

Espírito Santo do Pinhal, 06 de março de 2023

Ofício Adm. nº 40/2023

Referência: **Ofício GS nº 37/2023**

**Assunto:** Apresentar Plano de Trabalho (Programa Ortopédico)

Prezado Senhor,

A Irmandade do Hospital Francisco Rosas – A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal, entidade privada sem fins lucrativos, reconhecida pelas autoridades competentes de utilidade pública: municipal, estadual e federal, por seu representante que esta subscreve, vêm, respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, para em atenção ao Ofício em epígrafe apresentar o referido Plano de Trabalho, no tocante ao Programa Ortopédico, no valor de R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais), para realização de cirurgias eletivas na especialidade de Ortopedia para celebração de termo.

Com isso, o HFR finaliza as entregas solicitadas no Ofício GS nº 37/2023 (supracitado) e aguarda as providências no tocante a assinatura dos termos de colaboração do Mutirão e do Programa Ortopédico, para dar início aos agendamentos.

Certo da compreensão e na certeza de ter atendido as expectativas, antecipo meus agradecimentos, permanecendo à disposição, e ao ensejo, aproveito para apresentar votos de elevada, apreço e consideração.

Atenciosamente,

  
**JAQUES PONTES CASALECCHI**  
Provedor

A Sua Senhoria o Senhor  
**GABRIEL SPINDOLA RIBEIRO**  
DD. Secretário Municipal de Saúde  
Município de Espírito Santo do Pinhal

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Recebi em 07/03/2023  
Simone  
Nome do Funcionário



**IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**  
A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892  
CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta  
Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000  
Fone (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

## **IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**

### **PLANO DE TRABALHO**

#### **CIRURGIAS ELETIVAS EM ORTOPEDIA “PROGRAMA ORTOPÉDICO”**

**ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP**  
**Março de 2023**

## DADOS CADASTRAIS

### 1.1. DA ORGANIZAÇÃO

1.1.1. Nome da entidade: IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS

1.1.2. CNPJ: 54.228.648/0001-49

1.1.3. Rua: Rua Teixeira Rios, nº 210

1.1.4. Bairro: Centro

1.1.5. CEP: 13990-000

1.1.6. Município: Espírito Santo do Pinhal

1.1.7. Estado: SP

1.1.8. Telefone: (19) 3651-1131

1.1.9. E-mail: [contabilidade@hfrosas.com.br](mailto:contabilidade@hfrosas.com.br)

1.1.10. Portal da transparência: [www.hfrosas.com.br](http://www.hfrosas.com.br)

1.1.11. Data da Constituição: Fundada em 08/12/1892

### 1.2. DO RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO

1.2.1. Nome completo: JAQUES PONTES CASALECCHI

1.2.2. CPF: 047.432.338-28

1.2.3. RG: 15.690.769/SP

1.2.4. Rua: Rua Ernesto Monfardine, nº 280

1.2.5. Bairro: Jardim das Rosas

1.2.6. CEP: 13990-000

1.2.7. Município: Espírito Santo do Pinhal

1.2.8. Estado: SP

1.2.9. Telefone: (19) 3651-1131

1.2.10. E-mail: [provedoria@hfrosas.com.br](mailto:provedoria@hfrosas.com.br)

1.2.11. Cargo: Provedor

1.2.12. Eleito em: 31/03/2021

1.2.13. Vencimento do Mandato: 31/03/2023



**IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS**  
A Santa Casa de Misericórdia de Pinhal – Fundada em 08/12/1892  
CNPJ: 54.228.648/0001-49 – Inscrição Estadual: Isenta  
Rua Teixeira Rios, 210, Centro, Espírito Santo do Pinhal, SP, CEP 13990-000  
Fone (19) 3651-1131 – e-mail: [administracao@hfrosas.com.br](mailto:administracao@hfrosas.com.br)

