

**ANEXO II – PLANO DE TRABALHO PARA CONVÊNIO COM REPASSE DE VERBA-  
SUBVENÇÃO SOCIAL  
1 – DADOS CADASTRAIS**

<b>ÓRGÃO/ENTIDADES PROPONENTE HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO DE ILICINEA – MG, com sede nesta cidade, na Rua 02 de novembro, 41, Bairro Centro, inscrito no CNPJ sob o nº. 21.420.617/0001-36</b>				<b>CGC/C.N.P.J. 21.420.617/0001-36</b>	
<b>ENDEREÇO: Rua 02 de Novembro nº 41, Bairro Centro.</b>					
<b>CIDADE: Ilícinea</b>	<b>U.F. Minas Gerais</b>	<b>CEP- 37.175-000</b>	<b>DDD/TELEFONE 35 – 3854-1181</b>	<b>EA – Esfera Administrativa Municipal</b>	
<b>CONTA CORRENTE 6856-0</b>	<b>BANCO 756</b>	<b>AGÊNCIA 3098</b>	<b>PRAÇA DE PAGAMENTO Ilícinea - MG</b>		
<b>NOME DO RESPONSÁVEL: LUCIMARA FÁTIMA AMARAL OLIVEIRA</b>			<b>C.P.F. 671.280.336-53</b>		
<b>C.I./ÓRGÃO EXPEDIDOR RG Nº. M-6.611.605 SSP/MG</b>	<b>CARGO: PRESIDENTE ADMINISTRATIVO</b>		<b>FUNÇÃO PRESIDÊNCIA</b>		
<b>ENDEREÇO: RUA DO COMÉRCIO, Nº. 582, BAIRRO CENTRO, ILICINEA, MINAS GERAIS.</b>				<b>CEP- 37.175-000</b>	

<b>ORGÃO/ENTIDADE CONVENIENTE Prefeitura Municipal de Ilícinea</b>			<b>CGC/C.N.P.J. 18.239.608/0001-39</b>		
<b>ENDEREÇO: Praça Padre João Lourenço Leite, nº. 53, Bairro Centro, em Ilícinea -MG.</b>					
<b>CIDADE: Ilícinea</b>	<b>U.F. MG</b>	<b>CEP- 37.175-000</b>	<b>DDD/TELEFONE 35-3854-1319</b>	<b>EA Municipal</b>	
<b>NOME DO RESPONSÁVEL: Nirlei Cristiani</b>				<b>C.P.F. 458.236.426-87</b>	
<b>C.I./ORGAO EXPEDIDOR RG: MG-17.882.634-0 SSP/MG</b>	<b>CARGO: Prefeito Municipal</b>		<b>FUNÇÃO</b>	<b>MATRICULA</b>	
<b>ENDEREÇO: Avenida José Orlando Mendes, nº13, Bairro Bela Vista , Ilícinea, Minas Gerais.</b>				<b>CEP- 37.175-000</b>	

**2 – OUTROS PARTICIPES**

<b>Nome: Secretaria Municipal de Saúde.</b>	<b>CGC/CPF: 18.239.608/0001-39</b>	<b>EA. Municipal</b>
<b>ENDEREÇO: Praça Padre João Lourenço Leite, Nº. 53.</b>	<b>Bairro: Centro</b>	<b>CEP: 37175-000</b>




### 3 – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO:

<b>TÍTULO DO PROJETO:</b> Convênio o estabelecimento de condições de cooperação do Município de Ilícinea - MG com o Hospital São Vicente de Paulo de Ilícinea - MG, com vistas à subvencionar as despesas de custeio do referido hospital e concessão de auxílio financeiro objetivando a melhoria de tais serviços, inclusive com aquisição de equipamentos se necessário para o melhor atendimento municipais de Ilícinea.	<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b> <b>Início:</b> 03 de janeiro de 2022 <b>Término:</b> 31 de Dezembro de 2022.
<b>IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:</b> Prestação de serviços de atendimento de médico, hospitalar, urgência e emergência à população de Ilícinea, consistentes na manutenção de plantões médicos, serviços de transporte inter-hospitalar, serviços de enfermagem e outros prestados pela entidade beneficiada.	

