

SECRETARIA DE SAÚDE		PRESTAÇÃO DE CONTAS RELATÓRIO DE CUMPRIMENTO DO OBJETO	ANEXO X
01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE, conforme contido no Cartão do CNPJ. Ass. Petrolinense de Amparo à Maternidade e à Infância		02 – PROCESSO DE CONCESSÃO N.º. 2300000029.001928/2021-02	03 – EXERCÍCIO 2023
04-Número de inscrição do órgão/entidade no CNPJ 10.730.125/0004-73		05 – CONVÊNIO N.º. Termo de Fomento nº 031/2021	06 – UF PE
07. TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS			
07.1 PARCIAL – EXECUÇÃO DA PARCELA N.º _____: DE ____/____/____ A ____/____/____.		07.2 FINAL – EXECUÇÃO DO CONVÊNIO: DE 29/12/2022 A 31/12/2023.	
8. RELATÓRIO CONSUBSTANCIADO			
8.1. AÇÕES PROGRAMADAS:			
1. Atender todos os pacientes regulados ou de demanda espontânea oriunda do SUS com casos confirmados de câncer de próstata. 2. Reduzir o tempo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento previsto na Lei 12.732, que estabelece prazo em até 60 dias, para até 15 dias. 3. Viabilizar em 100% dos casos os medicamentos indicados conforme protocolo de tratamento para os casos de câncer de próstata nos pacientes inscritos na instituição. 4. Reduzir em 100% dos casos a necessidade de internações por interrupções ou retardo do tratamento.			
8.2. AÇÕES EXECUTADAS:			
1. Aquisição de todos os medicamentos previstos no Plano de Trabalho 2. Atendimento de todos os pacientes regulados, oriundos do SUS, com casos confirmados de câncer de próstata. 3. Aplicação das terapias conforme prescrição médica			
8.3. BENEFÍCIOS ALCANÇADOS:			
O projeto se destinou a apoiar o UNACON/Hospital Dom Tomás (HDT), na sua missão de prestar assistência necessária a quem precisa de tratamento. Esses recursos adicionais propiciaram um ganho significativo no trabalho assistencial da entidade, dos quais podemos citar: 1) a unidade foi dotada de mais condições materiais (medicamentos) para atender a demanda crescente de pacientes; 2) propiciou acesso do paciente ao tratamento de forma mais rápida, proporcionando-lhe maiores chances de cura; 3) garantiu o tratamento do paciente o mais próximo possível de sua residência e da família; 4) evitou deslocamento para outros centros urbanos via TFD.			
09 – AUTENTICAÇÃO			
29/09/2023 DATA	MARIZA CASTELO BRANCO ARAUJO COELHO NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	_____ ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	