

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ - MS	PLANO DE TRABALHO DESCRIÇÃO DO PROJETO	ANEXO I
--	---	---------

01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE  <b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI</b>	02– EXERCÍCIO <b>2023</b>	03 – UF <b>MS</b>
	04 - CNPJ <b>15.578.834/0001-56</b>	

05 – BANCO <b>B. Brasil</b>	06 – AGÊNCIA <b>3933-0</b>	07 – CONTA CORRENTE <b>23.218-1</b>	08 - PRAÇA DE PAGAMENTO ITAQUIRAI <b>ITAQUIRAI</b>	09 – UF <b>MS</b>
10 – RECURSO ORÇAMENTÁRIO 1. NORMAL <input type="checkbox"/> 2. EMENDA <input checked="" type="checkbox"/>	11- NATUREZA DO PARTÍCIPE 1.INTERVENIENTE <input type="checkbox"/> 2.EXECUTOR <input type="checkbox"/>		12 – EMENDA N.º <b>----</b>	13 - CNPJ DO PARTÍCIPE <b>11.867.105/0001-69</b>

14 – ÁREA DE ATENDIMENTO (PROGRAMA)  <b>SAÚDE</b>	15- ÓRGÃO FINANCIADOR FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
---	---

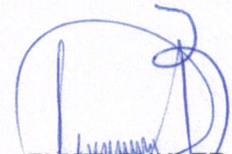
16- AÇÃO A SER FINANCIADA  
  
Gestão do Hospital São Francisco e Aquisição de Equipamentos

17 – DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO  
Repasse de recursos financeiros do Município para a Associação Beneficente de Itaquiraí – ABI para gestão do Hospital São Francisco de Itaquiraí e Aquisição de Equipamentos, conforme plano de trabalho.

18 –JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO  
A Associação Beneficente de Itaquiraí, de agora em diante denominada ABI, foi fundada em 27 de abril de 1985. É uma associação beneficente, de caráter prioritariamente médico assistencial, mantenedora do Hospital São Francisco. Tem dentre suas finalidades administrar e manter o hospital supracitado. Importante ressaltar que a rede municipal de saúde não conta com estrutura para atendimento 24 horas, sendo este, portanto o único hospital no município apto a realizar esses atendimentos de urgência e emergência.  
Visando melhorar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, solicitamos apoio deste Município para: 1) Aquisição de Equipamentos e 2) Realização de Diagnóstico Situacional sobre o SUS com foco no atendimento das demandas ambulatoriais e Hospitalares.  
Quanto ao item 1, justificamos: As poltronas hospitalares antigas estão apresentando muitos desgastes e outras até mesmo obsoletas devido ao tempo de uso, o que afeta a ergonomia adequada ao corpo humano e podendo provocar acidentes com pacientes, acompanhantes ou profissionais de saúde. Sendo assim, pensando que a Política de Humanização criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, declara que as unidades de saúde devem possuir espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, faz-se necessário a aquisição de poltronas e sofás-camas, o que permitirá que o serviço assistencial seja prestado com qualidade. Quanto ao item 2, justificamos: Objetivamos **analisar** os processos e fluxos de trabalho existentes, identificar gargalos e ineficiências, reduzir desperdícios e melhorar a qualidade do atendimento, avaliar práticas de gestão de recursos humanos, analisar as práticas de gestão financeira, avaliar a infraestrutura de TI existente, sistema de informação clínica, gestão de registros eletrônicos, de saúde e outros sistemas relacionados e análise da atual estratégia do hospital.

19. AUTENTICAÇÃO

LOCAL: Itaquiraí/MS  
Data: **22/08/2023**

  
**ELMIR-BUHLER**  
 PRESIDENTE  
**Etmir Buhler**  
 PRESIDENTE  
 CPF 370.152.909-44



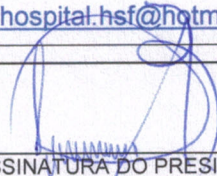
<b>REFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ - MS</b>	<b>CADASTRO DO CONVENENTE, DO DIRIGENTE E ORDENADOR DE DESPESA.</b>	<b>ANEXO III</b>
--	---	----------------------

<b>I – IDENTIFICAÇÃO DO CONVÊNIO</b>				
01 - Nº CADASTRAL DO CONVÊNIO		02 - Nº DO PROCESSO		03 - EXERCÍCIO <b>2023</b>
04 - BANCO <b>Banco do Brasil</b>	05 - AGÊNCIA <b>3933-0</b>	06 - CONTA CORRENTE <b>23.218-1</b>	07 - PRAÇA DE PAGAMENTO <b>ITAQUIRAI</b>	08 - UF <b>MS</b>

<b>II – IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE</b>				
09 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE <b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI</b>			10- CNPJ <b>15.575.834/0001-56</b>	11 - UF <b>MS</b>
12 - ENDEREÇO COMPLETO <b>RUA SENADOR TEOTONIO VILELLA, 550</b>			13 - MUNICÍPIO <b>Itaquiraí/MS</b>	14 - CEP <b>79965-000</b>
15 - CX POSTAL <b>41</b>	16 - DDD/TELEFONE <b>(067) 3476 1152</b>	17 - FAX <b>(067) 3476 1160</b>	18 - E-MAIL <b>hospital.hsf@hotmail.com</b>	

