

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS

Entidade: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI (A.H.A.M.)

CNPJ: 95.952.321/0001-00

Endereço: Rua Leandro Meneghelli, nº 17

Bairro: Centro

Cidade: Vitor Meireles

U.F: Santa Catarina (SC)

CEP: 89.148-000

DDD: (47) 3258-0222

Email: ahamvm@gmail.com

Dados Bancários:

Banco: Banco do Brasil (001)

Agência: 5438-0 Conta Corrente: 15338-9

Dados do Responsável:

Nome: Vilmar Morghenroth

Função: Presidente

CPF: 736.091.379-91

RG: 261306-4

Endereço: Alto Ribeirão Palmito, sn, Interior, Vitor Meireles/SC.

CEP: 89.148-000



VILMAR MORGHENROTH
Presidente

2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto: Repasse para custeio do Hospital Angelina Meneghelli

Período de execução: 12 meses

Período: 01 de junho de 2019 a 31 de maio de 2020.

Identificação do Objeto: Execução de Serviços Hospitalares, procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos.

Justificativa:

A Associação Hospitalar Angelina Meneghelli (A.H.A.M.) tem como característica principal atender a demanda da região em que está localizada. Vitor Meireles é um município com mais de cinco mil habitantes e o hospital mais próximo fica a aproximadamente 60 km de distância.

A saúde requer uma atenção especial em nossa cidade, visto que possuímos 17 leitos para atender toda a nossa população. O objetivo da A. H. A. M. conforme pode ser confirmado em nosso estatuto no artigo 5º que é de proporcionar um atendimento médico hospitalar, com qualidade e promovendo a saúde em todos os serviços ofertados pela A. H. A. M., serviços estes que são ofertados de forma gratuita.

De Janeiro a Dezembro de 2018, realizamos 9.044 atendimentos e procedimentos médicos. Para a A. H. A. M. continuar promovendo a saúde por meio de atendimentos de urgência, emergência e internações se faz necessário firmar convênios para manutenção das atividades oferecidas com dignidade e qualidade que os munícipes merecem.



VILMAR MORGHENROTH
Presidente

3. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Meta: Atender a todos os munícipes que necessitem de serviços de urgência e emergência médica, durante 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Etapa: 1 Ano

Especificação: Prestar um atendimento médico hospitalar com qualidade e promover a saúde e o bem estar aos nossos munícipes, que necessitam de serviços de urgência e emergência médica.

Indicador físico: 5.200 Pessoas.

Duração: 12 meses (Período: 01 de junho de 2019 a 31 de maio de 2020).

4. PLANO DE APLICAÇÃO

Natureza da despesa: 33504100

Especificação: Contribuições

Total: 1.221.570,00

*Natureza da despesa:*33903200

*Especificação:*Material para distribuição

*Total:*40.200,00

*Concedente:*1.270.044,0

Proponente: 0,00



VILMAR MORGHENROTH
Presidente

5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (EM R\$)

Proponente : Associação Hospitalar Angelina Meneghelli

Segue abaixo cronograma de desembolsos mensais

Junho/2019	Julho/2019	Agosto/2019	Setembro/2019	Outubro/2019
R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00
Novembro/2019	Dezembro/2019	Janeiro/2020	Fevereiro/2020	Março/2020
R\$ 98.537,00	R\$ 145.937,00	R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00
Abril/2020	Maio/2020			
R\$ 98.537,00	R\$ 98.537,00			
TOTAL				1.229.844,00

REPASSE DE MEDICAMENTOS

Junho/2019	Julho/2019	Agosto/2019	Setembro/2019	Outubro/2019
R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00
Novembro/2019	Dezembro/2019	Janeiro/2020	Fevereiro/2020	Março/2020
R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00
Abril/2020	Maio/2020			
R\$ 3.350,00	R\$ 3.350,00			
TOTAL				40.200,00

TOTAL: 1.270.044,00



Vilmar Morghenroth

Presidente

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Prestações de contas final: até o dia ----/----/----- (90 dias após o término da vigência do TERMO DE PARCERIA.

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI Eu, VILMAR MORGHENROTH ,declaro, para fins de prova junto a PREFEITURA MUNICIPAL DE VITOR MEIRELES, para os efeitos e sob as penas de lei ,que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste poder, na forma deste plano trabalho.

Pede deferimento,

Local e Data

Associação Hospitalar Angelina Meneghelli


VILMAR MORGHENROTH
Presidente

APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Comissão de Avaliação e Monitoramento: () Aprovado () Reprovado

Município-----/-----/----- Assinatura:

Gestor: () Aprovado () Reprovado

Município-----/-----/----- Assinatura

Controle Interno: () Aprovado () Reprovado

Município-----/-----/----- Assinatura

Jurídico: () Aprovado () Reprovado

Município-----/-----/----- Assinatura

Chefe do Poder Executivo: () Aprovado () Reprovado

Município-----/-----/----- Assinatura