### 4 – ETAPAS OU FASES DA EXECUÇÃO:

#### CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

<b>META:</b> Prestar atendimento médico, hospitalar, urgência e emergência à população de Ilícinea.	<b>ETAPA OU FASE</b>  Única	<b>ESPECIFICAÇÃO:</b> Concessão de subvenção social destinada a custear as despesas de Manutenção do pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo.	<b>INDICADOR FÍSICO:</b> O Pronto Atendimento deverá funcionar diariamente e de forma ininterrupta por 24 horas.	<b>DURAÇÃO:</b>  12 ( DOZE ) meses, prorrogáveis por igual períodos até o limite de 12 meses.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------





**5 – PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

<p align="center"><b>NATUREZA DA DESPESA</b></p> <p>Custeio das despesas com Recursos Humanos( folha de pagamento mensal, 13º Salário e Acordos trabalhistas ), fornecedores de medicamentos e produtos hospitalares, higiene e consumo, escritórios e gráficas, materiais radiográficos, aquisição e manutenção de equipamentos e aparelhos, Impostos, (FGTS / GPS / DARF / IR / ISS / Contribuição sindical, Alvarás, Anuidade ) Despesa com água / luz / telefone. Pagamento Parcelamento de INSS.</p> <p><b>*Descritivo em anexo</b></p>	<p align="center"><b>VALOR ESTIMADO MENSAL</b></p> <p align="center">R\$187.042,40 *Variável</p>	<p align="center"><b>VALOR ESTIMADO ANUAL</b></p> <p align="center">R\$ 2.297.385,60</p>
<p align="center"><b>TOTAL GERAL</b></p>	<p align="center"><b>MENSAL</b></p> <p align="center">R\$187.042,40 *Variável</p>	<p align="center"><b>ANUAL</b></p> <p align="center">R\$ 2.297.385,60</p>
	<p align="center">-</p>	<p align="center">-</p>

**6 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:**

**CONCEDENTE:**

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$187.042,40
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$187.042,40	R\$239.919,20	R\$187.042,40

\*Podendo haver variações no repasse fixado mensalmente, quando estes não atingirem o valor em referência, podendo a diferença ser acrescido nas parcelas subsequentes, não ultrapassando o valor fixado anualmente de R\$ 2.297.385,20 (dois milhões, duzentos e noventa e sete reais e sessenta centavos), salvo mediante realização de aditivo.

**PROPONENTE (CONTRAPARTIDA):** Indicar o valor mensal a ser desembolsado mensalmente pelo beneficiário a título de contrapartida

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo



JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo	Se necessário o valor complementar do custeio do Pronto Atendimento e do Hospital São Vicente de Paulo

### 7 – PRAZO

12 (DOZE) meses, prorrogável por iguais e sucessivos períodos até o limite de 04 (quatro) anos.

### 8 – SOLICITAÇÕES DE APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO DE ILICINEA – MG, por seu representante legal, solicita de V.Exa. a aprovação do presente Plano de Trabalho, que uma vez aprovado integrará o Convênio de Cooperação mútua a ser firmado.

Ilícinia, 31 de JANEIRO de 2022.



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO DE ILICINEA – MG

PROPONENTE

*Lucimara Fátima Amaral Oliveira*

CPF: 671.280.336-53

Diretora Provedora

Presidente

### 9 – APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Aprovo o presente Plano de Trabalho, que doravante integrará o Convênio de mútua Cooperação a ser firmado entre as partes.

Ilícinia, 31 de JANEIRO de 2022.



NIRLEI CRISTIANI  
PREFEITO MUNICIPAL DE ILICINEA – MG  
CONCEDENTE