



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO
PLANO DE TRABALHO

CADASTRO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE E DO DIRIGENTE – ANEXO I

I – Identificação do Proponente

1 – CNPJ 22.938.757/0001-63	2 – Denominação conforme contido no Cartão do CNPJ MUNICIPIO DE BOM JESUS DO TOCANTINS	3 – Exercício 2021	
4 – Endereço AV JARBAS PASSARINHO, SN.			
5 – Município: Bom Jesus do Tocantins		6 – CEP 68.525-000	7 – UF: PA
8 – DDD 94	9 – Telefone 3341-1150/1125	10 – Celular 99203-7844	11 – E-mail Joao4936@hotmail.com

II – Identificação do Dirigente do Proponente

12 – Nome Completo: JOÃO DA CUNHA ROCHA			13 – Cargo ou Função: Prefeito
14 – Data de Posse 01/01/2021	15 – CPF 477.258.002-63	16 – RG 2336562	17 – Órgão Expedidor/Data PC/PA / 29/06/2007
18 – Endereço Residencial: 2 N. 0 - Q0 L0 N0. Centro			
19 – Município: Bom Jesus do Tocantins		20 – CEP: 68525-000	21 – UF: PA
22 – Telefone Residencial/Celular (94) 99203-7844		23 – E-mail: Joao4936@hotmail.com	

III – Identificação do Concedente

24 – Nome Completo Rômulo Rodovalho Gomes		25 – Cargo ou Função SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE	
26 – Data de Posse 01/07/2020	27 – CPF 182.233.0001-76	28 – RG 1621605	29 – Órgão Expedidor/Data SSP-DF – 24/04/1992
30 – Endereço Oficial: Travessa Iomas Valentina nº 2190 – Marco			
31 – Município: Belém		32 – CEP: 66.093-677	33 – UF: PA
34 – Telefone : 91-4006-4356		35 – E-mail: Gabinete.sec@sespa.pa.gov.br	

IV – Autenticação

Data 08/11/21	Nome do Dirigente ou do Representante Legal JOÃO DA CUNHA ROCHA	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800 263 <small>Assinado de forma digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla v5, ou=38038006000120, ou=Presencial, ou=Certificado PF A3, cn=JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Dados: 2021.11.08 15:55:04 -03'00'</small>
---------------	--	---



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO

PLANO DE TRABALHO

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS CONDICIONANTES LEGAIS – ANEXO II

I – Identificação do Proponente:

EU, JOÃO DA CUNHA ROCHA, CPF: 477.258.002-63, para fins de celebração de convênio no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde Pública, visando à obtenção de recursos, sob as penalidades da lei declara que o município de Bom Jesus do Tocantins – PA.

1. Se órgão ou entidade da Administração Pública Estadual, não está inadimplente com:

- a) A União (Fazenda nacional) e Fazenda Estadual, inclusive no que concerne às contribuições relativas ao PIS/Pasep, de que trata o art. 239 da Constituição Federal.
- b) O Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Pará, Estado ou Município, na forma do Plano de Trabalho, e ainda, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência.

2. Se órgão ou entidade da Administração Pública Federal ou Municipal:

- a) O Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Pará, na forma do Plano de Trabalho, e ainda, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência, observado o disposto no § 3º do art. 25, da Lei Complementar nº 101/2000.
- b) Instituiu, regulamentou e arrecadou todos os tributos, previstos no art. 156 da Constituição Federal, ressalvado o imposto previsto no art. 156, inciso III, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 3/93, quando comprovada a ausência do fato gerador.
- c) Incluiu os subprojetos ou subatividades contemplados pelas transferências na Lei Orçamentária da esfera de governo a que estiver subordinada a unidade beneficiada ou em créditos adicionais abertos, ou em tramitação no Legislativo local.
- d) Comunicou ao Conselho de Saúde Local sobre a proposta de projeto.