### **1.3. CONSELHO FISCAL**

#### **1.3.1 . CONSELHEIRO 01**

**Nome Completo: JOÃO BATISTA ROZON**

**CPF: 718.623.1558-68**

**RG: 8.879.822 (SSP/SP)**

**Endereço: Rua Osvaldo Cruz, nº 25, Jardim Paulista**

**CEP: 13.99-000**

**Município: Espírito Santo do Pinhal, SP**

**Telefone: (19) 3651-3028**

#### **1.3.2. CONSELHEIRO 02**

**Nome Completo: ELIAS DOS REIS ELIAS**

**CPF: 192.242.498-68**

**RG: 3.961.608 (SSP/SP)**

**Endereço: Praça João Pessoa, nº 202, Centro**

**CEP: 13.990-000**

**Município: Espírito Santo do Pinhal, SP**

**Telefone: (19) 3651-2522**

#### **1.3.3. CONSELHEIRO 03**

**Nome Completo: JOSÉ GERALDO FERNANDES TITO**

**CPF: 014.746.858-20**

**RG: 3.050.998 (SSP/SP)**

**Endereço: Rua Anunciata Salvetti Amato, nº 45, Parque dos Lagos**

**CEP: 13.990-000**

**Município: Espírito Santo do Pinhal, SP**

### **1.4. CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA**

**1.4.1. Nº do CNPJ: 54.228.648/0001-49**

**1.4.2. Data de abertura informada no CNPJ: 17/09/1973**

**1.4.3. Atividade econômica principal: Atividades de Atendimento Hospitalar**

## 2. EXECUÇÃO

### 2.1. Imóvel onde funciona o Serviço é:

- Próprio                      ( ) Cedido                      ( ) Público                      ( ) Particular  
( ) Alugado

### 2.2. A organização da sociedade civil fica aberta quantas horas por semana:

- ( ) Até 20 horas                      ( ) De 21 a 39 horas                      ( ) 40 horas  
( ) Mais de 40 horas                      ( X ) Ininterrupto (24h/dia, 7 dias/semana)

### 2.3. Quais dias da semana a unidade executora funciona?

- ( X ) Segunda-feira                      ( X ) Terça-feira                      ( X ) Quarta-feira  
( X ) Quinta-feira                      ( X ) Sexta-feira                      ( X ) Sábado  
( X ) Domingo

## 3. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO A SER EXECUTADO

### 3.1. RESPONSÁVEIS

#### 3.1.1. RESPONSÁVEL TÉCNICO

- 3.1.1.1. Nome Completo: Matias Augusto de Carvalho  
3.1.1.2. CPF: 073.412.736-74  
3.1.1.3. RG: MG 13.286.613 (SSP/MG)  
3.1.1.4. Número do Registro Profissional: CRM 142371  
3.1.1.5. Telefone para contato: (19) 3651-1131  
3.1.1.6. Celular: (12) 9.8158-4471  
3.1.1.7. E-mail: [tobiasmed37@hotmail.com](mailto:tobiasmed37@hotmail.com)

#### 3.1.2. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

- 3.1.2.1. DIRETOR CLÍNICO  
3.1.2.2. Nome Completo: César Teixeira Tobias  
3.1.2.3. CPF: 310.621.708-14  
3.1.2.4. RG: 29.929.235-6 (SSP/SP)  
3.1.2.5. Número do Registro Profissional: CRM 152053  
3.1.2.6. Telefone para contato: (19) 3651-1131

- 3.1.2.7. Celular: (19) 9.8176-4669  
3.1.2.8. E-mail: [ccirurgico@hfrosas.com.br](mailto:ccirurgico@hfrosas.com.br)  
3.1.2.9. Médico Ortopedista

### 3.1.3. RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- 3.1.3.1. Nome Completo: Geraldo Magelo Barbosa  
3.1.3.2. CPF: 068.480.638-00  
3.1.3.3. RG: 15.214.420  
3.1.3.4. Número do Registro Profissional: CT.CRC 1SP 166213/O-5  
3.1.3.5. Telefone para contato: (19) 3651-1131  
3.1.3.6. Email: [contabilidade@hfrosas.com.br](mailto:contabilidade@hfrosas.com.br)

### 3.2. RECURSOS HUMANOS QUE EXECUTARÃO O PROJETO

Nome Completo	CREMESP	Cargo	Vínculo
Dr. César Teixeira Tobias	152053	Ortopedista	Autônomo
Dr. Fernando Cipoli	120946	Ortopedista	Autônomo
Dr. José Augusto Luz Fraga Moreira	24020	Ortopedista	Autônomo
Dr. Marcelo José dos Reis	42881	Ortopedista	Autônomo
Dr. Vonildo Geraldo Fonseca	36415	Ortopedista	Autoônomo
Dr. Arlindo Fernandes Junior	77057	Anestesista	Autônomo
Dr. Matias Augusto de Carvalho	142371	Anestesista	Autônomo

### 3.3. DO PROJETO

#### 3.3.1. INTRODUÇÃO

A Ortopedia e Traumatologia é o serviço que integra a estrutura organizacional e física de um Hospital, de modo a prestar assistência integral e especializada a pacientes com doenças do sistema musculoesquelético (ósseo, muscular, ligamentar e articular) masculino e feminino, em adultos, adolescentes e crianças.