<b>III – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE</b>				
19- NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE <b>ELMIR BUHLER</b>			20- CPF <b>370.152.909-44</b>	
21- CARGO OU FUNÇÃO <b>PRESIDENTE</b>	22 - RG Nº. <b>2.246.350</b>	23 - DATA EXPEDIÇÃO <b>12/12/1978</b>	24 - ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>SSP/PR</b>	
25- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO <b>SITIO RANCHINHO VOVÔ OSCAR S/N</b>		26 - MUNICÍPIO <b>Itaquiraí</b>	27 - UF <b>MS</b>	28 - CEP <b>79965-000</b>
29 - DDD/TELEFONE <b>(067) 3476 - 1152</b>		30 - CELULAR <b>67-9977-5585</b>	31 - E-MAIL <b>hospital.hsf@hotmail.com</b>	

<b>IV – IDENTIFICAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENENTE</b>				
32- NOME DO ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO/ENTIDADE <b>ELMIR BUHLER</b>			33 - CPF <b>370.152.909-44</b>	
34 - CARGO OU FUNÇÃO <b>PRESIDENTE</b>	35 – RG Nº. <b>2.246.350</b>	36 - DATA EXPEDIÇÃO <b>12/12/1978</b>	37 - ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>SSP/PR</b>	
38- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO <b>SITIO RANCHINHO VOVÔ OSCAR S/N</b>		39 - MUNICÍPIO <b>Itaquiraí</b>	40 - UF <b>MS</b>	41 – CEP <b>79965-000</b>
42 - DDD/TELEFONE <b>(067) 3476 - 1152</b>		43 -CELULAR <b>67-9977-5585</b>	44 - E-MAIL <b>hospital.hsf@hotmail.com</b>	

5. AUTENTICAÇÃO	
LOCAL: Itaquiraí /MS	Data: <b>22/08/2023</b>
	 ASSINATURA DO PRESIDENTE
OBSERVAÇÃO:	
NA HIPÓTESE DE HAVER OUTRO PARTÍCIPE DEVERÁ SER PREENCHIDO OUTRO ANEXO	
	<b>Elmir Buhler</b> PRESIDENTE CPF 370.152.909-44



<b>PLA' DE TRABALHO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E PLANO DE APLICAÇÃO</b>		<b>ANEXO IV</b>	
01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE	02 - Nº DO CONVÊNIO	03 - Nº DO PROCESSO	04 - EXERCÍCIO
<b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI</b>	05 – CNPJ		<b>2023</b>
		<b>15.578.834/0001-56</b>	06 - UF MS

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO				11 – PREVISÃO DE EXECUÇÃO	
07 – META	08 - ETAPA/FASE	09 - ESPECIFICAÇÃO	10 - INDICADOR FÍSICO	QUANTIDADE	INÍCIO
1. Gestão do Hospital São Francisco e Aquisição de Equipamentos	1. Gestão do HSF	Contratação de consultoria especializada para diagnóstico situacional sobre o SUS	Unidade	1	AGOSTO/2023
	2. Aquisição de Equipamentos	2.1. Poltronas Reclináveis	Unidade	15	AGOSTO/2023
		2.2. Poltronas Para Descanso Com Suporte De Soro	Unidade	04	AGOSTO/2023
		2.3. Sofá Cama	Unidade	04	AGOSTO/2023
					TÉRMINO
					DEZEMBRO/2023
					DEZEMBRO/2023
					DEZEMBRO/2023

PLANO DE APLICAÇÃO. MÊS			14 – VALOR UNITARIO	15 – VALOR TOTAL	16 - SUBTOTAL POR NATUREZA DE GASTO (EM R\$ 1,00)
12 - NATUREZA DESPESA			70.000,00	70.000,00	70.000,00
		CONTRATAÇÃO DE CONSULTORIA			
	3.3.50.43				
	Subvenções Sociais	CORRENTE			
		CAPITAL			
	3.3.50.43		35.000,00	35.000,00	35.000,00
	Subvenções Sociais				
		<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 105.000,00</b>	<b>R\$ 105.000,00</b>	<b>R\$ 105.000,00</b>

17 – AUTENTICAÇÃO	
Local: Itaquirai /MS	<b>ELMIR BUHLER</b> PRESIDENTE
Data: 22/08/2023	ASSINATURADO PRESIDENTE

**Elmir Buhler**  
PRESIDENTE  
CPF 370.152.909-44



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ - MS

PLANO DE TRABALHO  
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANEXO V

01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE: 02 - AÇÃO: 03 - Nº DO PROCESSO

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ITAQUIRAÍ - ABI

04 - ANO	05 - META	05 - MESES												TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDEnte (EM R\$ 1,00)									
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO										
2023	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 105.000,00

7 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDEnte (EM R\$ 1,00)

8 - ANO	9 - META	10 - MESES												TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO PROPONENTE (EM R\$ 1,00)											
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO												
																									R\$ 105.000,00

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

12 - TOTAL GERAL DOS RECURSOS

R\$ 105.000,00

13 - AUTENTICAÇÃO

Local: Itaquiraí/MS  
Data: 22/08/2023

ELMIR BUHLER  
PRESIDENTE



ASSINATURA DO PRESIDENTE

**Elmir Buhler**  
PRESIDENTE  
CPF 370.152.909-44