3. Se entidade privada sem fins lucrativos, declara, ainda que:

- a) Os proprietários, controladores ou diretores, não são membros do Poder Legislativo da União, Estados, DF e Municípios, bem como os respectivos cônjuges ou companheiros, nos termos do § 5º do art. 36 da Lei nº 11.439/06.
- b) Comunicou ao Conselho de Saúde Local sobre a proposta de projeto.
- c) A União (Fazenda nacional) e Fazenda Estadual, inclusive no que concerne às contribuições relativas ao PIS/Pasep, de que trata o art. 239 da Constituição Federal.
- d) O Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Pará, Estado ou Município, na forma do Plano de Trabalho, e ainda, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência.

II – Autenticação

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal
08/11/2021	JOÃO DA CUNHA ROCHA	JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 <small>Assinado eletronicamente em: 08/11/2021 15:55:30 -01'00" Df: c88f, ou=ICM-Brasil, ou=AC, ou=SOMA/1, Multisig v.5, ou=340280506080, 20, ou=Federal, ou=Certificado PI A3, em=JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Data: 2021.11.08 15:55:30 -01'00"</small>



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO
PLANO DE TRABALHO
DESCRIÇÃO DO PROJETO – ANEXO III

1 – Nome do Órgão ou Entidade Conveniente, conforme contido no Cartão do CNPJ			
MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO TOCANTINS			
2 – CNPJ	3 – Exercício	4 – UF	5 – Nº do Processo
22.938.757/0001-63	2021	PA	
6 – DDD 94	7 – Fone	8 – Celular	9 – E-mail
	3341-1150/1125	99203-7844	Joao4936@hotmail.com
10 – Nome do Banco Conveniado		11 – Nº do Banco Conveniado	
Banpará		000.755.194-0	
12 – Agência		13 – Praça de Pagamento	14 – UF
60		Bom Jesus do Tocantins	PA

15 – Descrição do Objeto

Aquisição de uma ambulância móvel tipo A 4 X 4 traçada

16 – Justificativa da Proposição

Justificamos a necessidade da ambulância móvel tipo “A” 4 X 4 traçada, devido ao aumento da população a serem atendidas pelo sistema de saúde no geral, principalmente em razão do COVID/19, e outras enfermidades e agravos que já existiam em nosso município, devido a essa situação, muitas pessoas ficaram com sequelas, hoje temos um hospital municipal de porte médio, “678624 - HOSPITAL E MATERNIDADE POPULAR” com 31 leitos que atende nas clínicas médica, obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica, ginecologia, etc. O mesmo assiste 315 pessoas/mês, entre crianças, mulheres e homens de todas as faixas etárias, além desses os que são trazidos de outros pontos de atendimentos, muitas das vezes de ambulância, citamos. Abaixo, apresentamos os PSFs da nossa região que também serão atendidos pela ambulância, quando necessário:

2329344 PSF VILA SÃO RAIMUNDO ZONA RURAL: São atendidas crianças e mulheres, até a vicinal Mãe Maria localizada a 40 km de distância da unidade. Os Atendimentos ocorrem através de demanda espontânea perfazendo um total de 2050 pessoas assistidas pela unidade;

2329352 – PSF FERROVIA KM 58: os atendimentos são realizados em crianças, mulheres e homens. Esta unidade fica a 46 km da sede. Apresentando um total de 550 pessoas assistidas pela unidade.

2622629 – CENTRO DE SAÚDE DE BOM JESUS DO TOCANTINS. (ZONA URBANA): Os atendimentos são realizados em crianças mulheres e homens perfazendo um total de 4.500 pessoas assistidas pela unidade.

5517109 – PSF BACABAL (ZONA RURAL): os atendimentos são realizados em crianças mulheres e homens. Esta unidade fica a uma distância de 76 km da sede VICINAIS e são atendidas aproximadamente 750 pessoas: Taboquinha Beira Rio, Jacundá ,Bacabal Grande, Mãe Maria, Praia dos Lençóis, Praia do Sossego, Praia do Amor. Total de acs: (dois acs)

5588154 – PSF BAIRRO SANTA MARIA (ZONA URBANA E ZONA RURAL): Os atendimentos são realizados em crianças, mulheres e homens, zona rural vicinal Brasileira, Ralim, Deus tavendo, Bacuri I Bacuri II, Égua Morta, Vicinal 01, Vicinal 02, Vicinal 03 e Alqueiro, através de demanda espontânea totalizando um montante de 3.600 pessoas assistidas pela unidade de



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO

saúde.

