

PLANO DE TRABALHO  
DESCRIÇÃO DO PROJETO  
ANEXO I

FLS 03  
RUB 202

01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE:  INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS	02 – EXERCÍCIO: 2022	03 – UF: MS
	04 - CNPJ : 07.905.940/0001-79	

05 – BANCO 001	06 – AGÊNCIA 3928-4	07 – CONTA CORRENTE 14.273-5	08 - PRAÇA DE PAGAMENTO Anaurilândia	09 – UF MS
10 – RECURSO ORÇAMENTÁRIO 1. NORMAL 2. EMENDA		11- NATUREZA DO PARTÍCIPE 1.INTERVENIENTE 2.EXECUTOR	12 – EMENDA N.º	13 - CNPJ DO PARTÍCIPE 11.444.651/0001-97

14 – ÁREA DE ATENDIMENTO (PROGRAMA) SAÚDE	15- ÓRGÃO FINANCIADOR Fundo Municipal de Saúde de Anaurilândia
--	---

16- METAS A SEREM ATINGIDAS:

O Hospital prestará atendimento nos serviços de Ultrassonografia, Endoscopia, Colonoscopia, Polipectomia, Retossigmoidoscopia, assim como Avaliação Cirúrgica pré e pós-operatórios as cirurgias pactuadas entre esta Instituição e Secretaria Municipal de Saúde.

17 – DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO

Destinar recursos financeiros proveniente do convênio, para custeio da prestação de serviços em Exames de Imagem e Avaliação pré e pós operatória nas cirurgias pactuadas entre esta Instituição e Secretaria Municipal de Saúde.

18 - JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

O Instituto Sagrado Coração de Jesus, mantenedor do Hospital Sagrado Coração de Jesus é uma Pessoa Jurídica de direito privado, sob forma de associação civil, de caráter beneficente, educativo cultural e de saúde, sem fins lucrativos.

O Hospital Sagrado Coração de Jesus tem por finalidade específica a assistência na área da saúde e social e para tanto, tem despesas primordiais como medicamento, alimentação, manutenção, impostos, médicos, enfermeiros, técnicos e administrativo, profissionais estes ligados direta ou indiretamente às atividades e aos serviços oferecidos no atendimento à população. Sendo assim, apresenta o presente projeto, com objetivo de firmar parceria com a Prefeitura Municipal de Anaurilândia – MS afim de executar ações voltadas para atendimento digno e de qualidade à população.

Para tanto, faz-se necessária a implementação das seguintes ações:

1. Custear a manutenção dos equipamentos;
2. Custear honorários dos profissionais para a realização dos exames;
3. Custear despesa para a realização dos exames (taxa de sala, material, medicamentos, reagentes, etc.)
4. Realizar 70 (setenta) Ultrassonografias mensais;
5. Realizar 04 (quatro) Colonoscopias e/ou Polipectomia e/ou Retossigmoidoscopia mensais;
6. Realizar 11 (onze) Endoscopias mensais.
7. Custear honorário médico para Avaliação Cirúrgica (pré e pós-operatória).

Para efetivação dessas ações, a entidade necessita de aporte financeiro no valor de R\$ 138.000,00 (Cento e Trinta e Oito Mil Reais).

19. AUTENTICAÇÃO

LOCAL: Anaurilândia/MS  
DATA:07 de dezembro de 2021.

*Kleber Gonçalves Destro*  
Kleber Gonçalves Destro  
Presidente do Instituto Sagrado Coração de Jesus



Prefeitura  
Municipal de  
Anaurilândia

CADASTRO PARA REGULAMENTAÇÃO DE PARCERIAS  
DECRETO MUNICIPAL Nº 1.209/2017 COM REDAÇÃO DADA PELO  
DECRETO MUNICIPAL Nº 1.300/2018

FLS. 04  
RUB. 02

**I – IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO**

01 - BANCO BANCO DO BRASIL S.A.	02 - AGÊNCIA, A 3928-4	03 - CONTA CORRENTE 14.273-5	04 - PRAÇA DE PAGAMENTO ANAURILÂNDIA	05 - UF MS
------------------------------------	---------------------------	---------------------------------	---	---------------

**II – IDENTIFICAÇÃO DO CONVENIENTE**

06 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS		07 - CNPJ 07.905.940/0001-79	08 - UF MS	
09 - ENDEREÇO COMPLETO RUA: SÃO JOÃO CALABRIA, 1.044 - CENTRO			10 - MUNICÍPIO Anaurilândia	11 - CEP 79.770-000
12 - CX POSTAL	13 - DDD/TELEFONE (67) 3445-1140	14 - FAX (67) 3445-1140	15 - E-MAIL hospscj@gmail.com	

