

PREFEITURA DE
CAPIVARI
Transformando o presente, construindo o futuro

*Termo de Colaboração 003/2025 que
entre si celebram a Prefeitura Municipal
de Capivari/SP e a Santa Casa de
Misericórdia de Capivari/SP.*

Prefeitura Municipal de Capivari/SP, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 44.723.674/0001-90, com endereço a Rua XV de Novembro, nº 639, Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal o **Sr. VITOR HUGO RICCOMINI**, brasileiro, casado, Empresário, portador de cédula de identidade RG nº 42.968.348-0 e inscrito no CPF nº 224.421.718-30, residente e domiciliado na Rua Luíza Costa Ferreira Sampaio, nº 395, Chácara Clemente, Capivari/SP, e pela sua **Secretaria Municipal da Saúde**, entidade de direito público interno, situada na Rua Padre Haroldo, 553, Centro, neste ato, representada pelo Secretário Municipal da Saúde, Sr. **Mateus Sousa dos Santos**, brasileiro, solteiro, portador do RG/SSP/SP nº 54.970.278-7 e inscrito no CPF nº 444.250.968-94, doravante denominado Município, e do outro lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPIVARI**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. / M.F. sob n.º 46.925.111/0001-00, com registro no CREMESP sob nº 01.205, com sede administrativa na praça Dr. Mário Dias de Aguiar, nº 1, com estatuto social arquivado no cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Capivari em 5/4/1989, sob n.º 5.023, neste ato representado por seu representante legal, Sr. **Valter Luiz de Albuquerque**, brasileiro, casado, interventor, portador da cédula de identidade RG nº 7.909.607-2 SSP/SP, CPF/MF nº 873.737.778-72, domiciliado na Rua Ismael Bueno de Oliveira, 160, Boa Vista, nesta cidade de Capivari/SP, doravante denominada HOSPITAL, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, que reger-se-á pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014 e suas alterações, no que couber, mediante as seguintes cláusulas e condições:

SECRETARIA DA SAÚDE



CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente termo de colaboração tem por objeto a transferência de recursos financeiros destinados ao custeio da Santa Casa de Misericórdia de Capivari, consoante ao Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO ÚNICO – O plano de trabalho poderá ser revisto para suplementação de valores ou de metas, mediante termo aditivo, respeitada a legislação vigente e após proposta previamente justificada pela ENTIDADE, sendo vedada a alteração do objeto.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

I – Do município:

- a) Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados e pela correta aplicação dos recursos repassados;
- b) Prestar apoio necessário e indispensável à **ENTIDADE** para que seja alcançado o objeto da parceria em toda sua extensão e no tempo devido;
- c) Repassar a **ENTIDADE** os recursos financeiros previstos para a execução do objeto da parceria, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto;
- d) Manter, em seu sítio eletrônico, a relação das parcerias celebradas, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;

SECRETARIA DA SAÚDE

- e) Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria;
- f) Analisar os relatórios gerenciais financeiros e de resultados;
- g) Analisar as prestações de contas encaminhadas pela **ENTIDADE** de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis.

II - Da entidade:

a) Apresentar relatórios de execução do objeto - relatório de atividade e de execução financeira - Acompanhamento contábil-financeiro, elaborados por meio de formulário próprio e/ou do município e contendo:

1. Comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhado de justificativas para todos os resultados não alcançados e propostas de ação para superação dos problemas enfrentados;

2. Demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução;

b) Prestar contas da totalidade das operações patrimoniais e resultados da parceria, de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;

c) Disponibilizar ao cidadão, na sua página na internet ou, na falta desta, em sua sede, consulta ao extrato deste termo de colaboração, contendo pelo menos, o objeto, a finalidade e o detalhamento da aplicação dos recursos.

d) Manter registro, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios;

SECRETARIA DA SAÚDE

[Handwritten signature and initials]

