



Plano de Trabalho 4/2024 - Aditivo

1. Identificação do Processo

Processo: 0008/2019 Chamamento Público: Dispensado Tipo Instrumento: Termo de Convênio
Concedente: Fundo Municipal de Saúde de Grão-Pará

2. Identificação do Proponente

Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64
Inscrição Municipal: IE:
Natureza Jurídica: Associação Privada Telefone: (48) 36589400
E-mail: financeiro@hospitalsantateresinha.org.br CEP: 88.750-000
Endereço: Rua Jacob Batista Uliano Nº: 1370
Complemento: Estado: SC
Bairro: Centro Cidade: Braço do Norte

Responsável pela Organização

CPF: ***.763.349-** Nome: Pedro Michels Neto
Município: Braço do Norte/SC Endereço: -
E-mail: Telefone:

CNAE

Primário: Sim	Descrição: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
Primário: Não	Descrição: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
Primário: Não	Descrição: Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
Primário: Não	Descrição: Serviços de tomografia
Primário: Não	Descrição: Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia
Primário: Não	Descrição: Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
Primário: Não	Descrição: Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos

Área atuação

Mandato

Mandato: Período: -

Dados Bancários

Agência: 1405-2 Banco: 136 - UNICRED Número: 221039-8

3. Identificação da Proposta

Nome: MANUTENÇÃO DO REGIME DE SOBREVISO MÉDICO
Número Proposta: 4/2024 Data Inclusão Proposta: 23/06/2021 Duração: 12 meses
Previsão Execução: 2024
Valor Contrapartida: 0,00 Valor Repasse: 178.234,68 Valor Global: 178.234,68

Responsável pelo projeto

CPF: ***.763.349-** Nome: Pedro Michels Neto
Endereço:
Telefone: Email: financeiro2@hospitalsantateresinha.org.br

Objeto

Convênio referente ao sobreaviso médico de especialidades, cfe. TAC. + Solicitação de aporte Pediatria

Público Alvo

Convênio referente ao sobreaviso médico de especialidades, cfe. TAC.+ Solicitação de aporte Pediatria

Descrição da Realidade

Capacidade Técnica



Plano de Trabalho 4/2024 - Aditivo

Experiência Prévia

Resultados Esperados

4. Metas

1ª Meta

Atendimento de pacientes.

1ª Ação

Descrição: Manutenção de regime de sobreaviso médico.

Objetivo:

Forma de realização:

Tipo Despesa: Serviços de Manutenção

Mês Inicial: 1

Mês Final: 12

Un. Medida: UNIDADE

Ocorrência: 12 Quantidade: 1,000

Qtd. Total: 12,000

Valor Unt.: 14.852,890

Valor Total: 178.234,68

Responsáveis:

Mês	Valor Repasse	Valor Contrapartida	Total
1º	14.852,89	0,00	14.852,89
2º	14.852,89	0,00	14.852,89
3º	14.852,89	0,00	14.852,89
4º	14.852,89	0,00	14.852,89
5º	14.852,89	0,00	14.852,89
6º	14.852,89	0,00	14.852,89
7º	14.852,89	0,00	14.852,89
8º	14.852,89	0,00	14.852,89
9º	14.852,89	0,00	14.852,89
10º	14.852,89	0,00	14.852,89
11º	14.852,89	0,00	14.852,89
12º	14.852,89	0,00	14.852,89

Indicadores

Sem indicadores para a meta

5. Plano Aplicação de Recursos

Descrição	Duração	Und	Qtd	Valor Unitário	Valor Total
Manutenção de regime de sobreaviso médico.	12	UNIDADE	1,000	14.852,890	178.234,68

6. Desembolso

Serviços de Manutenção

Mês	Valor Repasse	Valor Contrapartida	Total
1º	14.852,89	0,00	14.852,89
2º	14.852,89	0,00	14.852,89
3º	14.852,89	0,00	14.852,89
4º	14.852,89	0,00	14.852,89
5º	14.852,89	0,00	14.852,89
6º	14.852,89	0,00	14.852,89
7º	14.852,89	0,00	14.852,89
8º	14.852,89	0,00	14.852,89
9º	14.852,89	0,00	14.852,89
10º	14.852,89	0,00	14.852,89
11º	14.852,89	0,00	14.852,89
12º	14.852,89	0,00	14.852,89
Total	178.234,68	0,00	178.234,68

Totalizador por mês



Plano de Trabalho 4/2024 - Aditivo

Mês	Valor Custeio	Valor Capital	Valor Repasse	Valor Contrapartida	Total
1º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
2º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
3º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
4º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
5º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
6º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
7º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
8º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
9º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
10º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
11º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
12º	0,00	0,00	14.852,89	0,00	14.852,89
Total Geral	0,00	0,00	178.234,68	0,00	178.234,68

7 - Observação

Observação não informada.

8 - Declaração

Venho submeter à apreciação de V.Sas. o presente Plano de Trabalho, tendo em vista repasse de recursos através de **Termo de Convênio**.

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA
Pedro Michels Neto
CPF: **.763.349-**

Braço do Norte/SC, 02/04/2024.

Página de Assinaturas

Pedro Michels Neto

Pedro Michels Neto
***.763.349-**
financeiro2@hospitalsantateresinha.org.br

HISTÓRICO

Documento Criado 2024-04-02 10:44:56	O documento foi criado por ***.763.349-** - Pedro Michels Neto (ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA - Grão-Pará/SC) na data de 2024-04-02 10:44:56
Documento Assinado 02/04/2024 10:44:56	O documento foi assinado por ***.763.349-** - Pedro Michels Neto na data de 02/04/2024 10:44:56 por meio do IP 187.102.47.33 em Braço do Norte, Santa Catarina, Brasil.

Verifique autenticidade do documento em <https://gerr.com.br/validadordocumento/gerr.php?h=825581490001554f901b0a019323e8361819b1fe8d064>

