** HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIOLÂNDIA**

**Rua: 10 – nº 865 – Riolândia – SP – Cep: 15495000**

**Tefefone - Fax: 0XX17 3291 1610 ou 3291 1588 –**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**E-MAIL:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

Oficio nº HSCMR/2018

Assunto: Encaminhamento dos documentos para Celebração de Convênio

O Hospital Santa asa de Misericórdia de Riolândia, entidade filantrópica, com sede na Cidade de Riolândia, estado de São Paulo, à Rua 10 nº 865, inscrita no CNPJ: 49.017.353/0001-93, neste ato representado pelo seu Provedor Oélio Aparecido Borges, vem respeitosamente encaminhar a documentação para celebração de convenio no exercício de 2019 a esta Prefeitura Municipal de

Riolândia.

Na certeza da compreensão de V.Sª, aproveito o ensejo para reiterar protesto de estima e consideração.

Riolândia 29 de novembro de 2018.

Atenciosamente

........................................

Oélio Aparecido Borges

Provedor

Ilustríssima Senhora

Prefeita Municipal

De Riolândia

** HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIOLÂNDIA**

**Rua: 10 – nº 865 – Riolândia – SP – Cep: 15495000**

**Tefefone - Fax: 0XX17 3291 1610 ou 3291 1588 –**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**E-MAIL:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

Ofício nº 01/2018

Assunto: Solicitação de Celebração de Convenio

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia, entidade filantrópica, com sede na Cidade de Riolândia, estado de São Paulo, à Rua 10 nº 865, inscrita no CNPJ: 49.017.353/0001-93, neste ato representado pelo seu Provedor Oélio Aparecido Borges, vem respeitosamente solicitar Celebração de Convenio para custeio no ano de 2019, com o objetivo de continuar atendendo a população, para aquisição de material de consumo, prestação de serviços por terceiros e Despesa com pessoal referente a serviços médicos de Urgência/Emergência no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia e nas Unidades de Saúde do Município.

Na certeza da compreensão de V. Sª. aproveito o ensejo para reiterar protesto de estima e consideração.

Riolândia, 29 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oélio Aparecido Borges

Provedor

Ilustríssimo Senhora

Prefeita Municipal de

Riolândia

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

**PLANO DE TRABALHO DE ATIVIDADES A SEREM DESEMVOLVIDAS PARA O ANO DE 2019.**



Repasses Públicos Municipais ao Terceiro Setor

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia – SP**

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

1- IDENTIDADE DA UNIDADE

Nome: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolandia

CNPJ:- 49.017.353/0001-93

Endereço: Rua 10 N 865

CEP:- 15495-000

Cidade:- Riolandia

Estado: São Paulo

Telefone: (0XX 17) 3291 1588 ou ( 0XX 17) 3291 1610

Utilidade Publica Estadual: Resolução nº 05 de 18 de março de 1999

Utilidade Publica Municipal: Nº 001 de 25 de janeiro de 1980

Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social –CEBAS : processo 25000.052928/201081

CRM:- nº 902885 desde 16/10/1984

CNES:- 2081571

E-mail: [hscmriola@gmail.com](mailto:hscmriola@gmail.com)

Horário de funcionamento: 24 horas

2- DIRIGENTE DA ENTIDADE

Oélio Aparecido Borges

Endereço: Avenida 11 nº 312

Bairro:- Centro

Cidade:- Riolandia

Estado:São Paulo

Cep:-15495-000

Rg:- 5.435.406- SSP/SP

CPF: 272.983.708-63

Cargo: Provedor

3- IDENTIFICAÇÃO DIRETOR CLINICO

Nome:- Francisco de Assis Takeda

Endereço: Rua Francisco Ribeiro de Castro Nº 11

Bairro: COHAB I

Cidade:- Riolandia

Estado: São Paulo

Cep:- 15495-000

RG:- 4.903.217- SSP/SP

CPF: 627.805.308-04

CRM: 35099

Celular:- (17) 981428220

Mandato:- 14/05/2017 a 14/05/2019

** Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

4-FINALIDADE ESTATUTÁRIA

Manter leitos e serviços hospitalares para uso público gratuito, sem distinção de raça, cor, credo, sexo ou religião, dentro das proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos estaduais em vigor, ,cuja diretoria não perceberá nenhuma remuneração pelos serviços prestados, não distribuirá lucros, vantagens ou bonificações e dirigentes, associados ou mantenedora, sob nenhuma forma.