- e) Permitir e facilitar o acesso de agentes do **MUNICÍPIO**, dos auditores, membros do Conselho Municipal da Saúde e demais órgãos de fiscalização interna e externa, a todos os documentos relativos à execução do objeto da parceria;
- f) Responsabiliza-se pela legalidade e regularidade das despesas realizadas para a execução do objeto da parceria, pelo que responderá diretamente perante o **MUNICÍPIO** e demais órgãos incumbidos da fiscalização nos casos de descumprimento;
- g) Responsabilizar-se pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito as despesas de custeio, de investimento e de pessoal.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO

I. A administração pública promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria.

II. O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

- a) - Descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- b) - Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;
- c) - Valores efetivamente transferidos pela administração pública;
- d) - Análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentadas na prestação de contas;

SECRETARIA DA SAÚDE



e) - Análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles internos e externos, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante total de recursos a serem empregados na execução do objeto do presente Termo de Colaboração é de R\$ 1.850.000,00 (um milhão e oitocentos e cinquenta mil reais), que serão transferidos durante a vigência do presente Termo.

O valor previsto poderá ser alterado, de comum acordo entre o **MUNICÍPIO** e a **ENTIDADE**, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas, com a execução deste Termo de Colaboração, no presente exercício, correrão por conta das seguintes dotações:

06 – Secretaria da Saúde

06.01 – Fundo Municipal de Saúde - FMS

3 3 50.39 – Outros serviços terceiros - Pessoa Jurídica (Santa Casa)

10 – Saúde

302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

01 56 – Subvenções para entidades filantrópicas

2119 – Subvenções para Santa Casa de Misericórdia de Capivari

300001 – Saúde – Recursos Próprios

275 – Subvenções para Santa Casa de Misericórdia de Capivari

SECRETARIA DA SAÚDE



CLÁUSULA SEXTA – DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS

A **ENTIDADE** se compromete a encaminhar ao **MUNICÍPIO SECRETARIA**, ao final da execução do Plano de Trabalho, os seguintes documentos ou informações:

I – entrega dos documentos comprobatórios conforme plano de trabalho das metas estabelecidas:

a) Comprovação das estratégias: cópia dos contratos; prestação de contas; cópia do relatório com indicadores; cópia da auditoria realizada no período; e apresentação dos dados contábeis.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1 – A prestação de contas apresentada pela **ENTIDADE**, deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, até o final da execução do Plano de Trabalho, a exemplo, dentre outros, das seguintes informações e documentos:

I. Extrato da conta bancária específica;

II. Notas e comprovantes fiscais, inclusive recibos, com data do documento, valor, dados da Entidade e número do instrumento da parceria;

III. Comprovante do recolhimento do saldo da conta bancária específica, quando houver;

7.2 – A prestação de contas relativa à execução do termo de colaboração dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, bem como dos seguintes relatórios:

SECRETARIA DA SAÚDE

✓ AD
M
be

I. Relatório de execução do objeto, elaborado pela Entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

II. Relatório de execução financeira do termo de colaboração, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

O presente termo de colaboração poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo **MUNICÍPIO** quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

I - pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pelo **MUNICÍPIO**;

II - pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes do **MUNICÍPIO** ou do Ministério da Saúde;

III - pela não entrega dos relatórios mensais e anuais; e

IV - pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

§ Único - O **Conselho Municipal de Saúde** deverá manifestar-se sobre a rescisão deste termo de colaboração, devendo avaliar os prejuízos que esse fato poderá acarretar para a população.