9527753 – PSF CORREGO LIMPO.(ZONA URBANAE ZONA RURAL), Zona rural, vicinal GAUCHA I E GAUCHA II, GROTAO DO CIPO, MACACHEIRA. Totalizando 4.000 pessoas assistidas nesta unidade de Saúde

Portanto temos uma demanda bem extensa de atendimentos aos pacientes, diariamente no município e só temos 03 ambulâncias de pequeno porte para atender toda essa população. Então a necessidade de transportar os pacientes de um local para outro é muito grande, e o município não possui ambulância suficiente para atender toda demanda diária, sendo assim, é necessário adquirir novas viaturas, para garantir o traslado dos usuários atendidos nas unidades de saúde, visto que, o atendimento não é só no setor urbano, temos também um setor rural bem extenso, como citado acima, e a população necessita de atendimento por meios adequados, principalmente os casos de urgência, que são encaminhados para o Pronto Atendimento Municipal ou para os Hospitais de referência das pactuações.

17 – Objetivos/Resultados

Objetivo - Atender todos os pacientes que realmente precisam desse traslado com segurança e dignidade, proporcionando acesso aos serviços de humanização. Com isso temos um resultado de excelente qualidade é melhoria a população do nosso município.

Resultados: Ambulância adquirida, ambulância em funcionamento, rede de urgência e emergência fortalecida.

18 – Responsável pelo Projeto

Nome: Marcelo de Oliveira Silva
Email: marcelimoliveira@hotmail.com
Telefone: (91) 99383-9651

19 – População do Município, segundo o último censo do IBGE (www.ibge.gov.br)

R: Segundo o IBGE ano 2021 a população e de 17.118 pessoas

20 – Autenticação

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal
08/11/2021	JOÃO DA CUNHA ROCHA	JOAO DA CUNHA ROCHA:47 725800263 <small>Assinado de forma digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla v5, ou=38038006000120, ou=Presencial, ou=Certificado PF A3, cn=JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Dados: 2021.11.13 11:56:35 -03'00'</small>



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO
PLANO DE TRABALHO

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E PLANO DE APLICAÇÃO – ANEXO IV

I – Identificação do Proponente

1 – Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ	Aquisição de uma ambulância móvel tipo A 4 X 4 traçada
MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO TOCANTINS	

II – Cronograma de Execução

3 – Meta	4 – Etapa/Fase	5 – Especificação	6 – Indicador Físico		7 – Previsão de Execução	
			Unidade de Medida/a no	Qtde /ano	Início	Término
1	1	<p>veículo tipo caminhonete pick up cabine simples, adaptado para ambulância de simples remoção (tipo a), implementado com baú de fibra de vidro (prfv) adaptado com portas traseiras, com tração 4x4, zero km, air bag para os ocupantes da cabine, freio com (a.b.s) nas quatro rodas, ano de fabricação 2021 ou superior, com capacidade mínima de carga 1.000 kg, motor à diesel com potência mínimo de 100 cv, transmissão de mínimo 5 marchas à frente e 1 marcha à ré, vidros e travas da cabine com comando elétrico, com todos os equipamentos de serie não especificados e exigidos pelo contran, capacidade volumétrica não inferior a 5,5 metros cúbicos no total, sistema elétrico: original do veículo com montagem de bateria adicional mínima 100a, independente da potencia necessaria do alternador, não serão admitidos alternadores menores que 120a. inversor de corrente continua (12v) para alternada (110v) com capacidade mínima de 1.000 w de potencia máxima continua, com onda senoidal pura. painel elétrico interno mínima de uma régua integrada com no mínimo 04 tomadas, sendo 02 tripolares (2p+t) de 110 vca e 02 para 12 v (potencia máxima de 120w), interruptores com teclas do tipo iluminadas; iluminação natural e artificial. sinalizador frontal secundario: barra linear frontal o veículo semi embutido no defletor frontal, 02 sinalizadores a leds em cada lado da carenagem frontal da ambulancia na cor vermelha com tensão de trabalho de 12 vcc e consumo nominal maxima de 1,0a por sinalizador. 02 sinalizadores na parte traseira na cor vermelha, com frequencia minima de 90 flashes por minuto, operando mesmo com as portas</p>	UM/2021	1,00/2021	11/2021	11/2022