5-AREA DE ATUAÇÃO

Saúde

6- IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO E VIGENCIA

6.1-Prestação de serviços médicos de Urgência/Emergência no Hospital e nas unidades de Saúde do Município, materiais elétrico, materiais hidráulico, material de escritório, formulário e impressos, mão de obra, material de higiene e limpeza, material de informática, gêneros alimentícios, materiais hospitalares, encargos sociais, folha de pagamento, água e esgoto, energia , combustível , telefone , medicamento , material de raio x , prestação de serviços médicos, telefone e Internet ,contabilidade, materiais de laboratório,

6.2- Vigência do Objeto: 01/01/2019 a 31/12/2019

7-LOCAL DE ATENDIMENTO

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolandia

Rua 10 número 865

Cidade: Riolandia-SP

Telefone: ( 17)3291 1588 ou (17) 3291 1610

8- PÚBLICO ALVO

Familia

Moradores de área de ocupação

Crianças e adolescentes

Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Idosos

Mulheres

Pequenos Produtores

Portadores de deficiência

Negros e/ Quilombolas

Estudantes

Adolescentes em conflito com a Lei

Indivíduos apenados e/ou egressos do sistema penitenciário

Individuo em situação de rua (moradores de rua)

Usuários de substâncias psicoativas

Comunidades locais

Autoridades locais

** Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

9-CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

1. LEITOS OPERACIONAIS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Clinica Geral | SUS | 10 |
| Obstetricia | SUS | 06 |
| Pediatria | SUS | 05 |
| Cirurgia Geral | SUS | 04 |
| SUB-TOTAL | 69,44% | 25 |

1. LEITOS COMPLEMENTARES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CLINICA GERAL | CONVENIO/PARTICULAR | 07 |
| OBSTETRICA | CONVENIO/PARTICULAR | 01 |
| CIRURGIA GERAL | CONVENIO/PARTICULAR | 01 |
| PEDIADRIA | CONVENIO/PARTICULAR | 02 |
| SUB-TOTAL | 30,56% | 11 |
| TOTAL | 100% | 36 |

10) - JUSTIFICATIVA

Atender a demanda, mediante a prestação de serviços médicos de Urgência/Emergência no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia, e unidades de Saúde do Município à população objetivando o desenvolvimento das ações. Porque o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia é referencia em média complexidade ambulatorial e hospitalar para o próprio município composto de uma média de 11.429 habitantes ( IBGE 2013) e conta também com uma população flutuante originária das regiões norte e nordeste, que vem em busca de trabalho nas usinas de cana-de-açúcar e no serviço carcerário presente na região, contando com uma demanda de 1.000 a 1.400 pessoas para visita nas duas penitenciária local e em torno de 2.200 detentos. Turistas nos finais de semana, decorrente a Praia Artificial. A maioria dessas pessoas utiliza o serviço hospitalar e ambulatorial por motivo o Pronto Socorro ser no Hospital.

** Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

11-OBJETIVO GERAL

Tem como objetivo prestar atendimento digno ao cidadão e dar melhor qualidade aos usuários , porem a manutenção desses atendimentos depende das parcerias , para proporcionar uma contrapartida financeira e, ajudar a equilibrar o custeio dos serviços ofertados de forma permanente.

12- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Consultas
2. Internações
3. Observações
4. Raio X
5. Exames laboratoriais
6. Eletrocardiograma
7. Imobilização
8. Curativo
9. Suturas
10. Inalação
11. Ultrassom
12. Fisioterapia nos internados
13. Partos
14. Cesário
15. Atendimento/Urgência e Emergência

13- MÉTODOS

1. Reuniões mensais : com funcionários e médicos.
2. Palestras: Espaço para o Público alvo para participação dos beneficiários. A atividade foi implantada, através de palestras e visitas pelos agentes comunitários de saúde de acordo com a capacidade de absorção de nossa clientela.
3. Ações para dar visibilidade, ( campanhas, capacitação de lideranças, promover a conscientização acerca dos direitos e leis, etc. ): A entidade divulga o balancete mensalmente e também cursos de capacitação de liderança e promove ocasiões para conhecimento de seus funcionários.
4. Pesquisa nas realizações com o publico alvo: Através de um contato investigativo com cada paciente descobrindo vários outras hipóteses de diagnósticos.
5. Mecanismos de avaliação e atividades prestados: Mantém o Técnico de segurança do trabalho, e assim os profissionais se tornaram mais consciente dos riscos e benefícios que cada um corre, no ambiente de trabalho.