**III – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE**

16 - NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE KLEBER GONÇALVES DESTRO		17 - CPF 899.037.141-49		
18 - CARGO OU FUNÇÃO PRESIDENTE		19 - RG Nº. 1093882	20 - DATA EXPEDIÇÃO 21/08/1996	21 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/MS
22 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO CHACARA BELA VISTA, R. URUGUAIANA, S/N - CENTRO		23 - MUNICÍPIO ANAURILÂNDIA		24 - UF MS
25 - DDD/TELEFONE (67)3445-1140		26 - CELULAR (67) 99978-1538	27 - E-MAIL hospscj@gmail.com	

**IV – IDENTIFICAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE**

28 - NOME DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO/ENTIDADE KLEBER GONÇALVES DESTRO		29 - CPF 899.037.141-49		
30 - CARGO OU FUNÇÃO PRESIDENTE		31 - RG Nº. 1093882	32 - DATA EXPEDIÇÃO 21/08/1996	33 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/MS
34 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO CHACARA BELA VISTA, R. URUGUAIANA, S/N - CENTRO		35 - MUNICÍPIO ANAURILÂNDIA		36 - UF MS
38 - DDD/TELEFONE 67/3445-1140		39 - CELULAR (67) 99978-1538	40 - E-MAIL hospscj@gmail.com	

**V – IDENTIFICAÇÃO**

LOCAL: Anaurilândia - MS  
DATA: 07 de dezembro de 2021

*KLEBER GONÇALVES DESTRO*  
KLEBER GONÇALVES DESTRO  
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

CADASTRO DO CONCEDENTE, DO DIRIGENTE E ORDENADOR DE DESPESA.

INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS DE ANAURILÂNDIA/MS

ANEXO II

I - IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO

01 - Nº CADASTRAL DO CONVÊNIO		02 - Nº DO PROCESSO		03 - NATUREZA DO PARTICÍPE CONCEDENTE		04 - EXERCÍCIO 2022	
05 - BANCO BANCO DO BRASIL		06 - AGÊNCIA 3928-4		07 - CONTA CORRENTE 14273-5		08 - PRAÇA DE PAGAMENTO Anaurilândia	
						09 - UF MS	

II - IDENTIFICAÇÃO DA CONCEDENTE

10 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONCEDENTE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANAURILÂNDIA/MS				11 - CNPJ 11.444.651/0001-97		12 - UF MS	
13 - ENDEREÇO COMPLETO Rua Dom Pedro II, nº 847				14 - MUNICÍPIO Anaurilândia		15 - CEP 79770-000	
16 - CX POSTAL -----		17 - DDD/TELEFONE (067) 3445-1717		18 - FAX		19 - E-MAIL fmsanaurilandia@yahoo.com.br	
20 - CÓDIGO ÓRGÃO		21 - CÓDIGO UNIDADE GESTORA		22 - CÓDIGO GESTÃO		23 - CÓDIGO UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02.013 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 10.301.0015.2035 REP. FIN. HOSP. INST. SAG COR. DE JESUS LE113019/ 335043000000 SUBVENCOES SOCIAIS (22)  1.81.000 TRANSFERENCIA DA ESTADO - FIS- FUNDO DE INVESTIMENTOS SOCIAIS RECURSO ESTADUAL	

III - IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONCEDENTE

24 - NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO / ENTIDADE GUILHERME GOMES ZANDONADI				25 - CPF 015.143.401-86			
26 - CARGO OU FUNÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE		27 - RG Nº. 001369376		28 - DATA EXPEDIÇÃO		29 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/MS	
30 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO RUA FLORIANO PEIXOTO Nº 750				31 - MUNICÍPIO ANAURILÂNDIA		32 - UF MS	
33 - CEP 79770-000		34 - DDD / TELEFONE (67) 3445-1717		35 - CELULAR -----		36 - E-MAIL sms.anaurilandia@yahoo.com.br	

