



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA – DRS II  
R Oscar Rodrigues Alves, 1296 – Fone (018) 3623-7010 Fax r 238

Araçatuba, 28 de março de 2018.

Ofício DRS II – Grupo de Convênios nº.094 /2018

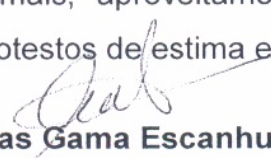
Prezado Senhor:

Vimos através do presente, encaminhar via do Termo de Retirratificação ao Convênio nº.0710/2016, assinado em 22/02/2018, entre o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e essa ENTIDADE.

Estamos encaminhando ainda, Termo de Ciência e Notificação, Plano de Trabalho, bem como cópia da publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo de 09/03/2018.

Ressaltamos que seja observada a vigência do convênio, pois caso haja necessidade de prorrogar o prazo para finalização da execução do referido, a prorrogação deverá ser solicitada com no mínimo de 30 dias de antecedência. E que seja também respeitado rigorosamente o cumprimento do Plano de Trabalho e a data do envio da prestação de contas parcial ou total do exercício até 31/01/2018, evitando penalização por parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo por inadimplência.

Sem mais, aproveitamos a oportunidade para renovar a Vossa Excelência nossos protestos de estima e consideração.

  
**Camila Ap. Freitas Gama Escanhuela**  
Diretor Técnico de Saúde I  
DRS II – Araçatuba

Visto:

  
**SILVIO CÉSAR SANTOS ÓRFÃO**  
Diretor Técnico de Saúde III  
DRS II - Araçatuba/SP

  
Carlos Joaquim Rodrigues  
Provedor

ILMO. SR.  
JAIME MONÇALVARGA  
DD. PROVIDOR  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
ARAÇATUBA/SP



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Processo n.º 001.0202.001643/2016

Convênio n.º

### TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO

Termo de Retirratificação ao Convênio n.º 710/2016, firmado em 20/12/2016, entre o Estado de São Paulo, através da Secretaria de Estado da Saúde, e a Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba.

Pelo presente instrumento o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representada pelo seu Secretário, David Everson Uip, Brasileiro, casado, médico, portador do **RG.** n.º 4.509.000-2, **CPF.** n.º 791.037.668-53, doravante denominada **SECRETARIA** e do outro lado a Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, CNPJ n.º 43.751.502/0001-67, com endereço na cidade de Araçatuba na Rua Floriano Peixoto, 896, neste ato representada pelo seu diretor provedor Jaime Monçalvarga, brasileiro, profissão advogado, casado, RG n.º 4.284.185, CPF 025.838.018-72, doravante denominada **CONVENIADA**, resolvem retirratificar o Convênio 710/2016, celebrado em 20/12/2016, a fim de consignar o seguinte:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO:

O presente Termo de Retirratificação tem por finalidade **Retificar a CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO E CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS** do Convênio n.º. 710/2016, celebrado entre as partes, que passa a vigorar com a seguinte redação:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente convênio tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com **CUSTEIO (Material de Consumo)**, conforme **Novo Plano de Trabalho anexo**, que integra o presente.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

**CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante global de **R\$ 7.499.988,00** (Sete milhões quatrocentos e noventa e nove mil novecentos e oitenta e oito reais), sendo **R\$ 2.500.000,00** (dois milhões e quinhentos mil reais) referente ao exercício de 2017. Os repasses serão realizados em parcelas mensais de **R\$ 208.333,00** (duzentos e oito mil trezentos e trinta e três reais), onerando a seguinte classificação orçamentária:

**UGE: 090196**

**Programa de Trabalho: 10.302.0930.6213.0000**

**Natureza de despesa: 33.50.43**

**Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para as mesmas no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A liberação dos recursos está condicionada à inexistência de registros em nome da CONVENIADA junto ao CADIN ESTADUAL, de acordo com o Parágrafo Único do Artigo 19 da Portaria Conjunta CAF – CCE – CO 1, de 21/01/2015. O cumprimento desta condição poderá se dar pela comprovação, pela CONVENIADA, de que os registros estão suspensos, nos termos do artigo 8º, da Lei estadual nº 12.799/2008.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – As parcelas do convênio serão liberadas em estrita conformidade com o plano de aplicação aprovado, exceto nos casos previstos nos incisos I, II e III do parágrafo 3º do artigo 116 da lei federal nº 8.666/93, casos em que as mesmas ficarão retidas até o saneamento das impropriedades ocorrentes;

**PARÁGRAFO QUARTO** – A CONVENIADA deverá manter os recursos transferidos em conta especial, no Banco do Brasil, e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio. **Banco do Brasil – Banco 001 – Agência 0179-1 - Conta Corrente nº 107744-9.**

**PARÁGRAFO QUINTO** - É vedada aplicação dos recursos com despesas de taxas administrativas, tarifas, juros moratórios e multas, pagamento de dívidas anteriormente contraídas, de recursos humanos ativos ou inativos e de consultoria.