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

14- METAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14.1- Descrição do Projeto e sua duração |  |  |
|  | Período da | Execução |
|  |  |  |
| Prestação de serviços médicos de Urgência/Emergência no hospital e nas unidades de Saúde do Município, material elétrico, materiais hidráulico, materiais de escritório, formulário e impressos, mão de obra, material de | Inicio | Termino |
| Higiene e limpeza, material de informática, gêneros alimentícios, materiais hospitalares, encargos sociais, folha de pagamento, agua e esgoto, energia, combustível, telefone, medicamento, materiais de raio x, prestação de serviços médicos, telefone e internet, contabilidade e materiais de laboratório. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 01/01/19. | 31/12/19. |

141.1- Especificação

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meta | Etapa | especificação fase | Indicador fisico | | Duração | |
|  |  |  | Unidade | Quantidade | Inicio | Termino |
| 1 | 1.1 | Custeio dos Serviços |  |  |  |  |
|  |  | Colocados à disposição |  |  |  |  |
|  |  | Na área da saúde. | demanda | 100% | 01/2019 | 12/2019 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

O Centro de Saúde é fechado a partir das 17 horas e a partir deste horário funciona até as 07:00 horas da manhã de segunda-feira a sexta-feira no Hospital, e também os feriados, sábados e domingos, o acompanhamento dessas atividades desenvolvidas é realizado pelo enfermeiro responsável e setor administrativo.

a)- Laboratório:- próprio do Hospital e alguns exames são realizados em laboratório de terceiros.

b)Internações: Atende clinica médica, cirúrgica, ginecológica e Pediatra.

c)- Fisioterapias : realizada em pacientes internados

****

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

.

d)- Radiologia:- Realiza em pacientes externos e internos

e) Eletrocardiograma:- realizado em internados e ambulatório

f) Ultrassonografia: realizado em pacientes internos e ambulatório

15) ESTRUTURA FÍSICA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Informações Gerais | | | Hospittal Santa Casa de Riolandia | | | | | | |
| Instalações Fisica para Assistencia | | |  | | | |  | | |
| Urgencia/Emergencia | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| **Instalação**: | | | **Qtde/Consultorio** | | | | **Leitos/Equipa/tos** | | |
| Sala de Atendimento a paciente critico/sala de esterilização | | | 1 | | | | 0 | | |
| Sala de Atendimento Indiferenciado ( consultório) | | | 1 | | | | 0 | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| **AMBULATORIAL** | | | **Qtde/Consultorio** | | | | **Leitos/Equipa/tos** | | |
| **Instalação:** | | |  | | | |  | | |
| Clinicas indiferenciado | | | 1 | | | | 0 | | |
| Sala de curativo | | | 1 | | | | 0 | | |
| Sala de Nebulização | | | 1 | | | | 0 | | |
| Sala de repouso/Obsevação - indiferenciado | | | 1 | | | | 5 | | |
| **HOSPITALAR** | | |  | | | |  | | |
| **Instalação** | | | **Qtde/Consultório** | | | | **Leitos/Equipamentos** | | |
| Sala de Cirurgia | | | 1 | | | | 0 | | |
| Sala de Parto Normal | | | 1 | | | | 0 | | |
| Sala de pré-parto | | | 1 | | | | 3 | | |
| Leitos de alojamento conjunto | | | 0 | | | | 3 | | |
| Leitos RN Normal | | | 0 | | | | 6 | | |
| **SERVIÇOS DE APOIO** | | | |  | | | |  | |
| Serviço: | | | |  | | | | **Características** | |
| Ambulância | | | |  | | | | Terceirizado | |
| Central de Esterilização de materiais | | | |  | | | | Próprio | |
| Farmácia | | | |  | | | | Próprio | |
| Lavanderia | | | |  | | | | Próprio | |
| Nutrição e Dietética ( S.N.D) | | | |  | | | | Próprio | |
| S.A.M.E ou S.P ( serviço de prontuário de paciente) | | | |  | | | | Próprio | |
| Serviço de manutenção de equipamentos | | | |  | | | | Terceirizado | |
|  |  |  | | |  |  | | |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Ambulatorial Hospitalar