IV - IDENTIFICAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONCEDENTE

37 - NOME DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO / ENTIDADE GUILHERME GOMES ZANDONADI				38 - CPF 015.143.401-86			
39 - CARGO OU FUNÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE		40 - RG Nº. 001369376		41 - DATA EXPEDIÇÃO		42 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/MS	
43 - ENDEREÇO COMPLETO RUA FLORIANO PEIXOTO Nº 750				44 - MUNICÍPIO Anaurilândia		45 - UF MS	
46 - CEP 79770-000		47 - DDD/TELEFONE (67) 3445-1717		48 - CELULAR ---		49 - E-MAIL sms.anaurilandia@yahoo.com.br	

50. AUTENTICAÇÃO

LOCAL: Anaurilândia/MS  
DATA: 07.12.2021

GUILHERME GOMES ZANDONADI  
Secretário Municipal de Saúde  
REPRESENTANTE LEGAL

OBSERVAÇÃO: NA HIPÓTESE DE HAVER OUTRO PARTICÍPE DEVERÁ SER PREENCHIDO OUTRO ANEXO II.

**CADASTRO DO CONVENENTE, DO DIRIGENTE E ORDENADOR DE DESPESA.  
ANEXO III**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO**

01 - Nº CADASTRAL DO CONVÊNIO		02 - Nº DO PROCESSO		03 - EXERCÍCIO <b>2022</b>	
04 - BANCO <b>BANCO DO BRASIL S/A</b>	05 - AGÊNCIA <b>3928-4</b>	06 - CONTA CORRENTE <b>14.273-5</b>	07 - PRAÇA DE PAGAMENTO <b>ANAURILÂNDIA</b>	08 - UF <b>MS</b>	

**II - IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE**

09 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE <b>INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS</b>			10 - CNPJ <b>07.905.940/0001-79</b>		11 - UF <b>MS</b>
12 - ENDEREÇO COMPLETO <b>RUA SÃO JOÃO CALABRIA , 1.044 - CENTRO</b>			13 - MUNICÍPIO <b>Anaurilândia</b>		14 - CEP <b>79.770-000</b>
15 - CX POSTAL		16 - DDD/TELEFONE <b>(67) 3445-1140</b>	17 - FAX <b>(67) 3445-1140</b>		18 - E-MAIL <b>hospscj@gmail.com</b>

**III - IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE**

19 - NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE <b>KLEBER GONÇALVES DESTRO</b>			20 - CPF <b>899.037.141-49</b>		
21 - CARGO OU FUNÇÃO <b>PRESIDENTE</b>		22 - RG Nº. <b>1093882</b>	23 - DATA EXPEDIÇÃO <b>21/08/1996</b>	24 - ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>SSP/MS</b>	
25 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO <b>CHACARA BELA VISTA, R. URUGUAIANA, S/N - CENTRO</b>			26 - MUNICÍPIO <b>ANAURILÂNDIA</b>		27 - UF <b>MS</b>
28 - CEP <b>79770-000</b>		29 - DDD/TELEFONE <b>67/3445-1140</b>		30 - CELULAR <b>(67) 99978-1538</b>	
31 - E-MAIL <b>hospscj@gmail.com</b>					

**IV - IDENTIFICAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE**

32 - NOME DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO/ENTIDADE <b>KLEBER GONÇALVES DESTRO</b>			33 - CPF <b>899.037.141-49</b>		
34 - CARGO OU FUNÇÃO <b>PRESIDENTE</b>		35 - RG Nº. <b>1093882</b>	36 - DATA EXPEDIÇÃO <b>21/08/1996</b>	37 - ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>SSP/MS</b>	
38 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO <b>CHACARA BELA VISTA, R. URUGUAIANA, S/N - CENTRO</b>			39 - MUNICÍPIO <b>ANAURILÂNDIA</b>		40 - UF <b>MS</b>
41 - CEP <b>79770-000</b>		42 - DDD/TELEFONE <b>67/3445-1140</b>		43 - CELULAR <b>(67) 99978-1538</b>	
44 - E-MAIL <b>hospscj@gmail.com</b>					

**5. AUTENTICAÇÃO**

LOCAL: **ANAURILÂNDIA/MS**  
DATA: **07 de dezembro de 2021**

KLEBER GONÇALVES DESTRO  
**Kleber Gonçalves Destro**  
Presidente do Instituto Sagrado Coração de Jesus

**OBSERVAÇÃO:**  
NA HIPÓTESE DE HAVER OUTRO PARTÍCIPE DEVERÁ SER PREENCHIDO OUTRO ANEXO



### ANEXO VI - PLANO DE TRABALHO

O Hospital prestará atendimento nos serviços de Ultrassonografia, Endoscopia, Colonoscopia, Polipectomia, Retossigmoidoscopia, assim como Avaliação Cirúrgica pré e pós-operatórios as cirurgias pactuadas entre esta Instituição e Secretaria Municipal de Saúde.