Avenida Jarbas Passarinho S/N – Centro – Bom Jesus do Tocantins-Pa
 CEP: 68.525-000 – Fone/Fax: (94) 3341-1150/1125

JOAO DA
 CUNHA
 ROCHA:47725
 800263

Atividade de forma detalhada por RND
 DA CUNHA ROCHA:47725800263
 CNPJ: 08.908.512/0001-06
 Inscrição Estadual: 047258000102
 Inscrição Municipal: 000000000000
 RUA: RUA: 47725800263
 Cidade: 2021.1.11.11.22.12. 49306



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO

	<p>traseiras abertas e permitindo a visualização de emergência no trânsito, quando acionado com lente injetada de policarbonato, resistente a impactos e descolorização com tratamento uv, fornece laudo que comprove o atendimento às normas sae j575 e sae j595 society of automotive engineers), no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e traseiros. sinalização acústica com amplificador de potência mínima de 100 w rms @ 13,8 vcc, mínimo de 03 tons distintos, sistema de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 01 metro no mínimo 100 db @ 13,8 vcc, fornece laudo que comprove o atendimento a norma sae j1849 (society of automotive engineers), no que se refere a requisitos e diretrizes de sirenes eletrônicas com um unico autofalante; sistema fixo de oxigenio. ventilação do veiculo proporcionada por janelas e ar condicionado. compartimento do motorista c/ o sistema original do fabricante do chassi ou homologado pela fabrica p/ o ar condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. para o compartimento do paciente original do fabricante do chassi ou homologação pela fabrica um sistema de ar condicionado e ventilação conforme item 5.12 da nbr 14.561. capacidade termica do sistema de ar condicionado do compartimento traseiro com no mínimo 30.000 btus. cadeira do medico retratil ao lado da cabeceira da maca. no salao de atendimento, paralelamente à maca, um banco lateral escamoteavel, tipo bau. maca</p>			

III – Plano de Aplicação

8 – Natureza da Despesa	9 – Especificação	10 – Concedente	11 – Proponente	12 – Subtotal Por Natureza de Gasto (Em R\$ 1,00)
	Corrente			
	Consultoria			
	Contribuição Social (Órgãos Federais)			
	Diárias			
	Material de Consumo			
	Passagens			
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física			

Avenida Jarbas Passarinho S/N – Centro – Bom Jesus do Tocantins-Pa
 CEP: 68.525-000 – Fone/Fax: (94) 3341-1150/1125

JOAO DA
 CUNHA
 ROCHA-477258
 00263

Assessoria de Fomento Social (DAS)
 Rua Coronel João Pinheiro, 100
 Fone: (94) 3341-1150
 Fax: (94) 3341-1125
 E-mail: joao.dacunha@bjt.oc.gov.br
 Inscrição Estadual: 15.117.117-00/0002
 Inscrição Municipal: 11.117.117-00/0002



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO

	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica			
	Reforma Adequação			
	Subtotal desta Categoria Econômica			
	Capital	X	X	
	Construção Nova			
	Conclusão			
	Ampliação			
4.4.90.52.00	Equipamento e Material Permanente		R\$ 234.000,00	R\$ 260.000,00
	Subtotal desta Categoria Econômica		R\$ 234.000,00	R\$ 260.000,00
	13 – TOTAIS dos valores das despesas correntes e de capital referentes à concedente e ao proponente		R\$ 234.000,00	R\$ 260.000,00

IV – Contrapartida de Bens e Serviços Mensuráveis

14 - Total de Bens e Serviços Mensuráveis: 15 – Descrição dos Bens e Serviços Mensuráveis

V – Autenticação

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal
08/11/2021	JOÃO DA CUNHA ROCHA	Assinado de forma digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla v5, ou=38038006000120, ou=Presencial, ou=Certificado PF A3, cn=JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Dados: 2021.11.08 11:59:16 -03'00'
		JOAO DA CUNHA ROCHA:4772580 0263