Caracteristica Sus Não Sus Sus Não Sus

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviço de diagnostico por anatomia | terceirizado | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Patologia e/ou citopato |  |  |  |  |  |
| Serviço de Diagnostico por imagem | Próprio | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Serviço de diagnostico por Laboratório |  |  |  |  |  |
| próprio de diagnostico por métodos | Próprio | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| gráficos Dinâmicos |  |  |  |  |  |
| Serviço de farmácia | Próprio | SIM | NÃO | SIM | Não |
| Serviço de Fisioterapia | Próprio | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Serviço de Hemoterapia | Próprio e |  |  |  |  |
|  | tercerizado | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Serviço de Urgência e Emergência | Proprio | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMISSÕES E OUTROS** | | | |
| Descrição | | | |
| Analise de Óbitos e Biopsias | | | |
| Ética Médica | | | |
| Notificação de Doenças | | | |
| Controle de Infecção Hospitalar e Revisão de Prontuários | | | |
|  | | | |
| **SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO** |  |  |  |
| Serviço | Classificação | Terceiro | Proprio |
| Serviço de Fisioterapia | Assistência Fisioterapeutica cardiovasculares |  | interno |
|  | e pneumofuncional | NÃO | SIM |
| Serviço de Fisioterapia | Assistência Fisioterapeutica nas alterações |  |  |
|  | em neurologia | NÃO | SIM |
| Serviço de Fisioterapia | Asssistência Fisioterapeutica nas Disfunções |  |  |
|  | Musculo Esquelet | NÃO | SIM |
| Serviço de Urgência/Emergência | Estabilizador de paciente critico/grave | NÃO | SIM |
| Serviço de diagnostico por métodos |  |  |  |
| gráficos dinâmicos | Exame eletrocardiografico | NÃO | SIM |
| Serviço de diagnostico por anatomia |  |  |  |
| patologica e ou citopato | Exames anátomo patológicos | SIM | NÃO |
| Serviço de diagnostico por |  |  |  |
| Laboratório Clinico | Exames Bioquímicos | Não | SIM |
| Serviço de diagnostico por anatomia | Exames Citológicos | SIM | Não |
|  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Laboratório Clinico | Exames Coprologicos | | | | | | NÃO | SIM | |
|  |  | | | | | |  |  | |
| Serviço de diagnostico po |  | | | | | |  |  | |
| Laboratório Clinico | Exames de Uro analise | | | | | | NÃO | SIM | |
| Serviço de Diagnostico por | Exames em outros Liquido Biológicos | | | | | | NÃO | SIM | |
| Laboratório Clinico |  | | | | | |  |  | |
| Serviço de Diagnostico po | Exames Hematológicos e Hemostasia | | | | | | NÃO | SIM | |
| Laboratório Clinico |  | | | | | |  |  | |
| Serviço de Diagnostico po | Exames Hormonais | | | | | | NÃO | SIM | |
| Laboratório Clinico |  | | | | | |  |  | |
| Serviço de Diagnostico po |  | | | | | |  |  | |
| Laboratório Clinico | Exames Imuno hematológicos | | | | | | NÃO | SIM | |
| Serviço de Diagnostico po |  | | | | | |  |  | |
| Laboratório Clinico | Exames Micro biológicos | | | | | | NÃO | SIM | |
| Serviço de Diagnostico po | Exames Sorolígicos e Imunológicos | | | | | | NÃO | SIM | |
| Laboratório Clinico |  | | | | | |  |  | |
| Serviço de Farmacia | Farmácia Hospitalar | | | | | | NÃO | SIM | |
| Serviço de Hemoterapia | Medicina Transfusional | | | | | | SIM | SIM | |
| Serviço de Urgencia/Emergencia | Pronto Atendimento | | | | | | NÃO | SIM | |
| Serviço de diagnóstico por imagem | Radiologia | | | | | | NÃO | SIM | |
| Serviço de diagnóstico por imagem | Ultrassonografia | | | | | | NÃO | SIM | |
| Outros |  | | | |  | | | |
| Nível de Hierarquia | Tipo de Unidade | | | | Turno de Atendimento | | | |
|  | Hospital Geral | | | | Atendimento continuo de 24 horas /dia | | | |
|  |  | | | | Plantão: inclui Sabados, Domingos e Feriados) | | | |
| Outros | |  |  | Outros | |  | | |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA | | | |  | |  | | |
| Equipamento: | |  | existente | em uso | | SUS | | |
| BERÇO AQUECIDO | |  | 3 | 3 | | SIM | | |
| DESFIBILADOR | |  | 1 | 1 | | SIM | | |
| EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA | |  | 3 | 3 | | SIM | | |
| INCUBADORA | |  | 2 | 2 | | SIM | | |
| MONITOR DE ECG | |  | 1 | 1 | | SIM | | |
| REANIMADOR PULMONAR/AMBU | |  | 4 | 4 | | SIM | | |
| RESPIRADOR/VENTILADOR Outros | |  | 1 | 1 | | SIM | | |
|  | |  |  |  | |  | | |
|  | | | |  | |  | | |
|  | |  |  |  | |  | | |
|  | |  |  |  | |  | | |
|  | |  |  |  | |  | | |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