**PARÁGRAFO SEXTO** - Os recursos recebidos por este instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade, sendo que as



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

receitas financeiras auferidas serão obrigatoriamente computadas a crédito do convênio, e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas do ajuste.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Na aplicação dos recursos financeiros destinados à execução deste convênio, os partícipes deverão observar o quanto segue:

I - no período correspondente ao intervalo entre a transferência dos recursos e a sua efetiva utilização, os valores correspondentes deverão ser aplicados, por intermédio do Banco do Brasil S/A ou outra instituição financeira que venha a funcionar como Agente Financeiro do Tesouro do Estado, em caderneta de poupança, se o seu uso for igual ou superior a 1 (um) mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto, lastreada em títulos da dívida pública, quando a sua utilização verificar-se em prazos inferiores a um mês;

II - quando da prestação de contas tratada na cláusula sexta, deverão ser anexados os extratos bancários contendo o movimento diário (histórico) da conta, juntamente com a documentação referente à aplicação das disponibilidades financeiras, a serem fornecidos pela instituição financeira indicada;

III - o descumprimento do disposto neste parágrafo obrigará a CONVENIADA à reposição ou restituição do numerário recebido, acrescido da remuneração da caderneta de poupança no período, computada desde a data do repasse até a data do efetivo depósito;

IV - as notas fiscais/faturas ou comprovantes de despesas efetuadas para a execução do objeto do Convênio serão emitidas em nome da CONVENIADA, conforme o caso, devendo mencionar Convênio SES

### **CLÁUSULA SEGUNDA** **DA RATIFICAÇÃO:**

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Convênio, pré referido, não alterados por este instrumento.

### **CLÁUSULA TERCEIRA** **DA PUBLICAÇÃO:**

O presente ajuste deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.



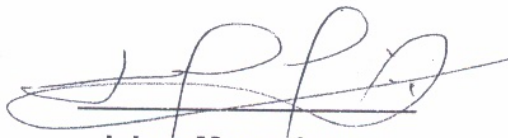
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

**CLÁUSULA QUARTA**  
**DO FORO:**

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Termo é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos convenientes.

E, assim, por estarem, as partes, justas e acordadas, firmam o presente Termo, assinado em 02 (duas) vias igual teor para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas.

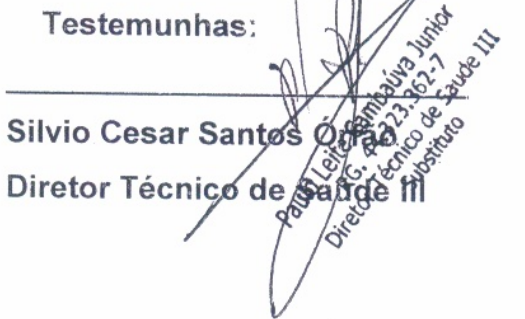
São Paulo, 22 de fevereiro de 2018

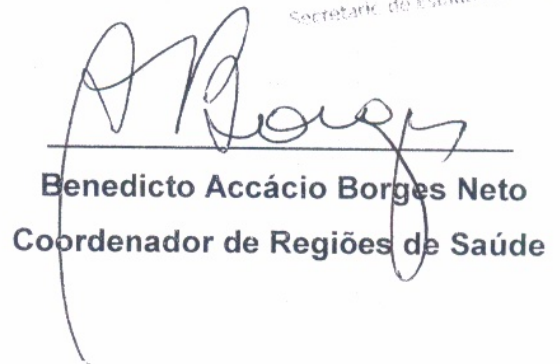
  
**Jaime Monçalvarga**  
**Diretor Presidente**

  
**David Everson Uip**  
**Secretário de Estado da Saúde**

*Se de acordo*

*David Everson Uip  
Secretário de Estado da Saúde*

**Testemunhas:**  
  
**Silvio Cesar Santos Ofrão**  
**Diretor Técnico de Saúde III**  
*Paulo Leite de Azevedo Junior  
RG. 4.422.3162-7  
Diretor Técnico de Saúde III*