Avenida Jarbas Passarinho S/N – Centro – Bom Jesus do Tocantins-Pa
CEP: 68.525-000 – Fone/Fax: (94) 3341-1150/1125



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO
PLANO DE TRABALHO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – ANEXO V – PARTE I

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ 2- Objeto

MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO TOCANTINS

Aquisição de uma ambulância móvel tipo A 4 X 4 traçada

3- Ano	4- Meta	5 – Mês						
		JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	
2021	1							
		JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)						234.000,00		
							6- Total Acumulado de Recursos da Concedente (Em R\$ 1,00)	234.000,00

7 – Autenticação do Proponente

8 – Aprovação da Concedente

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	
08/11/2021	JOÃO DA CUNHA ROCHA	
	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal	
	JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 <small>Atestado de forma digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Assinatura digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Boleto Presencial ou Certificado PF AE em JUARD DA CUNHA BOLETO:2021110812:0003 483W</small>	
	Nome da Concedente	
	RÔMULO RODOVALHO GOMES	
	Assinatura do Dirigente da Concedente	

Avenida Jarbas Passarinho S/N – Centro – Bom Jesus do Tocantins-Pa
CEP: 68.525-000 – Fone/Fax: (94) 3341-1150/1125



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS
GABINETE DO PREFEITO

PLANO DE TRABALHO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – ANEXO V – PARTE II

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ		2- Objeto				
MUNICIPIO DE BOM JESUS DO TOCANTINS		Aquisição de uma ambulância móvel tipo A 4 X 4 traçada				
3- Ano		5 – Mês				
4- Meta						
2021	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
1						
	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
					26.000,00	
PROPONENTE (EM R\$ 1,00)		6- Total Acumulado de Recursos do Proponente (Em R\$ 1,00)		7- Total Geral dos Recursos (Em R\$ 1,00)		
		26.000,00		26.000,00		

8 – Autenticação do Proponente		9 – Aprovação da Concedente	
Nome do Dirigente ou do Representante Legal		Nome da Concedente	
JOÃO DA CUNHA ROCHA		RÔMULO RODOVALHO GOMES	
Data	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente da Concedente	
08/11/2021	JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 <small>Assinado eletronicamente por: JOAO DA CUNHA ROCHA em 08/11/2021 às 15:05:00 Assinatura: 30330300000263 em 08/11/2021 às 15:05:00 DA CUNHA ROCHA:47725800263 em 08/11/2021 às 15:05:00 Dados: 2021.11.08 12:06:52 -03'00"</small>		

Avenida Jarbas Passarinho S/N – Centro – Bom Jesus do Tocantins-Pa
CEP: 68.525-000 – Fone/Fax: (94) 3341-1150/1125



PLANO DE TRABALHO
INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE ASSISTIDA – ANEXO VI

1 – Nome do Órgão ou Entidade Conveniente, conforme contido no Cartão do CNPJ

Município de Bom Jesus do Tocantins

2 – Nome e Endereço da Unidade Assistida.

HOSPITAL E MATERNIDADE POPULAR, R Expedito
Nogueira, 97, Laranjeiras.

3 – Nº de Leitos do EAS

Existentes	Ativados	SUS
------------	----------	-----

2.1 – Número do Registro no Cnes

2678624

31	31	SIM
----	----	-----

4 – Área de Abrangência

Urbana e rural das unidades de saúde abaixo relacionadas:

- 2678624 – HOSPITAL E MATERNIDADE POPULAR;
- 2329344 - PSF VILA SÃO RAIMUNDO ZONA RURAL;
- 2329352 – PSF FERROVIA KM 58;
- 2622629 – CENTRO DE SAÚDE DE BOM JESUS DO TOCANTINS. (ZONA URBANA);
- 5517109 – PSF BACABAL (ZONA RURAL) 5588154 – PSF BAIRRO SANTA MARIA (ZONA URBANA E ZONA RURAL);
- 9527753 – PSF CORREGO LIMPO. (ZONA URBANAE ZONA RURAL).

