



Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Of. Provedoria Nº 861/2025

Pirassununga, 13 de novembro de 2025.

Ao

Excelentíssimo Senhor Vereador Carlos Luiz de Deus
Câmara Municipal de Pirassununga
Pirassununga-SP

Assunto: Solicitação de apoio por meio de Emenda Impositiva.

Excelentíssimo Senhor,

A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga**, entidade filantrópica inscrita no CNPJ/MF sob o nº **54.848.361/0001-11** e no CNES sob o nº **2785382**, com sede na **Avenida Newton Prado, nº 1.883, Centro, Pirassununga/SP, CEP 13.631-040**, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência **expor e solicitar o que segue:**

Fundada em **09 de fevereiro de 1902**, a Santa Casa surgiu da necessidade da população pirassununguense, que à época carecia de qualquer tipo de assistência hospitalar. Desde então, tem como missão prestar **atendimento médico-hospitalar à comunidade**, oferecendo serviços como maternidade, centro cirúrgico, consultórios, enfermarias e bloco alimentar. Ao longo de sua trajetória, consolidou-se como **referência em saúde no município**, sendo verdadeiro **braço de apoio à gestão pública**.

Atualmente, a instituição dispõe de **107 leitos de internação**, encontrando-se com **necessidade de substituição das poltronas dos leitos e das salas de medicação**. As poltronas existentes apresentam **condições precárias**, e a instituição **não dispõe de recursos financeiros** para sua substituição, tampouco para a **aquisição de caixas cirúrgicas** destinadas a procedimentos essenciais, como **cesarianas e laparotomias exploradoras**.

Aproveitamos a oportunidade para **solicitar recursos no valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais)**, destinados à **reforma e adequação da cozinha** e de toda a área do **Serviço de Nutrição e Dietética (SND)**, conforme o compromisso manifestado pelo vereador sensibilizado com a situação da Santa Casa de Pirassununga.



Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Dessa forma, **solicitamos a Vossa Excelência apoio por meio de Emenda Impositiva**, que viabilize a **aquisição dos itens descritos na planilha abaixo**.

Descrição	Quant.	Valor Unitário	Valor Total	Destino
Caixas de Círgicas Cesárea	2	R\$8.545,88	R\$17.091,76	Centro Cirurgico
Caixa Cirúrgica para Laparotomia Exploradora	2	R\$15.962,22	R\$31.924,44	Centro Cirurgico
Poltronas para os Leitos	36	R\$1.400,00	R\$50.400,00	Internação/Sala de Medicação
Reforma e Adequação da Área SND	1	R\$150.584,00	R\$150.584,00	SND e Cozinha
Total			R\$250.000,20	

Desde já, **agradecemos a atenção e o apoio** que Vossa Excelência tem prestado à nossa instituição ao longo dos anos e **nos colocamos à disposição** para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:9638631287
2

Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
Dados: 2025.11.13 15:34:47 -03'00'

Sueli Santiago dos Santos
Provedora SCMP



Documento assinado digitalmente

MARY GUIOMAR ALMEIDA ROCHA
Data: 13/11/2025 15:26:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Mary Guiomar Almeida Rocha
Diretora Administrativa