  
**Benedicto Accácio Borges Neto**  
**Coordenador de Regiões de Saúde**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO  
ANEXO RP-15

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVENIADA: Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

CONVÊNIO Nº 710/2016

OBJETO: Custeio

ADVOGADO(S)/Nº OAB: (\*) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: São Paulo, 22 de fevereiro de 2018



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE**

Nome: David Everson Uip

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 791.037.668-53 - RG: 4.509.000-2-SSP/SP

Data de Nascimento: 16/04/1952

Endereço residencial completo: Avenida Barão de Monte Mor, nº 62-Real Parque- CEP-05687-010

E-mail pessoal: david-uip@uol.com.br

Telefone(s) 3066-8660

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se de acordo

David Everson Uip

Secretário de Estado da Saúde

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: David Everson Uip

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 791.037.668-53 - RG: 4.509.000-2-SSP/SP

Data de Nascimento: 16/04/1952

Endereço residencial completo: Avenida Barão de Monte Mor, nº 62- Real Parque/SP CEP-05687-010

E-mail institucional: gabinetedosecretario@saude.sp.gov.br

E-mail pessoal: david-uip@uol.com.br

Telefone(s): 3066-8660

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se de acordo

David Everson Uip

Secretário de Estado da Saúde

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: Jaime Monçalvarga

Cargo: Provedor

CPF: 025.838.018-72

Data de Nascimento: 09/10/1942

Endereço residencial completo: R: Jornal. José Pedro da Silva, 164 – Bairro Bandeiras – Araçatuba-SP – CEP: 16025-150.

E-mail institucional: staadm@terra.com.br

E-mail pessoal: Jaime\_novomundo@terra.com.br

Telefone(s): (18) 3607-3021; (18) 3623-8566

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



# **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA**

## **Hospital Sagrado Coração de Jesus**

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP – [www.santacasadeaaratuba.com.br](http://www.santacasadeaaratuba.com.br)  
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

### **PLANO DE TRABALHO DA INSTITUIÇÃO**

#### **I - INTRODUÇÃO**

##### **A. Histórico da Instituição**

*Santa Casa de Araçatuba foi fundada em 20 de março de 1927, sob a denominação Hospital Sagrado Coração de Jesus. A criação da entidade resultou da formação de um grupo de representantes da comunidade araçatubense, com o objetivo de oferecer atendimento médico-hospitalar gratuito aos doentes carentes.*

*O primeiro prédio da entidade foi inaugurado em 1931. Em decorrência do crescimento da demanda, novos pavilhões foram construídos em 1937 e 1943 em anexo à estrutura original do hospital.*

*Graças a investimentos efetuados em equipamentos e excelência médica, o hospital passou a atrair pacientes de várias cidades da região. As instalações da Santa Casa tornaram-se insuficientes para atender à demanda de atendimento.*

*Projetou-se um novo hospital, formado por oito blocos, empreendimentos arrojados para a época e levando-se em conta as dificuldades financeiras para a sua viabilização.*

*A construção do novo hospital teve início em 1958. Dez anos depois concluído, inaugurando três dos oitos pavimentos projetados.*

*Mais dez anos depois, em 1978, o último bloco do novo hospital foi concluído, inaugurando uma nova era para Santa Casa de Araçatuba.*

*Em 2006, um novo marco para o hospital. Na ocasião, foi inaugurada a torre, novo prédio com a instalação de mais 106 leitos, o que elevou em 30% a capacidade de internação do hospital, que contava, até então, com 340 leitos.*





## **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA**

### **Hospital Sagrado Coração de Jesus**

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP – [www.santacasade aracatuba.com.br](http://www.santacasade aracatuba.com.br)

CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

#### **Missão**

*A Santa Casa de Araçatuba é uma organização hospitalar filantrópica, que presta assistência de qualidade à saúde nos níveis de média e alta complexidade à população loco-regional.*

*Sua equipe multiprofissional proporciona atendimento humanizado em ambiente adequado com compromisso sócio-ambiental.*