### **3.3.2. OBJETO**

Realizar cirurgias na especialidade médica em ortopedia e traumatologia, dos pacientes, exclusivamente SUS, regulados pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a demanda e critérios estabelecidos neste Plano de Trabalho.

### **3.3.3. OBJETIVOS**

O presente Plano de Trabalho foi elaborado pela equipe do Hospital Francisco Rosas e tem como objetivo o repasse de recursos financeiros no valor total de R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais), visando a realização de cirurgias eletivas na especialidade de Ortopedia e Traumatologia, incluídos o fornecimento de OPME, no total de até 04 (quatro) procedimentos cirúrgicos por mês.

### **3.3.4. JUSTIFICATIVA**

Considerando a demanda reprimida dos pacientes SUS na especialidade de Ortopedia e Traumatologia, em especial os casos cirúrgicos de média e alta complexidade;

Considerando que a referência regional em cirurgia de média e alta complexidade para o Município de Espírito Santo do Pinhal, não atende a contento os pacientes há vários anos;

Considerando que o Hospital Francisco Rosas, conta com recursos humanos, material, equipamentos e capacidade instalada para realizar esses procedimentos, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com segurança e qualidade;

Considerando o bem-estar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes SUS, que necessitam desse tipo de intervenção cirúrgica, de modo a garantir tratamento digno com excelência e humanização, fica estabelecido o presente protocolo para regulação, triagem e realização dos procedimentos cirúrgicos em Ortopedia e Traumatologia de média e alta complexidade.

Considerando que, na área de abrangência da DRS-XIV (São João da Boa Vista), nos anos de 2019, 2020 e 2021, foram realizadas 888 cirurgias de alta complexidade, sendo que: 86% desse total (756 casos) foram de prótese primária de quadril e joelho.

### 3.3.5. VIGÊNCIA

O presente Convênio terá vigência até 31.12.2023, podendo ser prorrogado de acordo com o interesse de ambas as partes.

### 3.3.6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

Serão aplicados recursos financeiros no total de R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais), distribuídos da seguinte forma:

- a) R\$ 150.000,00 (Cento e cinquenta mil reais), oriundos de Fonte 1 – Tesouro Municipal, a ser creditado na conta específica: Banco do Brasil – 001 / Agência 0474-X Conta corrente nº 31311-4
- b) R\$ 100.000,00 (Cem mil reais), oriundos de Fonte 5 - Federal, a ser creditado na conta específica: Banco do Brasil – 001 / Agência 0474-X Conta corrente nº 31312-2

### 3.3.7. PÚBLICO ALVO/BENEFICIÁRIOS

Atender a população de Espírito Santo do Pinhal, totalizando aproximadamente 45.000 usuários, que necessitam do Sistema Único de Saúde – SUS, que sejam elegíveis, regulados pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme os critérios estabelecidos neste Plano de Trabalho.

### 3.3.8. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO

### 3.3.9. REGULAÇÃO

- Será de exclusiva responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, através da Central de Agendamentos e Regulação, via e-mails: [cagendamentos.saude@pinhal.sp.gov.br](mailto:cagendamentos.saude@pinhal.sp.gov.br) ou [regulacao.saude@pinhal.sp.gov.br](mailto:regulacao.saude@pinhal.sp.gov.br), ou pelo telefone: (19) 3651 6447.

- a) Encaminhar o(a) paciente para o “Programa Ortopédico, somente após consulta com Médico Ortopedista e com o Médico Anestesiologista da Rede Municipal (Município/AME/outro serviço);
- b) Encaminhar os documentos de acordo com protocolo (Município de origem):
  - Guia de referência
  - Exames (realizados na UBS e/ou Centro de Saúde II - Postão)