**16-DETALHAMENTO DAS DESPESAS**

ESPECIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE JANEIRO MA DEZEMBRO DE 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | | JUNHO | | TOTAL | | VALOR | |
| PLANTÃO 24 HRS SABADO E DOMINGO R$ 1.000,00/12HRS | **16** | **16** | **16** | **16** | | **16** | | **20** | | **100** | | **R$ 100.000,00** | |
| PLANTÃO 12 HRS SEGUNDA A QUINTA ( NOTURNO) | **17** | **16** | **16** | **18** | | **17** | | **15** | | **99** | | **R$ 99.000,00** | |
| PLANTÃO SEXTA-FEIRA R$ 1.100,00/HRS | **4** | **4** | **4** | **3** | | **5** | | **4** | | **24** | | **R$ 26.400,00** | |
| PLANTÃO 24 HRS FERIADO ESPECIAIS DOBRADO CADA 12 HRS R$ 2.000,00 | **4** | **0** | **14** | **2** | | **2** | | **2** | | **24** | | **R$ 24.000,00** | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |
| PLANTÃO MÉDICO DIURNO CADA 12 HRS R$ 1.000,00 | **23** | **21** | **21** | **22** | | **21** | | **20** | | **128** | | **R$128.000,00** | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | **R$351.000,00** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

ESPECIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES DE SERVIÇOS DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | JULH | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL | VALOR |
| PLANTÃO 24 HRS SABADO E DOMINGO R$.000,00/12HRS | 16 | 18 | 18 | 16 | 18 | 18 | 104 | R$104.000,00 |
| PLANTÃO 12 HRS SEGUNDA A QUINTA ( NOTURNO | 17 | 17 | 17 | 18 | 16 | 14 | 99 | R$99.000,00 |
| PLANTÃO SEXTA-FEIRA R$ 1.100,00 (NOTURNO) | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 25 | R$27.500,00 |
| PLANTÃO 24 HRS FERIADO ESPECIAIS DOBRADO CADA 12 HRS R$ 2.000,00 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 16 | 22 | R$ 22.000,00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PLANTÃO MEDICO DIURNO CADA 12 HRS R$ 1000,00 | 23 | 22 | 20 | 23 | 21 | 22 | 131 | R$131.000,00 |
| TOTA |  |  |  |  |  |  |  | **R$383.500,00** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

**ESPECIFICAÇÃO DE PLANTÕES MÉDICOS NA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE JANEIRO A DEZEMBRO 2019**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PLANTÕES MEDICO CLINICO NA UNIDADE DE SAÚDE**  **HORAS** | **VALOR** |
| **JANEIRO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **FEVEREIRO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **MARÇO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **ABRIL** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **MAIO** | **639** | **R$ 51,759,17** |
| **JUNHO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **JULHO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **AGOSTO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **SETEMBRO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **OUTUBRO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **NOVEMBRO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **DEZEMBRO** | **639** | **R$ 51.759,17** |
| **TOTAL** | **7.668** | **R$ 621.110,04** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospital Santa Casa de Misericordia de Riolandia** |  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ( R$ 2.640.000,00)**

**Natureza da despesa: Convênio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MÊS** | **OBJETO** | **PROPONENTE** | **CONCEDENTE** |
| **1º MES** | **CUSTEIO** | **.................** | **220.000,00** |
| **2º MES** | **CUSTEIO** | **.................** | **220.000,00** |
| **3º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **4º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **5º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **6º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **7º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **8º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **9º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **10º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **11º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **12º MÊS** | **CUSTEIO** | **................** | **220.000,00** |
| **VALOR TOTAL** |  |  | **2.640.000,00** |