*Por sua excelência em atendimento, a entidade é reconhecida como Centro de Referência Regional. Sua gestão é contínua para a melhoria de seus processos administrativos, operacionais e assistenciais. O hospital estabelece uma parceria progressiva com o Poder Público e Privado tendo as responsabilidades bem definidas em relação aos projetos assumidos. A entidade também busca atender as necessidades tecnológicas e de modernização de maneira eficiente para oferecer um atendimento de qualidade a seus usuários.*

*A valorização dos colaboradores, transparência, respeito as pessoas é um dos compromissos da Santa Casa, que preza pela humanização, bom atendimento, ética, qualidade, profissionalismo, e comprometimento em suas relações.*



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

## Hospital Sagrado Coração de Jesus

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP - [www.santacasadeaeracatuba.com.br](http://www.santacasadeaeracatuba.com.br)

CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

### II. Informações Cadastrais

<i>Órgão/Entidade Proponente</i>			
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAÇATUBA			
CNPJ 43.751.502/0001-67			
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ) 86.10-1-02 – ATIVIDADE DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS			
Endereço R: FLORIANO PEIXOTO, 896 – VILA MENDONÇA			
Cidade ARAÇATUBA			UF SP
CEP 16015-000	DDD/Telefone 18 – 3607-3000	E-mail STAADMIN@TERRA.COM.BR	
Banco 001	Agência 0179-1	Conta Corrente 107744-9	Praça de Pagamento ARAÇATUBA

Conta corrente exclusiva para o recebimento do recurso.

<i>Responsável pela Instituição</i> JAIME MONÇALVARGA		
CPF 025.838.018-72	RG 4.284.185	Órgão Expedidor SSP/SP
Cargo PROVEDOR	Função PROVEDOR	
Endereço R: JORNAL. PEDRO DA SILVA, 164 - BANDEIRAS		
Cidade ARAÇATUBA		UF SP
CEP 16035-430	Telefone 18 – 3607-3021	



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

## Hospital Sagrado Coração de Jesus

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP - [www.santacasadeaaraçatuba.com.br](http://www.santacasadeaaraçatuba.com.br)  
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

<i>Diretor Superintendente</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

<i>Diretor Clínico</i> <i>SERGIO SMOLENTZOV</i>		
<i>CPF</i> 290.831.687-00	<i>RG</i> 15.827.021	<i>Órgão Expedidor</i> RJ
<i>Cargo</i> DIRETOR CLÍNICO	<i>Função</i> DIRETOR	
<i>Endereço</i> R: CRISTIANO OLSEN, 1159 – JARDIM SUMARÉ		
<i>Cidade</i> ARAÇATUBA		<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 16010-170	<i>Telefone</i> 18 – 3607-3090	



# **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA**

## **Hospital Sagrado Coração de Jesus**

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP - [www.santacasadeaaratuba.com.br](http://www.santacasadeaaratuba.com.br)  
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

### **III – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

<b>Objeto</b>	<b>Descrição</b>
<b>Custeio</b>	<b>Material de Consumo</b>

#### **a) – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:**

O Recurso financeiro será destinado na aquisição de materiais de consumo (Material Médico/Hospitalar).

#### **b) – OBJETIVO**

Manutenção dos atendimentos proporcionando um atendimento de qualidade, buscando sempre o bem estar do paciente atendido pelo SUS.

#### **c) – JUSTIFICATIVA**

O Hospital é caracterizado com atendimentos de média e alta complexidade (UTI's, Oncologia, Hemodinâmica, Neurocirurgia, Diálises, etc), e passa a ser referencia em complexidade de atendimento para os quarenta municípios da nossa região administrativa DRS II.

Tem como objetivo fortalecer a prestação dos serviços existentes no Hospital SUS, com garantia de atendimento aos problemas de saúde relevantes da população, buscando equidade, qualidade e sustentável relação custo-efetividade na prestação do cuidado.

Crítérios de Humanização baseados no Humaniza SUS passam a ser discutidos na Instituição (visitas, refeitórios, ambiência, etc) e com todos esses compromissos o recurso financeiro de custeio é de extrema importância para dar continuidade e garantir a assistência com qualidade e humanização.



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

## Hospital Sagrado Coração de Jesus

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473

Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP - [www.santacasadeaeracatuba.com.br](http://www.santacasadeaeracatuba.com.br)

CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

### d) Metas a Serem Atingidas

#### Metas quantitativas

META	DESCRICO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
------	----------	------------------------------

Efetuar aquisição de Materiais

Manter o numero de médicos/hospitales para 8370 atendimento/mês, manter a quantidade de atendimentos anual, conforme relatório de atendimentos de 2015.