SECRETARIA DA SAÚDE



CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

Caso ocorra ato em desacordo com o plano de trabalho, o **MUNICÍPIO** poderá aplicar as sanções previstas no art. 73 da lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, bem como de legislação específica.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, principalmente as referentes ao Plano de Trabalho, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

A **SECRETARIA** providenciará a publicação do extrato do presente Termo de Colaboração no Diário Oficial Municipal, de conformidade com o disposto no artigo 38, da Lei Federal 13.019, de 31 de julho de 2014 e na forma da legislação Estadual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento tem vigência de 15 de outubro de 2025 a 31 de dezembro de 2025, podendo ser renovado ou prorrogado, a critério das partes e mediante disposição de vontade expressa em documento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Capivari, Estado de São Paulo, para dirimir questões sobre a execução do presente convênio e seus aditivos que não puderem ser

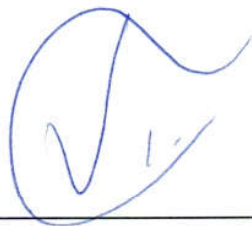
SECRETARIA DA SAÚDE

Handwritten initials: YW, M, M, R

resolvidas de comum acordo pelos partícipes, nem pelo Conselho Municipal e Estadual de Saúde.

E, por estarem, assim, justo e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

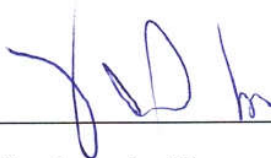
Capivari/SP, 15 de outubro de 2025.



Vitor Hugo Riccomini
Prefeito Municipal



Mateus Sousa dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



Valter Luiz de Albuquerque
Interventor - Santa Casa de Misericórdia de Capivari-SP

SECRETARIA DA SAÚDE



TESTEMUNHAS:

Luciana Sardeli dos Santos

Luciana Sardeli dos Santos

RG: 49.241.951-6

Mariana C. Oliveira Martins

Mariana Cristina de Oliveira Martins

RG: 41.586.573-6

SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO RP-09 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO
(REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO)

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): Prefeitura Municipal de Capivari.

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: Santa Casa de Misericórdia de Capivari.

TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO N° (DE ORIGEM): Termo de Colaboração 003/2025.

OBJETO: Transferência de recursos financeiros destinados ao custeio da Santa Casa de Misericórdia de Capivari, consoante ao Plano de Trabalho.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 1.850.000,00 (um milhão e oitocentos e cinquenta mil reais).

EXERCÍCIO (1): 2025.

ADVOGADO(S) / N° OAB / E-MAIL: (2) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como os processos das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos 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 extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, 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 Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), 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) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concedor e entidade beneficiária, bem como dos interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos

V A ✓

termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2024, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s).

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;
- c) Este termo corresponde à situação prevista no inciso II do artigo 30 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, em que, se houver débito, determinando a notificação do responsável para, no prazo estabelecido no Regimento Interno, apresentar defesa ou recolher a importância devida;
- d) A notificação pessoal só ocorrerá caso a defesa apresentada seja rejeitada, mantida a determinação de recolhimento, conforme §1º do artigo 30 da citada Lei.

LOCAL e DATA: Capivari, 15 de outubro de 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Vitor Hugo Riccomini

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 224.421.718-30

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Vitor Hugo Riccomini

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 224.421.718-30

Assinatura: _____

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: Valter Luiz de Albuquerque

Cargo: Interventor

CPF: 873.737.778-72

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

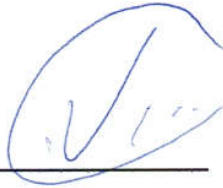
PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Vitor Hugo Riccomini

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 224.421.718-30

Assinatura: _____



Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

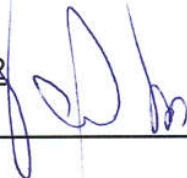
PELA ENTIDADE PARCEIRA:

Nome: Valter Luiz de Albuquerque

Cargo: Interventor

CPF: 873.737.778-72

Assinatura: _____



DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Gestor da Saúde

Nome: Mateus Sousa dos Santos

CPF: 444.250.968-94

Assinatura: _____



-
- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído.

(*) - O Termo de Ciência e de Notificação deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e de Notificação, será ele objeto de notificação específica.