A fim de executar ações voltadas para atendimento digno e de qualidade à população.

01. NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE: <b>INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS</b>	02. PROCESSO N°:
---	------------------

03. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

#### 04. RELAÇÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01-	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Custear a manutenção dos equipamentos;</li><li>2. Custear honorários dos profissionais para a realização dos exames;</li><li>3. Custear despesa para a realização dos exames (taxa de sala, material, medicamentos, reagentes, etc.)</li><li>4. Realizar 70 (setenta) Ultrassonografias mensais;</li><li>5. Realizar 04 (quatro) Colonoscopias e/ou Polipectomia e/ou Retossigmoidoscopia mensais;</li><li>6. Realizar 11 (onze) Endoscopias mensais.</li><li>7. Custear honorário médico para Avaliação Cirúrgica (pré e pós operatória)</li></ol>	12	11.500,00	138.000,00

**TOTAL GERAL** **RS 138.000,00**

05. MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA A SEREM ADQUIRIDOS

#### 06. AUTENTICAÇÃO

LOCAL: Anaurilândia/MS  
DATA: 07 de dezembro de 2021

**KLEBER GONÇALVES DESTRO**  
NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

*KLEBER GONÇALVES DESTRO*  
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

**PLANO DE TRABALHO  
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E PLANO DE APLICAÇÃO  
ANEXO I V**

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE	02 - N° DO CONVÊNIO	03 - N° DO PROCESSO:	04 - EXERCÍCIO
<b>INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS</b>			<b>2022</b>
	05 - CNPJ		06 - UF
	<b>07.905.940/0001-79</b>		MS

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO		10 - INDICADOR FÍSICO	11 - PREVISÃO DE EXECUÇÃO		
07 - META	08 - ETAPA/FASE	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
1	JANEIRO/2022. DEZEMBRO/2022.		12	JANEIRO/2022	DEZEMBRO/2022.
<b>Ação 1-</b> 1. Custear a manutenção dos equipamentos; 2. Custear honorários dos profissionais para a realização dos exames; 3. Custear despesa para a realização dos exames (taxa de sala, material, medicamentos, reagentes, etc.) 4. Realizar 70 (setenta) Ultrassonografias mensais; 5. Realizar 04 (quatro) Colonoscopias e/ou Polipectomia e/ou Retossigmoidoscopia mensais; 6. Realizar 11 (onze) Endoscopias mensais. 7. Custear honorário médico para Avaliação Cirúrgica (pré e pós operatória)					

PLANO DE APLICAÇÃO	R\$	R\$
SUBTOTAL P/ CATEGORIA ECONÔMICA		
TOTAL GERAL	<b>138.000,00</b>	<b>R\$ 138.000,00</b>

12 - AUTENTICAÇÃO

LOCAL: ANAURILÂNDIA/MS  
 DATA: 07 DE DEZEMBRO DE 2021.

ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL  
*KLEBER GONÇALVES DESTRO*  
 ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

FLS 08  
 RUB *AR*

**PLANO DE TRABALHO  
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO  
ANEXO V**

3 - Nº DO PROCESSO

02 - AÇÃO:  
O Hospital prestará atendimento nos serviços de Ultrassonografia, Endoscopia, Colonoscopia, Polipectomia, Retossigmoidoscopia, assim como Avaliação Cirúrgica pré e pós-operatórios as cirurgias pactuadas entre esta Instituição e Secretaria Municipal de Saúde.

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE  
**INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

04 - ANO	05 - META	03 - MESES												TOTAL	
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO		
2022		11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	138.000,00
<b>TOTAL R\$ 138.000,00</b>															

7 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)

08 - ANO	9 - META	03 - MESES												TOTAL	
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO		
<b>TOTAL R\$ 138.000,00</b>															

11 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO PROPONENTE (EM R\$ 1,00)

12 - TOTAL GERAL DOS RECURSOS **R\$ 138.000,00**

13 - AUTENTICAÇÃO

ANAURILÂNDIA/MS  
DATA: 07 DE DEZEMBRO 2021.

**KLEBER GONÇALVES DESTRO**

NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

*KLEBER GONÇALVES DESTRO*

ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

FLS 09  
RUB 207