Inicio: A partir da data do recebimento do recurso financeiro

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospital Santa Casa de Misericordia de Riolandia** |  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrição | | | | | | | | | Percentual | Valor R$ | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
| Prestação de Serviços Médicos PJ + RPA | | | | | | | | | **50,00%** | R$ 110.282,49 | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
| **Total Prestação de Serviços Médicos** | | | | | | | | |  | **R$ 110.282,49** | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
| Salarios | | | | | | | | | 26,65% | R$ 58.487,07 | | |
| 13º Salario | | | | | | | | | 1,63% | R$ 3.582,00 | | |
| INSS | | | | | | | | | 2,74% | R$ 6.013,00 | | |
| FGTS | | | | | | | | | 2,87% | R$ 6.300,00 | | |
| PIS | | | | | | | | | 0,35% | R$ 768,33 | | |
| **Total Folha de Pagamento** | | | | | | | | | **34,24%** | **R$ 75.150,40** | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
| Agua | | | | | | | | | 0,48% | R$1.061,00 | | |
| Luz | | | | | | | | | 1,27% | R$ 2.791,00 | | |
| Telefone/Internet | | | | | | | | | 0,28% | R$ 608,00 | | |
| Material de Limpeza e/Higiene | | | | | | | | | 0,48% | R$ 1.057,00 | | |
| Materiais de Escritório | | | | | | | | | 0,24% | R$ 525,00 | | |
| Serviço de Contábeis | | | | | | | | | 1,05% | R$ 2.310,00 | | |
| Medicamento | | | | | | | | | 1,96% | R$ 4.292,63 | | |
| Material Hospitalar | | | | | | | | | 1,84% | R$ 4.040,48 | | |
| Férias Pecúnia e 1/3 de férias ( folha) | | | | | | | | | 3,04% | R$ 6.666,67 | | |
| Raio X ( revelador, fixador e Filme) | | | | | | | | | 0,80% | R$ 1.766,00 | | |
| Material de Laboratório | | | | | | | | | 0,95% | R$ 2.083,00 | | |
| Alimentação | | | | | | | | | 0,70% | R$ 1.536,00 | | |
| Confins/PIS/CSLL/s/PJ | | | | | | | | | 1,87% | R$ 4.106,00 | | |
| IRRS S/PJ | | | | | | | | | 0,72% | R$ 1.574,33 | | |
| Utensílios de cozinha | | | | | | | | | 0,07% | R$ 150,00 | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
| **TOTAL DE INSUMOS E DESPESA** | | | | | | | | | **15,76%** | **R$ 34.567,11** | | |
| **TOTAL GERAL MENSAL** | | | | | | | | | 100% | **R$ 220.000,00** | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
| **Hospital Santa Casa de Misericordia de Riolandia** | |  | |  | |  | |  | | | |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

**17- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Especificação** | Fev/19. | Mar/19. | Abr/19. | Mai/19. | jun/19. | jul/19 |
| **Serviços Médicos** | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 |
| **- Salarios** | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 |
| **-13º Salario** | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 |
| **-INSS** | 6.013,00 | 6,013,00 | 6.013,00 | 6.013,00 | 6.013,00 | 6.013,00 |
| **-FGTS** | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 |
| **-PIS** | 768,33 | 768,33 | 768,33 | 768,33 | 768,33 | 768,33 |
| **-Agua** | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 |
| **-Eletrico(energia)** | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 |
| **Telefone/Internet** | 608,00 | 608,00 | 608,00 | 608,00 | 608,00 | 608,00 |
| **Material de Limpeza e/Higiene** | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 |
| **Material de Escritorio** | 525,00 | 525,00 | 525,00 | 525,00 | 525,00 | 525,00 |
| **Serviços Contabéis** | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 |
| **Medicamento** | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 |
| **Material Hospitalar** | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 |
| **Férias Pecúnia e 1/3 férias(folh** | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 |
| **Raio X**( revelador, fixador e Filme) | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Alimentação** |  |  |  |  |  |  | | 1536,00 | 1.536,300 | 1.536,00 | 1.536,00 | 1.536,00 | 1.536,00 |
| **Material de Laboratório** | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 |
| **Cofins/PIS/CSLL/sPJ** | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 |
| **IRR S/PJ** | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 |
| **Utensílios de cozinha** | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 |
| **TOTAL MES** | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospital Santa Casa de Misericordia de Riolandia** |  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

