



FUNDAÇÃO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO CAMILO

CNPJ 27.108.380/0001-39 Telefone: (27) 3256-9700 / (27) 3256-9773 - E-mail: fhmasc@fhmasc.com.br

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

1 – DADOS CADASTRAIS

ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE Fundação Hospital Maternidade São Camilo				CNPJ 27.108.380/0001-39	
ENDEREÇO Rua Manoel Pereira Pinto, 300 Bairro Vila Rica					
CIDADE Aracruz		UF ES	CEP 29.194-129	DDD/FONE (27) 3256-9700	E.A Municipal
CONTA CORRENTE 53.706-3	BANCO Banco do Brasil	AGÊNCIA 0829-X		PRAÇA DE PAGAMENTO Aracruz	
NOME DO RESPONSÁVEL WELLINGTON LOZER GIACOMIN					CPF 079.327.557-19
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR 1.333.352 SPTC /ES		CARGO Superintendente Executivo		FUNÇÃO	MATRÍCULA
ENDEREÇO Rua Regis da Silva Mota, nº 10 – Jequitibá – Aracruz-ES					CEP 29190-010

2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

PERÍODO DE EXECUÇÃO	Período	
	INÍCIO	TÉRMINO
TÍTULO DO PROJETO Aquisição de medicamento para uso hospitalar.	01/03/2022	31/12/2022
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: Repasse de recursos financeiros provenientes da Portaria GM/MS Nº 177 de 31 de janeiro de 2022, para despesas da Fundação Hospital Maternidade São Camilo.		

3 – JUSTIFICATIVA

Trata-se de um serviço para atender aos pacientes do serviço de urgência e emergência, e de pacientes internados dentro da Instituição que necessitam realizar algum procedimento cirúrgico. A Fundação Hospital Maternidade São Camilo possui 04 (quatro) salas cirúrgicas e realiza uma média de 150 procedimentos cirúrgico de urgência e eletivo.



FUNDAÇÃO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO CAMILO

CNPJ 27.108.380/0001-39 Telefone: (27) 3256-9700 - (27) 3256-9773 - E-mail: fhmsc@fhmsc.com.br

SÃO CAMILO

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

META	mês/ano
1	Março/2022
Total	R\$ 115.500,00

8 – FORMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO

As atividades desenvolvidas e ofertadas, objeto deste convênio, serão reguladas, de acordo com os mecanismos de controle e regulação existentes na Regulação Estadual, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário.

A FHMSC compromete-se, ainda, por meio do seu corpo técnico, a elaborar, as diretrizes clínicas e orientadoras dos protocolos específicos a cada situação clínica demanda/ofertada, em conformidade com a proposta prioritária da atuação do hospital na rede assistencial na região onde atua, reforçando seu compromisso com a consolidação e hierarquização de ações de saúde.

9 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou entidades da Administração Municipal, Estadual ou Federal, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignados no Orçamento do Município, na forma deste Plano de Trabalho.

Aracruz, ____ de ____ de 2021.


WELLINGTON LOZER GIACOMIN
Diretor Executivo

10 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado

Local e Data


Concedente/assinatura