PLANO DE TRABALHO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 003/2025

PROPONENTE:

Órgão/Entidade: Santa Casa de Misericórdia de Capivari				
CNPJ: 46.925.111/0001-00				
Endereço: Praça Dr. Mário Dias de Aguiar, 1				
Município: Capivari/SP				
Telefone: (19) 3491-9191				
Email: gerencia@santacasacapivari.org.br				
CPF	Nome Responsável	RG	Cargo -	Email
873.737.778-72	Valter Luiz de Albuquerque	7.902.607-2	Interventor	gerencia@santacasacapivari.sp.gov.br

CONCEDENTE:

Órgão: Prefeitura Municipal de Capivari através da Secretaria Municipal da Saúde				
CNPJ: 44.723.674/0001-90				
Endereço: Rua XV de Novembro, 639				
Município: Capivari/SP				
Telefone: (19) 3492-9200				
Email: gabinete@capivari.sp.gov.br				
CPF	Nome Responsável	RG	Cargo	Email
224.421.718-30	Vitor Hugo Riccomini	42.968.348-0	Prefeito	gabinete@capivari.sp.gov.br

GESTOR DO TERMO.

CPF	Nome Responsável	RG	Cargo	Emai
444.250.968-94	Mateus Sousa dos Santos	54.970.278-7 SSP/SP	Secretario de Saúde	secretario.saude@capivari.sp.gov.br

RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: Banco do Brasil S/A	Agência: 699-8	Conta Número: 51821-2
Praça de Pagamento: Capivari/SP		
Declaramos que a Conta Corrente aberta por ocasião do respectivo Termo de Colaboração, é exclusiva para o recebimento do recurso objeto deste Plano de Trabalho.		

CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Missão da Instituição:

"Promover qualidade de vida em saúde à todos, com excelência, em todas as áreas de atuação, contribuindo para a melhoria da sociedade em geral."

Histórico da Instituição:

A Santa Casa de Misericórdia de Capivari, fundada em 29 de Junho de 1898, com sede e foro na cidade de Capivari, Estado de São Paulo, atualmente em intervenção municipal, é uma entidade beneficente, de



caráter filantrópico, sem finalidade lucrativa ou econômica, que tem por objetivo prestar assistência, médico-hospitalar e social às pessoas que dela necessitam.

Referência SUS para o atendimento na baixa e média complexidade – assistência ambulatorial para triagem de cirurgias eletivas nas especialidades Cirúrgicas Geral, adulto e pediátrica, Ortopedia, Ginecologia/Obstetrícia, Pequenas Cirurgias (Cirurgia Plástica), Otorrinolaringologia, Urologia e Vascular, além de internações clínicas; exames de radiologia, tomografia computadorizada, colonoscopia/retossigmoidoscopia, exames de ultrassonografia e doppler, eletrocardiograma, laringoscopia e endoscopia, a uma microrregião composta pelos municípios de Capivari, Elias Fausto, Mombuca e Rafard que somam uma população estimada em 86924 habitantes (IBGE 2020).

Apesar das dificuldades que o hospital tem enfrentado ao longo de sua história, o mesmo se fará representar o seu papel dentro da sua missão que é prestar atendimento humanizado à saúde da comunidade local e regional, em nível de baixa e média complexidade, sem discriminação social, com as ações voltadas para as áreas: curativas; preventivas e educacional, norteado pelas demandas do sistema público e privado, mantidos os compromissos de caráter social e filantrópico que caracterizam a instituição.

A visão do hospital é tornar-se um hospital reconhecido regionalmente por sua capacidade de resolução com a qualidade excelência de equipe multiprofissional integrada, aliando tecnologia e capacitação profissionais permanentes.

O valor do hospital é a preservação permanente do caráter social e filantrópico em suas ações.

Reconhecer e valorizar seus funcionários, propiciando um ambiente de trabalho digno e sadio, com oportunidades de desenvolvimento humano e profissional.

