

**PLANO DE TRABALHO  
DESCRIÇÃO DO PROJETO  
ANEXO I**

FLS 04  
RUB 221

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

<b>05 – BANCO</b> 001	<b>06 – AGÊNCIA</b> 3928-4	<b>07 – CONTA CORRENTE</b> 8300-3	<b>08 - PRAÇA DE PAGAMENTO</b> Anaurilândia	<b>09 – UF</b> MS
<b>10 – RECURSO ORÇAMENTÁRIO</b> 1. NORMAL <input type="checkbox"/> 1 2. EMENDA		<b>11- NATUREZA DO PARTÍCIPE</b> 1.INTERVENIENTE <input type="checkbox"/> 2 2.EXECUTOR		<b>12 – EMENDA N.º</b>
<b>13 - CNPJ DO PARTÍCIPE</b> 11.444.651/0001-97				

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

**16- METAS A SEREM ATINGIDAS:**  
O Hospital atenderá URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H a população de ANAURILÂNDIA – MS.

**17 – DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO**  
1º Destinar recursos financeiros proveniente do convênio, para custeio do Hospital no atendimento à população Anaurilandense e de demais cidades que estiverem em traslado.

**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 atende mais de 90% dos pacientes pelo SUS, Possuímos uma estrutura para 60 leitos, mas capacidade instalada de 44 leitos, dos quais por força da contratualização com o SUS (HPP), 08 leitos são para atendimentos de pacientes internados pelo SUS. Somos pactuados a atender mensalmente 36 internações e 287 atendimentos de urgência e emergência, porém atendemos em média 600 usuários no pronto socorro comprometendo significativamente nossa despesa com medicação e correlatos, o que muitas vezes, nos impede de atender com qualidade essa demanda excedente que não é paga pelo SUS.

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 a população. Sendo assim, apresenta o presente projeto, com objetivo de firmar parceria com a Prefeitura Municipal de Anaurilândia – MS a fim de executar ações voltadas para atendimento digno e de qualidade no pronto atendimento à população.

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

- Despesas com Folha de Pagamento dos profissionais (funcionários) que atendem direta ou indiretamente os pacientes;
- Encargos trabalhistas– FGTS, INSS, ISSQN, PIS, COFINS, CSLL;
- Despesas com o Escritório de Contabilidade;
- Despesas com Laboratórios Terceirizados;
- Despesas com Serviço de Nutrição;
- Manutenção, aquisição e locação de equipamentos e predial (reparos em geral);
- Despesas com conta de Água, Energia e Telefone;
- Despesas com Gêneros Alimentícios e Consumo;
- Medicamentos e correlatos;
- Pagamento de plantões médicos, sobreaviso médico e de enfermagem e produção médica, transferências médicas.

Para efetivação dessas ações, a entidade necessita de aporte financeiro no valor de R\$ 1.800.000,00 (UM MILHÃO E OITOCENTOS MIL REAIS).

**19. AUTENTICAÇÃO**

LOCAL: Anaurilândia/MS  
DATA:10 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**

**I – IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO**

01 - BANCO BANCO DO BRASIL S.A.	02 - AGÊNCIA, A 3928-4	03 - CONTA CORRENTE 8300-3	04 - PRAÇA DE PAGAMENTO ANAURILÂNDIA	05 - UF MS
------------------------------------	---------------------------	-------------------------------	---	---------------

**II – IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE**

06 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE 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	

**II – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE**

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 CONVENENTE**

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: 10 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 I I

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 R: 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

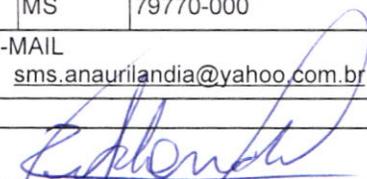
24 - NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO / ENTIDADE GUILHERME GOMES ZANDONADI				25 - CPF 015.143.401-86			
26 - CARGO OU FUNÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE		27 - RG Nº. 001369376		28 - DATA EXPEDIÇÃO		29 - ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/MS	
30 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO RUA FLORIANO PEIXOTO Nº 750				31 - MUNICÍPIO 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: 10.12.2021

  
GUILHERME GOMES ZANDONADI  
Secretário Municipal de Saúde  
REPRESENTANTE LEGAL

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

**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>8300-3</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: **10 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



FLS 08  
RUB 22

### ANEXO VI - PLANO DE TRABALHO

Hospital atenderá URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H a população de ANAURILÂNDIA – MS.

01. NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE:  
**INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

02. PROCESSO Nº:

03. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

#### 04. RELAÇÃO DAS METAS

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01-	<ol style="list-style-type: none"><li>Despesas com Folha de Pagamento dos profissionais (funcionários) que atendem direta ou indiretamente os pacientes;</li><li>Encargos trabalhistas- FGTS, INSS, ISSQN, PIS, COFINS, CSLL;</li><li>Despesas com o Escritório de Contabilidade;</li><li>Despesas com Laboratórios Terceirizados;</li><li>Despesas com Serviço de Nutrição;</li><li>Manutenção, aquisição e locação de equipamentos e predial (reparos em geral);</li><li>Despesas com conta de Água, Energia e Telefone;</li><li>Despesas com Gêneros Alimentícios e Consumo;</li><li>Medicamentos e correlatos;</li><li>Pagamento de plantões médicos, sobreaviso médico e de enfermagem e produção médica, transferências médicas.</li></ol>	12	150.000,00	1.800.000,00

**TOTAL GERAL**

**RS 1.800.000,00**

05. MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA A SEREM ADQUIRIDOS

06. AUTENTICAÇÃO

LOCAL: Anaurilândia/MS  
DATA: 10 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 DOS RECURSOS FINANCEIROS  
ANEXO IV**

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE <b>INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS</b>	02 - Nº DO CONVÊNIO	03 - Nº DO PROCESSO:	04 - EXERCÍCIO
			<b>2022</b>
	05 - CNPJ		06 - UF
		<b>07.905.940/0001-79</b>	MS

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO		10 - INDICADOR FÍSICO UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	11 - PREVISÃO DE EXECUÇÃO INÍCIO	TÉRMINO
07 - META	08 - ETAPA/FASE	09 - ESPECIFICAÇÃO			
1	JANEIRO/2022. DEZEMBRO/2022.	Ação 1 -	12	JANEIRO/2022	DEZEMBRO/2022.
		1. Despesas com Folha de Pagamento dos profissionais (funcionários) que atendem direta ou indiretamente os pacientes; 2. Encargos trabalhistas- FGTS, INSS, ISSQN, PIS, COFINS, CSLL; 3. Despesas com o Escritório de Contabilidade; 4. Despesas com Laboratórios Terceirizados; 5. Despesas com Serviço de Nutrição; 6. Manutenção, aquisição e locação de equipamentos e predial (reparos em geral); 7. Despesas com conta de Água, Energia e Telefone; 8. Despesas com Gêneros Alimentícios e Consumo; 9. Medicamentos e correlatos; 10. Pagamento de plantões médicos, sobreaviso médico e de enfermagem e produção médica, transferências médicas.			

PLANO DE APLICAÇÃO	R\$	R\$
SUBTOTAL P/ CATEGORIA ECONÔMICA		
TOTAL GERAL	<b>R\$ 1.800.000,00</b>	<b>R\$ 1.800.000,00</b>

12 - AUTENTICAÇÃO	LOCAL: ANAURILÂNDIA/MS DATA: 10 DE DEZEMBRO DE 2021.	ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL <i>KLEBER GONÇALVES DESTRO</i>	FLS <i>09</i> RUB <i>22</i>
-------------------	---	---	--------------------------------

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

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE <b>INSTITUTO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS</b>	3 - N° DO PROCESSO 02 - AÇÃO: Destinar recursos financeiros proveniente do convênio, para custeio do Hospital no atendimento à população Anaurilandense e demais cidades que estiverem em traslado.
--	---

04 - ANO	03 - MESES												TOTAL	
	05 - META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO		DEZEMBRO
2022		150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	1.800.000,00
<b>TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDEnte (EM R\$ 1,00)</b>														

08 - ANO	09 - META												TOTAL
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
<b>TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO PROPONENTE (EM R\$ 1,00)</b>													

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

**12 - TOTAL GERAL DOS RECURSOS** **R\$ 1.800.000,00**

**13 - AUTENTICAÇÃO**

ANAURILÂNDIA/MS  
 DATA: 10 DE DEZEMBRO 2021.

*12/08/2021 KLEBER GONÇALVES DESTRO*

NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL: **KLEBER GONÇALVES DESTRO**  
 ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL: *[Assinatura]*