- Consulta Pré-anestésica realizada (pronta)
- c) Município envia via documentação para o Hospital Francisco Rosas (Centro Cirúrgico) aos cuidados da Enfermeira Thaciana, com envelope contendo no mínimo: “Programa Ortopédico” Cirurgia Eletiva em Ortopedia e Traumatologia;
- e) Responsável (Centro Cirúrgico – Enfermeira Thaciana) do Hospital Francisco Rosas, agenda consulta com o cirurgião e encaminha a filipeta, via e-mail, para o Município, contendo o dia e horário da consulta, para a regulação do Município de Espírito Santo do Pinhal.
- f) Município imprime e avisa paciente da data da consulta e orienta sobre documentos e exames clínicos e de imagem necessários e obrigatórios.
- g) Município será o responsável pelo transporte para o paciente.
- h) Após consulta, paciente retorna com a data da cirurgia agendada e orientações para internação. O Hospital Francisco Rosas avisa, via e-mail, o Município sobre a data e horário da cirurgia, com cópia para a regulação do Município de Espírito Santo do Pinhal.
- i) O setor de Compras do Hospital Francisco Rosas fica responsável pela compra do material – OPME, conforme solicitação médica e de acordo com o protocolo, respeitando o intervalo mínimo de 07 (sete) dias corridos entre a solicitação médica e a data da cirurgia.
- j) Realizada cirurgia, e após alta hospitalar ou mediante a necessidade de transferência do paciente, por intercorrência cirúrgica, o Hospital Francisco Rosas entra em contato com o Município para a remoção. Lembrando que no dia da alta hospitalar o paciente deverá sair com a alta qualificada para o retorno cirúrgico.
- k) O pós-operatório deverá ser realizado ambulatorialmente pelo médico assistente que realizou a cirurgia no Hospital Francisco Rosas, com a frequência e número de consultas que julgar necessário. O Município será responsável pelo custeio das intercorrências que ocorrerem: internação em UTI, reabordagem cirúrgica e internações clínicas que envolvam o pós-operatório (exemplo: infecções, anemias, luxações, etc.).
- l) Tempo de internação: pode variar de 02 (duas) até 05 (cinco) diárias, conforme a complexidade do caso e da resposta do paciente ao tratamento. Caso seja

necessário, poderá ser reservado leito em UTI, para o pós-operatório, sendo cobrado o valor na conta do paciente referente as diárias a mais do protocolo.

m) Em caso de troca de serviços, materiais, medicamentos e OPME, ou casos graves, não previstos neste protocolo, ficam autorizados o HFR com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde a dirimir e resolver os casos omissos, sempre com justificativa médica.

n) No dia do atendimento no HFR, o paciente deverá apresentar obrigatoriamente: Documento oficial com foto (RG, CNH, Carteira de Trabalho, etc.) ou certidão de nascimento, CPF, Cartão do SUS, Comprovante de endereço e filipeta do agendamento contendo todos os exames pré-operatórios, inclusive, de imagens anteriores.

### 3.3.10. TABELA DE PROCEDIMENTOS COM O CÓDIGO SIGTAP E VALORES ACORDADOS

Código SIGTAP	Procedimento	Serviços Hospitalares	SADT	Mat/Med	Honorários Médicos	OPME	Total por procedimento
04.08.04.005-0	Artroplastia parcial de quadril	R\$ 1.501,75	R\$ 132,00	R\$ 1.096,03	R\$ 3.608,00	R\$ 4.900,00	R\$ 11.237,78
04.08.04.008-4	Artroplastia total primária do quadril cimentada	R\$ 1.501,75	R\$ 132,00	R\$ 1.096,03	R\$ 3.608,00	R\$ 4.900,00	R\$ 11.237,78
04.08.04.009-2	Artroplastia total primária do quadril não cimentada/híbrida	R\$ 1.501,75	R\$ 132,00	R\$ 1.096,03	R\$ 3.608,00	R\$ 4.900,00	R\$ 11.237,78
04.08.05.006-3	Artroplastia total primária do joelho	R\$ 1.501,75	R\$ 132,00	R\$ 1.096,03	R\$ 2.952,00	R\$ 3.700,00	R\$ 9.381,78

### 3.3.11. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL/QUALIFICAÇÃO EQUIPE TÉCNICA/INFRAESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE:

A equipe especializada de profissionais é composta por médicos nas seguintes áreas: médicos ortopedistas, anestesistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, instrumentadores e apoio.

Atuando sob supervisão da diretoria clínica técnico, conforme citado, o Hospital dispõe de espaço físico adequado as normas e exigências legais, suas instalações estão divididas assim: no segundo andar está localizado os setores de ginecologia, obstetrícia, pediatria e UTI, no terceiro andar os setores de enfermagem em clínica médica e cirúrgica, ortopedia e centro cirúrgico.

### 3.3.12. RESULTADOS/PRODUTOS ESPERADOS/IMPACTOS PREVISTOS

Prestar atendimento qualificado e humanizado, visando superar as expectativas da população que necessitam do atendimento nas cirurgias de média e alta complexidade, na especialidade de ortopedia e traumatologia.

Reduzir a demanda reprimida de pacientes que aguardam há anos a realização de cirurgias de média e alta complexidade.

Devolver aos pacientes qualidade de vida e bem-estar, no tocante a mobilidade e diminuição do sofrimento causado por dor.

### **3.3.13. INDICADORES DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Serão realizados em parceria com o Hospital, após o fechamento mensal por parte da equipe do Faturamento do HFR e enviado para Secretaria Municipal de Saúde.

