

PLANO DE TRABALHO
2º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 001/2020 DE 01 DE JUNHO DE 2020

| 1) DADOS CADASTRAIS | | | | |
|---|--|--------------------------|--|-------------------------|
| ENTIDADE: Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa | | | | |
| CNPJ: 28.683.712.0001/71 | | | CNES: 2280051 | |
| ENDEREÇO: Rua Pinto Ribeiro, 205, Centro | | | | |
| CIDADE: Barra Mansa | UF: RJ | CEP: 27310-420 | (DDD) TELEFONE: (24) 3325-8300 | |
| CONTA CORRENTE: 1830-1 | BANCO: Caixa Econômica Federal | | AGÊNCIA: 0176 | OPERAÇÃO: 003 |
| NOME DO RESPONSÁVEL: Getúlio José Pereira | | | CPF: 712.626.957-91 | |
| RG/ORGÃO EXPEDIDOR: 52468276 CRM/RJ | | | CARGO: Provedor | |
| EMAIL: provedoria@scbm.org.br | | | (DDD) TELEFONE: (24) 3325-8301 | |

| 2) DESCRIÇÃO DO PROJETO | | |
|---|-----------------------------|--|
| TÍTULO DO PROJETO | PERÍODO DE EXECUÇÃO | |
| APLICAÇÃO DO RECURSO ORIUNDO DO 2º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 001/2020 DE 01 DE JUNHO DE 2020 | INÍCIO 26/08/2020 | PREVISÃO DE TÉRMINO 31/12/2020 |

| 3) JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---|---|----------------|
| Item | Meta | Ação | Justificativa | Valor |
| 1 | Adequação de Pessoal | Pagamento da equipe relacionada com o COVID-19 | Pagamento do salário dos colaboradores postos em risco ao atender pacientes com suspeita de COVID-19. | R\$ 500.000,00 |
| 2 | Adequação de Pessoal | Pagamento dos honorários da equipe médica direcionada para a ala COVID-19 | Pagamento dos profissionais médicos envolvidos no atendimento de pacientes da ala COVID-19. | R\$ 300.000,00 |
| 3 | Incremento do Custeio | Quitação das Contas de Água e Luz | Pagamento das despesas básicas para manter o funcionamento do hospital. | R\$ 300.000,00 |



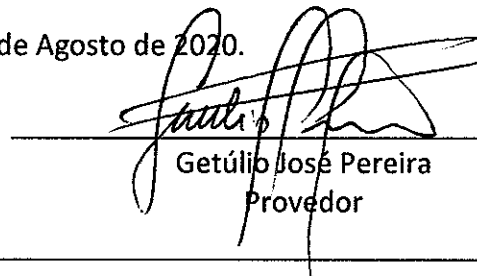
| | | | | |
|--------------|-----------------------|---|---|------------------------|
| 4 | Incremento do Custeio | Aquisição de materiais e medicamentos relacionados com o COVID-19 | Pagamento de materiais e medicamentos utilizados para atendimento aos pacientes com suspeita de COVID-19, inclusive equipamentos de proteção individual dos colaboradores da Santa Casa (assistenciais e/ou administrativos). | R\$ 600.000,00 |
| 5 | Incremento do Custeio | Aquisição de Oxigênio Líquido Medicinal | Disponibilização de O ² para pacientes internados diagnosticados com COVID-19 | R\$ 300.000,00 |
| TOTAL | | | | R\$2.000.000,00 |

4) DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE DEFERIMENTO

Na qualidade de representante legal, declaro, para fins de prova junto ao Município de Barra Mansa-RJ, ter conhecimento do 2º Termo Aditivo ao Convênio nº 001/2020 de 01 de Junho de 2020, para execução das dotações consignadas no Fundo Municipal de Saúde.

Peço o deferimento ao que ora é solicitado para fins de executar o Plano de Trabalho proposto.

Barra Mansa-RJ, 17 de Agosto de 2020.



Getúlio José Pereira
Provedor