Quantidade mensal de atendimento atual / conforme atendimentos de 2015. Quantidade mensal de 8370 atendimentos/mês.

#### Metas Qualitativas

META	DESCRICO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
------	----------	------------------------------

Aumentar de 65% para 85% de satisfação ótima dos usuários SUS em 6 meses.

Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários de acordo com os critérios especificados em norma interna.

Quantidade de Usuários com avaliação ótima / Quantidade Total de Usuários entrevistados em 6 meses.

### e) - ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

ETAPA	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO POR EXERCÍCIO	APLICAÇÃO POR EXERCÍCIO	APLICAÇÃO TOTAL DOS EXERCÍCIOS
1	Pesquisa de preço	1	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2	Aquisição de material médico/hospitalar	12 meses	R\$ 2.499.996,00	R\$ 7.499.988,00
TOTAL .....			R\$ 2.499.996,00	R\$ 7.499.988,00



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

## Hospital Sagrado Coração de Jesus

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP - [www.santacasadeaaraçatuba.com.br](http://www.santacasadeaaraçatuba.com.br)  
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

### PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

ORDEM	OBJETO Investimento/custeio	1º ano	2º ano	3º ano	VALOR TOTAL	%
01	Custeio - Material médico/Hospitalar	R\$ 2.499.996,00	R\$ 2.499.996,00	R\$ 2.499.996,00	R\$ 7.499.988,00	100 %
<b>TOTAL.....</b>		R\$ 2.499.996,00	R\$ 2.499.996,00	R\$ 2.499.996,00	R\$ 7.499.988,00	100 %

### V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO	PARCELAS	OBJETO	BASE MENSAL	PROPONENTE	CONCEDENTE
2017 A 2019	1ª A 36ª	CUSTEIO	R\$ 208.333,00	R\$ 0,00	R\$ 7.499.988,00

### VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: 01/01/2017
- Duração: 36 meses – Término previsto : 31/12/2019.



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA

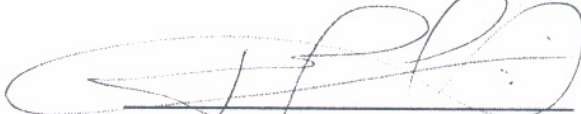
## Hospital Sagrado Coração de Jesus

Rua Floriano Peixoto, 896 - Fone (18) 3607-3000 - Fax (18) 3623-8473  
Caixa Postal 93 - Araçatuba - SP - [www.santacasadearaçatuba.com.br](http://www.santacasadearaçatuba.com.br)  
CNPJ (MF) 43.751.502/0001-67

### VII – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – Departamento Regional de Saúde de Araçatuba – DRS 2, para os efeitos e sob as penas da 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 de Trabalho.

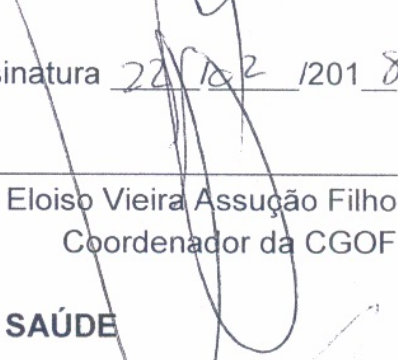
  
\_\_\_\_\_  
Franciane A. Castanhar Alves  
Assistente Financeiro

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
Jaime Monçalvarga  
Provedor

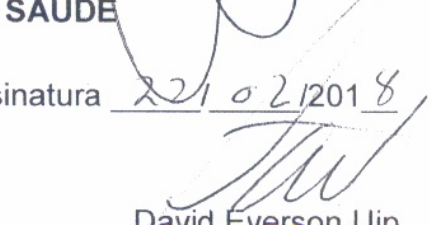
### VIII – ANALISADO E APROVADO TECNICAMENTE NESTA DRS

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
Paulo Leite Camalva Junior  
RG: 44.22.362-7  
Diretor Técnico de Saúde III  
Substituto

### IX – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA

Data da Assinatura 22/02/2018  
  
\_\_\_\_\_  
Eloiso Vieira Assução Filho  
Coordenador da CGOF

### X – APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Data da Assinatura 22/02/2018  
  
\_\_\_\_\_  
David Everson Uip  
Secretário de Estado da Saúde  
Se de acordo

David Everson Uip  
Secretário de Estado da Saúde