### **3.3.14. METAS**

<b>PLANO DE METAS</b>				
<b>Nome</b>	<b>Meta</b>	<b>Unidade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Prazo</b>
Programa Ortopedico	Até 04 cirurgias por mês	Cirurgias	Eletivas Ortopedia	Até 31/12/2023

### **3.3.15. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE MARÇO/2023 A 31/12/2023**

O pagamento deverá ocorrer em parcela única, após assinatura do Termo de Colaboração, conforme abaixo:

Fonte 1 – Tesouro = Banco do Brasil – Agência 0474-X Conta Corrente nº 31311-4  
R\$ 150.000,00 (Cento e cinquenta mil reais)

Fonte 5 – Federal = Banco do Brasil – Agência 0474-X Conta Corrente nº 31312-2  
R\$ 100.000,00 (Cem mil reais)

Parcela	Valor por Fonte de Recursos (R\$)			Valor Total da Parcela (R\$)
	Municipal	Estadual	Federal	
mar/23	R\$ 150.000,00		R\$ 100.000,00	R\$ 250.000,00
<b>Total</b>	R\$ 150.000,00		R\$ 100.000,00	R\$ 250.000,00

### 3.4. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE 06/02/2023 A 31/12/2023

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS (R\$)													
Grupo	Descrição da Despesa	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	
Recursos Humanos	Salários (Exceto Diretoria)												
	Salários (Diretoria eleita)												
	INSS – Patronal												
	FGTS												
	INSS												
	IRPF												
	13º salário												
	Aprendizes												
	Assistência Médica												
	Aviso Prévio												
	PIS												
	Cursos/ Treinamentos/ Reciclagem												
	Estagiário												
	Férias												
	Gratificações												
	Indenizações												
	Multa Rescisória – FGTS												
	Vale-alimentação												
	Vale – Refeição												
	Vale – Transporte												
Subtotal													
Utilidades Públicas	Água e Esgoto												
	Força e Luz												
	Internet e TV a Cabo												
	Telefones												
	Subtotal												
Materiais	Material de Higienização/Limpeza/												
	Uniforme												
	Material Didático												
	Médico Hospitalar												
	Material Esportivo												
	Subtotal												



Serviços de Terceiros	Coleta de Lixo Comum											
	Coleta de Lixo Hospitalar											
	Consultoria/Assessoria Jurídica											
	Consultoria/Assessoria Contábil											
	Limpeza e Conservação											
	Publicidade e Propaganda											
	SADT											
	Auditoria											
	Tecnologia da Informação											
	Vigilância											
	Outros Serviços – Pessoa Jurídica											
	Outros Serviços – Pessoa Física											
	Serviços Médicos Pessoa Física e Jurídica	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 75.000,00
	Subtotal	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 75.000,00
Manutenção	Equipamentos de Informática											
	Equipamentos Médico Hospitalar											
	Predial e Imobiliário											
	Veículos											
	Subtotal											
	Gastos Adm	Combustível										
Estacionamento/Condução/Táxi												
Material de Expediente / Corretos / Fotocópia												
Seguros												
Viagens (Hotel / Passagens aéreas e rodoviárias)												
Subtotal												
Gênero Alimentício	Gênero Alimentício											
	Subtotal											
Locação	Ambulância											
	Equipamentos de Informática											
	Equipamentos Médico Hospitalar											
	Imóvel											
	Lavanderia e Enxoval											
	Software											
	Veículos											
	Diversos											
Subtotal												
Medicamentos	Medicamentos e materiais hospitalares	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 75.000,00
	Subtotal	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 75.000,00
Diversos	OPME	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$100.000,00
	Subtotal	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$10.000,00	R\$100.000,00
<b>TOTAL</b>											<b>R\$ 250.000,00</b>	



**Orientação:**

- 1 – Alocar o valor em cada fonte
- 2 – Detalhar o Material a ser adquirido
- (C) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet
- (\*) Apenas para entidades da área da Saúde

**Legenda:**

- (A) Salários, encargos e benefícios
- (B) Autônomos e pessoa jurídica

#### **4. PRESTAÇÃO DE CONTAS**

As contas serão prestadas de forma parcial e/ou ao final da vigência do Termo de Colaboração, em até 60 (sessenta) dias após o final do exercício financeiro corrente.

#### **5. CONCLUSÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Município de Espírito Santo do Pinhal, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem 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.

Espírito Santo do Pinhal, 06 de março de 2023 .

**JAQUES PONTES CASALECCHI**  
Provedor