVENÇÕES SOCIAIS	AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS POR UM PERÍODO DE 12 MESES CONFORME CONTRATO JÁ EM EXECUÇÃO COM A WHITE MARTINS CNPJ: 24.380.578/0001-27	M3	28512	14,0289	399.992,00	399.992,00	0,00

PESQUISA DE PREÇO (COTAÇÃO) – AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS

QUADRO COMPARATIVO DE PREÇOS

ITEM	ETAPA	ORÇAMENTO I (VALOR UNITÁRIO)	ORÇAMENTO II (VALOR UNITÁRIO)	ORÇAMENTO III (VALOR UNITÁRIO)	VALOR PRATICADO
01	AQUISIÇÃO DE GASES MEDICINAIS POR UM PERÍODO DE 12 MESES CONFORME CONTRATO JÁ EM EXECUÇÃO COM A WHITE MARTINS CNPJ: 24.380.578/0001-27	399.992,00	399.992,00	399.992,00	R$ 399.992,00
ORÇAMENTO I: WHITE MARTINS CNPJ: 24.380.578/0001-27					
OBS.: O INSTITUTO SÃO JOSÉ POSSUI CONTRATO N° 1-21FOHV8 VIGENTE COM A EMPRESA (EM ANEXO).					

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO		
IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE		
01-NOME DO ÓRGÃO/ENTIDADE: INSTITUTO SÃO JOSÉ	**02-EXERCÍCIO** 2025	**03-UF** PB
04-C.N.P.J. 08.667.206/0001-81		
05- CNES – REGISTRO/DATA DA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO 2707519		

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO					
META:					
MÊS	**CONCEDENTE**	**PROPONENTE**	**MÊS**	**CONCEDENTE**	**PROPONENTE (CONTRAPARTIDA)**
JANEIRO	0,00	0,00	JULHO	0,00	0,00
FEVEREIRO	0,00	0,00	AGOSTO	0,00	0,00
MARÇO	0,00	0,00	SETEMBRO	0,00	0,00
ABRIL	0,00	0,00	OUTUBRO	0,00	0,00
MAIO	0,00	0,00	NOVEMBRO	0,00	0,00
JUNHO	0,00	0,00	**DEZEMBRO**	**399.992,00**	0,00

TOTAL GERAL DE RECURSOS: R$ 399.992,00.

ASSINATURA

GEORGE BATISTA PEREIRA FILHO:42395313300

Assinado de forma digital por GEORGE BATISTA PEREIRA FILHO:42395313300
Dados: 2025.11.25 15:30:12 -03'00'

_____ ___/___/_____ _____

LOCAL **DATA** **ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO SEU REPRESENTANTE LEGAL**