

PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS

ORGÃO/ENTIDADE PROPONENTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TIETÊ				C.N.P.J.: 72.457.716/0001-23	
ENDEREÇO					
CIDADE	U.F.	CE.P.	DDD/TELEFONE	e-mail	
TIETÊ	SP	18.530-000	(15) 3285-9444	rh@santacasatiete.com.br	
CONTA CORRENTE		BANCO	AGÊNCIA	PRAÇA DE PAGAMENTO	
40016-5		SICOOB	5004	TIETÊ	
NOME DO RESPONSÁVEL PEDRO TAMAIO OGEDA				C.P.F. 318.458.278-72	
CARTEIRA IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR 4.750.893-0 - IIRGD-SSP-SP				CARGO DIR. SUPERINTENDENTE	FUNÇÃO DIR. SUPERINT.
ENDEREÇO RUA: DR. MIGUEL ABDALA, Nº 308 - BAIRRO: RES. INFINITO - TIETÊ/SP					C.E.P. 18.530-000

2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF	PERÍODO DE EXECUÇÃO	
	INÍCIO: 01/01/2019	TÉRMINO: 31/12/2019
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO		
Prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso a assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos.		
JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO		
Desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Significa atuar nos momentos mais precoces iniciais da transmissão das doenças, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais. Esta atuação garante melhores níveis de saúde e de qualidade de vida para todos.		

3 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

META	ETAPA FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UNIDADE	QTD	INÍCIO	TÉRMINO
1	1.1	FOLHA DE PAGAMENTO SERVIDORES DO PROGRAMA SAUDE DA FAMÍLIA - PSF	FUNCIONARIOS	6	01/01/2019	31/12/2019

4 - PLANO DE APLICAÇÃO

NATUREZA DA DESPESA		TOTAL	CONCEDENTE	PROPONENTE
CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO			
319011	FOLHA DE PAGTO	R\$ 450.000,00	R\$ 450.000,00	R\$ -
319013	ENCARGOS DA FOLHA	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ -
TOTAL GERAL		R\$	650.000,00	

5 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 650.000,00)

CONCEDENTE

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
1	R\$ 54.166,00	### R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00

META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
2	R\$ 54.166,00	### R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00	R\$ 54.166,00

PROPONENTE (CONTRAPARTIDA)

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
2	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

6 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Tribunal de Contas do Estado de São

Paulo, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistirá 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.

Pede Deferimento

07/02/2020

Local e Data


SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TIETÉ
PROponente

7 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

APROVADO

Local e Data

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TIETÉ
CONCEDENTE