

PLANO DE TRABALHO

FOLHA PAGAMENTO

Ano 2020

Itararé
2020



PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS PROPONENTE

Órgão/Entidade Santa Casa de Misericórdia de Itararé				C.N.P.J 50.055.250/0001-05	
Endereço Rua São Pedro, 30					
Cidade Itararé	U.F. SP	CEP 18.460-000	DDD/Telefone 3532.5882	FAX	E.A. Filantropica
Nome do Responsável ORLANDO NUNES DA SILVA				C.P.F. 331.658.758-63	
C.I./Órgão Expedidor 43.360.295-8 SSP/SP		Cargo Interventor	E-mail: gestor@santacasaitarare.com.br		

2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto	Folha Pagamento	
Período de Execução	Início 06/2020	Término 12/2020

Identificação do Objeto

Folha Pagamento

Justificativa da Proposição

A Santa Casa Instituição filantrópica, fundada em 18 de Maio de 1914. Hospital Geral com nível de hierarquia 07- Média – M3 e Atendimento contínuo de 24 horas/dia (plantão: incluem sábados, domingos e feriados) Atualmente com 83 leitos, com mais de 80% destinados ao acolhimento da população que depende do SUS. Sendo o único hospital do município, além atender a população local, atende também a microrregião e alguns municípios fronteiriços do Estado do Paraná.

O repasse é necessário para o Folha Pagamento.

3. CRONOGRAMA FISICO

Descrição	Duração	
	Início	Término
Folha de Pagamento	06/2020	12/2020

4. PLANO DE APLICAÇÃO (R\$)

	Etapas	Descrição	Valores Anual
Folha de Pagamento	01	Folha de Pagamento	R\$ 81.523,00

4.1 PLANO DE APLICAÇÃO (R\$)

ESPECIFICAÇÃO	ANUAL
TOTAL DO DESEMBOLSO:	R\$ 81.523,00
TOTAL ANO:	R\$ 81.523,00

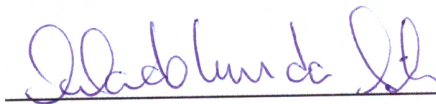
5- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$)

Ano	Mês	Valor
2020	Junho	R\$ 81.523,00
TOTAL DESEMBOLSO:		R\$ 81.523,00

6. PROPONENTE

Na qualidade de representante de atos de ordenação de despesas da Santa Casa de Misericórdia de Itararé,
Pede deferimento

Itararé, ____/____/2020.

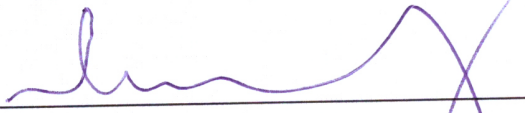


ORLANDO NUNES DA SILVA
Santa Casa de Misericórdia Itararé
Decreto nº 174 de 07/12/2017

7. VISTO – SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

O presente documento foi analisado pela SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, que constatou nesta data estarem corretas as especificações, forma e desembolso dos valores a serem aplicados na execução dos serviços listados.

Itararé, ____/____/2020.

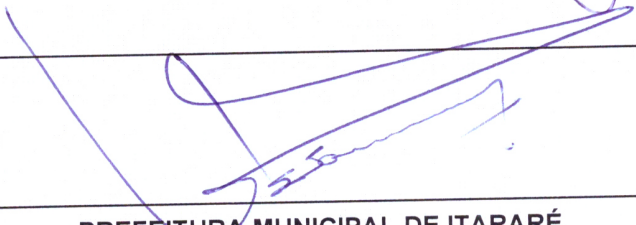


SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE
MARCUS VINICIUS PEREIRA GONÇALVES

8. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado

Itararé, ____/____/2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARARÉ
HELITON SCHEIDT DO VALLE