[**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**](http://www.hospitalsantacasariolandia.com.br)

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Especificação** | Agost/19. | Set/19. | Out/19. | Nov/19. | Dez/19. | Jan/20 |
| **Serviços Médicos** | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 | 110.282,50 |
| **- Salarios** | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 | 58.487,07 |
| **-13º Salario** | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 | 3.582,00 |
| **-INSS** | 6.013,00 | 6,013,00 | 6.013,00 | 6.013,00 | 6.013,00 | 6.013,00 |
| **-FGTS** | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 | 6.300,00 |
| **-PIS** | 768,33 | 768,33 | 768,33 | 768,33 | 768,33 | 768,33 |
| **-Agua** | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 | 1.061,00 |
| **-Eletrico(energia)** | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 | 2.791,00 |
| **Telefone/Internet** | 608,00 | 608,00 | 608,00 | 608,00 | 608,00 | 608,00 |
| **Material de Limpeza e/Higiene** | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 | 1.057,00 |
| **Material de Escritorio** | 525,00 | 525,00 | 525,00 | 525,00 | 525,00 | 525,00 |
| **Serviços Contabéis** | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 | 2.310,00 |
| **Medicamento** | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 | 4.292,63 |
| **Material Hospitalar** | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 | 4.040,48 |
| **Férias Pecúnia e 1/3 férias(folh** | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 | 6.666,67 |
| **Raio X**( revelador, fixador e Filme) | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 | 1.766,00 |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Alimentação** |  |  |  |  |  |  | | 1536,00 | 1.536,300 | 1.536,00 | 1.536,00 | 1.536,00 | 1.536,00 |
| **Material de Laboratório** | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 | 2.083,00 |
| **Cofins/PIS/CSLL/sPJ** | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 | 4.106,00 |
| **IRR S/PJ** | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 | 1.574,33 |
| **Utensílios de cozinha** | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 |
| **TOTAL MES** | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 | 220.000,00 |

**TOTAL GERAL NO ANO ..........R$ 2.640,00**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**

**Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**

**Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com)

18-VIGENCIA

O prazo de vigência será de 12 ( doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado e/ou alterado, mediante a celebração de termo aditivo de Retificação.

Início Término

01/02/2019 31/01/2020

19- DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao (Orgão público interessado), para os efeitos me sob as penas da lei, que inexiste 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

Riolândia,/SP, 29/11/2018

...........................................................

Proponente

Oélio Aparecido Borges- Provedor

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  |  |  |  | |
| **Hospital Santa Casa de Misericordia de Riolandia** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |   **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia**  **Rua: 10 – n º 865 – Riolândia \_ SP – Cep: 15495-000**  **Fone / Fax: (17) 3291-1588 / 3291-1610**  **CNPJ: 49.017.353/0001-93**  **www.hospitalsantacasariolandia.com.br**  **e-mail:** [**hscmriola@gmail.com**](mailto:hscmriola@gmail.com) |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| **20- APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE O PLANO DE TRABALHO PARA 2019.**  APROVADO  ................................................................. .......................................................  Local e data Ordenador da Despesa | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

**DIRETOR DA SAUDE QUE TEM QUE FAZER**

**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaro para os devidos fins e Direitos ,que o Conselho Municipal de Saúde de Riolandia, tem CIÊNCIA e APROVA o pedido de CONVENIO com o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolandia, situado a Rua 10 nº 865,portador do CNPJ Nº 49.017.353/0001-93, para o exercício de 2019.

Riolandia, 29 de Novembro de 2018.

............................................

Diretor da Saude ou Secretario

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS METAS

DECLARO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação de CEBAS-SAÚDE, que o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolandia, com sede à Rua Dez, nº 865, Centro, na cidade de Riolândia, Estado São Paulo, CNPJ n.º 49.017.353/0001-93, CNES nº 2081571, demonstrou tendências positivas, no período de 01/01/2014 a 31/12/2014, as metas quantitativas e qualitativas de internação e de atendimentos ambulatoriais estabelecidos no Termo Aditivo ao convênio nº 01/2013, celebrado em **06/03/2013**, com prorrogação até 31 de dezembro de 2014.

Riolandia , 27 de Janeiro de 2017.