Zelar pela utilização racional e equilibrada de seus recursos, visando alto- sustentação;

Ser transparente em suas relações com as comunidades: interna e externa; atuar com ética e honestidade, observados os princípios da legalidade.

O hospital pretende estabelecer a realização de ações entre os municípios da microrregião propiciando o fortalecimento da assistência hospitalar filantrópica no Sistema Único de Saúde - SUS, contribuindo com o equacionamento da difícil situação econômico-financeira desta instituição, causada principalmente pelo elevado percentual de atendimentos SUS que realiza, e possibilitando o resgate da manutenção da assistência de forma ordenada e conjunta.

Vale ressaltar que a Santa Casa de Capivari reafirma seu compromisso com o Sistema Único de Saúde – SUS, estando aberta a negociação de metas e pactos que visem favorecer o atendimento das expectativas constante do Plano Diretor Regional, em especial aqueles que contemplem as necessidades da microrregião em que está inserido o hospital, dentro dos limites da sua capacidade operacional e da sua manutenção econômica e financeira.

QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Objeto:

Empregar recurso financeiro para minimizar o impacto do deficit financeiro da entidade.

Descrição do Objeto:

Empregar recurso financeiro para financiar as ações e serviços para assistência integral à Saúde da Comunidade mediante o estabelecido no Termo de Colaboração nº 003/2025.

Objetivo:

Utilizar os recursos para custeio das despesas; produtos hospitalares, acessórios hospitalares, medicamentos, gêneros alimentícios, materiais de limpeza, materiais de escritório, pagamento de serviços médicos/hospitalares, materiais hospitalares, despesas com pessoal civil, manutenção predial, manutenção de equipamentos.



Santa Casa de Misericórdia de Capivari/SP

Justificativa:

A Instituição é um hospital geral de referência para prestação de assistência médica e hospitalar que atende grande volume de pessoas diariamente, principalmente por seus convênios e credenciamentos junto ao Sistema Único de Saúde das cidades contempladas na DRS-10 (Diretoria Regional de Saúde) e outras localidades reguladas pelo CROSS.

Assim, demonstrando atenção, responsabilidade e cuidado com os usuários e colaboradores da instituição, consideramos fundamental a execução do Termo de Colaboração e respectivo Plano de Trabalho, cujas diretrizes são instituídas por legislações em vigor, que adequadamente praticadas, tornam mais segura e equilibrada a situação financeira da entidade, com maior capacidade de produção, em relação aos atendimentos prestados a população

Local: Santa Casa de Misericórdia de Capivari/SP

Observações:**METAS A SEREM ATINGIDAS**

Metas Quantitativas: Amortizar parcialmente o deficit financeiro no período.

Ações para Alcance: Implantar requisitos obrigatórios necessários para execução

Situação Atual: A receita financeira da instituição é insuficiente para custear todas as despesas

Situação Pretendida: Equacionar as contas da entidade

Indicador de Resultado: Redução do déficit financeiro da entidade

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

De: 15 de Outubro de 2025 a 31 de Dezembro de 2025.

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

100% Custeio

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Empenhos	Valor R\$	%	Proponente	%	Concedente R\$	%	Total de Desembolso R\$
Único	1.850.000,00	100,00%	0,00	0,00%	1.850.000,00	100,00%	1.850.000,00

OBSERVAÇÃO: O recurso será transferido em parcelas, de acordo com a necessidade e solicitação da entidade, dentro do prazo de vigência deste instrumento.

PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: 15 de Outubro de 2025

Término: 31 de Dezembro de 2025.

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

CPF	Nome do Gestor	RG	Cargo	E-mail
873737778-72	Valter Luiz de Albuquerque	7.902.607-2	Gerente Administrativo	gerancia@santacasacapivari.org.br



DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, DECLARO, que a entidade é apta ao recebimento dos recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Poder Executivo Municipal, na forma deste Plano de Trabalho.

Capivari, 15 de Outubro 2025.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPIVARI.
Valter Luiz de Albuquerque
Interventor