Item	4.1 – Municípios (Nome)	4.2 – Nº Pessoas Atendidas	4.3 – Nº Leitos do Município	
			Existentes	SUS
01	Bom Jesus do Tocantins	315	31	SIM

5 – Identificação dos Especialistas

Tipo de Profissional	Quantidade	Carga Horária	
		Semanal	Mensal
MEDICOS, ENFERMEIROS TECNICOS ENFERMAGEM			
MEDICOS	7		plantonista
ENFERMEIROS + TECINOCOS	37		plantonista

6 – Avaliação da Situação Atual dos Serviços de Saúde

() Precária () Deficiente () Razoável (X) Satisfatória

6.1 – Observações:

Avenida Jarbas Passarinho S/N – Centro – Bom Jesus do Tocantins-Pa

JOAO DA
CUNHA
ROCHA:4772580
0263

Assinado de forma digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:4772580263
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC Soluti Multipla v5, ou=38D9800600120, ou=Presencial, ou=Certificado PF A3, cn=JOAO DA CUNHA ROCHA:4772580263
Fecha: 2021.11.06 12:01:44 -03'00'



7 – Ações/Atividades Previstas

8 – Prioridades nas Instâncias Estadual e Municipal

9 – Autenticação

<p>Data</p> <p>08/11/2021</p>	<p>Nome do Dirigente ou do Representante Legal</p> <p>JOÃO DA CUNHA ROCHA</p>	<p>Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal</p> <p>JOAO DA CUNHA ROCHA:4772580 0263</p> <p>Assinado de forma digital por JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla v5, ou=38038006000120, ou=Presencial, ou=Certificado PF A3, cn=JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263 Dados: 2021.11.08 12:02:38 -03'00'</p>
-------------------------------	---	--



PLANO DE TRABALHO
INFORMAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS, MATERIAL PERMANENTE, UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

ANEXO VII

1 – Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme o Cartão do CNPJ

Município de Bom Jesus do Tocantins

2 – Nome e Endereço da Unidade Assistida		3 – Ambiente (Especificar)
Hospital Municipal da Saúde, R Expedito Nogueira, 97, Laranjeiras.		Hospital Municipal
3.1 – () Existe (X) Não Existe	3.2 – () Adequado () Inadequado	3.3 – () Em construção Data prevista para conclusão da obra : dd/mm/aaaa
3.4 – () Em projeto Data prevista para conclusão da Obra : dd/mm/aaaa		3.5 – O ambiente é objeto de outro convênio vigente? () Sim – n° do convênio: _____ (X) Não

4 – Relação dos Equipamentos e Material Permanente, por Ambiente, Unidade Móvel de Saúde.

Item	Nome e Especificação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Aquisição de uma ambulância móvel tipo A 4 X 4 traçada	1	R\$ 260.000,00	R\$ 260.000,00
TOTAL			R\$ 260.000,00	R\$ 260.000,00

5 – Subtotal (por Ambiente, se despesa de capital) / Total R\$ 236.166,67

6 – Manutenção Preventiva e Corretiva dos Equipamentos a serem adquiridos; pessoal capacitado; área física.

R: A guarda e conservação da Ambulância será na garagem da secretaria de saúde do município; A manutenção da mesma será feita por pessoal capacitadas em oficinas terceirizadas pelo município.

7 – Ambiente Inexistente ou Inadequado - Informar a solução definida para viabilizar a instalação e o funcionamento do (s) equipamento (s) a ser (em) adquirido (s).

R: Justificamos, que as manutenções só serão feitas por empresa terceirizadas devido ao município não ter em seu quadro de pessoal, pessoais capacitadas na área de mecânica de veículos. Porém a mesma só será movido para oficina em caso de necessidade na manutenção.

8 – Autenticação

Data	Nome do Dirigente ou do Representante Legal	Assinatura do Dirigente ou do Representante Legal
08/11/2021	JOÃO DA CUNHA ROCHA	JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263

Assinatura de forma digital por JOAO DA CUNHA
ROCHA:47725800263
TDS: c=BR, ou=C=Brasil, ou=AC 501 0111 Multisela v5,
ou=38038006000120, ou=Presencial, ou=Certificado
FF A3, ou=JOAO DA CUNHA ROCHA:47725800263
Data: 2021.11.08 12:05:57 -03'00'