.........................................................................................  
(Assinatura e carimbo do Gestor do SUS ou assinatura  
e carimbo do Coordenador da CIB)

mac

DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DECLARO, para fins de instrução de processo de concessão ou renovação do CEBAS-SAÚDE, em conformidade com o art. 59 da Portaria GM/MS n° 1.970, de 2011, que Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia, com sede Rua 10 N 865na cidade de Riolândia, Estado SP, CNPJ n.º **49.017.353/0001-93**, CNES nº 2081571, prestou regularmente serviços ao SUS, no período de /10/2011 a 28/02/2013 e que percebeu a respectiva remuneração pelos serviços prestados.

.Riolandia,21 de Março de 2013

.........................................................................................  
(Assinatura e carimbo do Gestor do SUS ou assinatura  
e carimbo do Coordenador da CIB)

**HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA Rua: 10 – nº 865 – Riolândia – SP – Cep: 15495000**

**Telefone - Fax: 0XX17 3291 1610 ou 3291 1588 –**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**E-MAIL: hscmriola@gmail.com**

Riolândia 30Novembro de 2018. ( Fazer)

Ao

Setor de Saúde de Riolândia

Riolândia - Sp

Referencia:- Oferta de Prestação de serviços ao SUS

Prezados(as) Senhores (as),

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia, nas pessoas, Provedor Oélio Aparecido Borges e Administradora Hospitalar Esmênia Carvalho Alves Garcia, vem mui respeitosamente, pelo presente expediente, **ofertar prestação de serviços ao SUS, no percentual de 60%,**do total dos procedimentos realizados nesta entidade no ano de 2019.

Sem mais para o momento, ratificamos nossos protestos de elevada estima e consideração.

**Atenciosamente,**

Oélio Aparecido Borges Esmênia Carvalho Alves Garcia

Provedor Administradora Hospitalar

**HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA Rua: 10 – nº 865 – Riolândia – SP – Cep: 15495000**

**Telefone - Fax: 0XX17 3291 1610 ou 3291 1588 –**

**CNPJ: 49.017.353/0001-93**

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

**E-MAIL: hscmriola@gmail.com**

**DECLARAÇÃO**

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia, portador do CNPJ nº 49.017.353/0001-93,situado a Rua 10 n865, nesta Cidade de Riolândia - SP, representado pelo seu provedor Oélio Aparecido Borges, DECLARA para os devidos fins e direitos, que tem experiência anterior nas atividades desenvolvidas no plano de trabalho, para que o município custeie essas atividades no exercício de 2019.

Riolândia, 29 de Novembro de 2018.

...................................................

Oelio Aparecido Borges

Provedor

**** HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIOLÂNDIA

RUA: 10 – 865 – Riolândia – Cep: 15495-000

CNPJ: 49.017.353/0001-93

**www.hospitalsantacasariolandia.com.br**

E-MAIL:[hscmriola@gmail.com](mailto:hscmriola@gmail.com)

A

Prefeitura Municipal de Riolândia

Assunto: comprovação de conta bancária especifica , para concessão de Subvenção Social.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Riolândia, tendo como representante o Provedor Oélio Aparecido Borges , encaminha a esta Prefeitura Municipal de Riolândia numero da conta Bancaria do Banco do Brasil sendo Banco 001 ,agencia nº.5824-6 e conta corrente nº. 1704-3 onde será repassado o valor do Convenio , no ano de 2019.

Riolândia, 29 de novembro de 2018.

...............................................................

Oelio Aparecido Borges

Provedor

**** HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRD000IA DE RIOLÂNDIA

RUA: 10 – 865 – Riolândia –3 Cep: 15495-000

CNPJ: 49.017.353/0001-93

Hospitalsantacasariolandia.com.br

E-MAIL: [hscmriola@gmail.com](mailto:hscmriola@gmail.com)

**CADASTRO DO RESPONSÁVEL QUE ASSINOU CONTRATO OU ATO JURÍDICO ANÁLOGO E/OU TERMO ADITIVO,MOFICATIVO OU COMPLEMENTAR.**

**Entidade**: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIOLÂNDIA

**Objeto**: CONVENIO

**Contratada**: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIOLÂNDIA

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** | **Oélio Aparecido Borges** |
| **Cargo** | **Provedor** |
| **RG nº** | **5.435.406** |
| **Endereço Residencial** | **Avenida 11 N 312** |
| **Endereço Comercial** | **Rua 10 nº 865** |
| **Telefone** | **(17) 81475881** |
|  |  |

Riolândia, 29 de Novembro de 2018.

....................................................

Oélio Aparecido Borges

Provedor