

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – SMS

#### SMS - PLANO DE TRABALHO EMENDA PARLAMENTAR AO TERMO DE COLABORAÇÃO

##### 1 - IDENTIFICAÇÃO

1.1 - Origem do recurso: ( ) Orçamento Participativo ( X ) Emenda/ Portaria Federal
1.2 - Ano: 2025
1.3 - Valor da despesa: R\$ 30.000,00

##### 2 – IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PROPONENTE

Razão Social: Associação Hospitalar Vila Nova	CNPJ: 04.994.418/0001-12		
Endereço: Rua Catarino Andreatta, 155 - Vila Nova	E-mail: secretaria@ahvn.com.br	Site: http://www.ssvn.com.br/	
Cidade: Porto Alegre	UF: RS	CEP: 91750-040	DDD/Telefone: (51) 3245-8900
Conta Corrente:	Banco:	Agência:	
Nome do Representante Legal: Dirceu Beltrame Dal Molin			
Identidade/Órgão Expedidor: SSP	CPF: 222.303.860-34	DDD/Telefone: (51) 9965-8390	
Endereço: Rua Professor Elpídio Ferreira Paes, 120 - Ipanema.	E-mail: diretoriaaps.ahvn@gmail.com		

##### 3 - DESCRIÇÃO DO OBJETO

3.1. Identificação do objeto e do local onde será realizado: Aquisição de equipamentos e/ou mobiliário para **US Campo Novo**.

Repasse de recursos financeiros destinados à entidade para a realização de .Aquisição de equipamentos e/ou mobiliário para **US Campo Novo**.

3.2. Período de execução: 12 meses a partir da assinatura do termo de fomento.

3.3. Justificativa:

(Condições atuais do objeto + Especificação Técnica/ Apresentação detalhada do escopo do projeto que está sendo contratado)

A **US Campo Novo** está com computadores obsoletos que dificultam os registros dos atendimentos realizados, assim como mobiliários que necessitam troca.

3.4. Forma de execução das atividades ou dos projetos (se contratado ou pela própria instituição):

Aquisição de equipamentos e/ou mobiliários.

[1] A conta corrente deve ser específica à parceria, nos termos do art. 51 da Lei 13.019/14.

#### **\*ORIENTAÇÕES ITEM 3:**

**Plano de Trabalho de contratação de projetos deve se acompanhado de:**

I - Planilhas orçamentárias/ Cotações de Preço – mínimo de 3 orçamentos;

II - ART/ RTT de Orçamento (cotação).

**Plano de Trabalho de contratação de reforma, ampliação ou construção de US deve ser acompanhado de:**

I - Projeto executivo de Arquitetura;

II - Projetos executivos complementares (instalações elétricas, hidrossanitárias, drenagem e pluvial, gases medicinais, climatização, PPCI) conforme necessidade;

III - Memoriais descritivos, especificações técnicas e memórias de cálculo;

IV - Planilha orçamentária - mínimo de 3 orçamentos + SINAPI

V - Plano de Contingenciamento que garanta a segurança de trabalhadores e usuários dos serviços prestados no imóvel.

#### **4 – METAS A SEREM ATINGIDAS**

Metas e indicadores claros, que possibilitem, posterior e oportunamente, a adequada aferição dos resultados esperados.

Metas a serem atingidas	Definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição e cumprimento de cada meta	Meios de verificação
Aquisição de X equipamentos/mobiliário	Nº de equipamentos comprados dentro do valor da emenda	Nota Fiscal

#### **5 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO/ATIVIDADE**

Planejamento com datas, etapas determinadas e especificação de todas as atividades do projeto (descrever as etapas de execução).

Atividade	Descrição da atividade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
-----------	------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Orçamentos	Conforme descritivo de marcas, orçar em 3 fornecedores	X					
Atividade	Descrição da atividade	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12

## 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

### 6.1. Por parte da parceira

Especificação	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Pagamento de pessoal	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Serviços de terceiros	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Material de consumo	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Material permanente		X	X			
Outros (descrever)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA

Especificação	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Pagamento de pessoal	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Serviços de terceiros	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Material de consumo	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Material permanente						
Outros (descrever)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Total acumulado de recursos (em R\$ 30.000,00)						

### 6.2. Por parte do Município

O repasse será feito em parcela única para a parceira.

## 7 – DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA-OPERACIONAL

Eu, (nome do representante legal - preencher com dados: naturalidade, profissão, número do RG, CPF), DECLARO, para os devidos fins e sob pena da lei que esta OSC dispõe de estrutura física e de pessoal, com capacidade técnica e operacional para cumprimento do presente plano de trabalho, assumindo a responsabilidade técnica pela sua execução.



Documento assinado digitalmente

DIRCEU BELTRAME DAL MOLIN

Data: 13/11/2024 13:38:03-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Assinatura do representante legal



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Secretaria de Desenvolvimento Social**

# **CERTIDÃO DE UTILIDADE PÚBLICA**

**Registro Nº 2309 válido até 30/04/2025**

**CERTIFICO**, no uso de minhas atribuições, com o fundamento no Decreto de Lei Estadual Nº 1.130 de 24 de julho de 1946, e suas alterações, que sob o Decreto/Boletim Nº **BOL.03**, publicado no Diário Oficial do estado em **01/01/2003**, a Entidade **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA**, fundada em 10/02/2002, com CNPJ **04994418000112** e com sede em RUA CATARINO ANDREATTA, 155, VILA NOVA, Porto Alegre, RS, foi declarada de Utilidade Pública Estadual, sendo sua principal finalidade Hospitalar.

Roberto Fantinel

Secretário de Desenvolvimento Social  
Porto Alegre, 22/03/2024





24210000005704

**Nome do documento:** CERTIDAO\_UP22032024102009

<b>Documento assinado por</b>	<b>Órgão/Grupo/Matrícula</b>	<b>Data</b>
Pedro Aurélio Canali Dequi Giovani	SEDES / ASSTEC / 4471865	25/03/2024 17:13:28





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>04.994.418/0001-12</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA <b>26/03/2002</b>
--	---	---------------------------------------

NOME EMPRESARIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR VILA NOVA</b>
--

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****	PORTE <b>DEMAIS</b>
---	------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências</b>
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências</b> <b>86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde</b>
---

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>399-9 - Associação Privada</b>
--

LOGRADOURO <b>R CATARINO ANDREATTA</b>	NÚMERO <b>155</b>	COMPLEMENTO *****
---	----------------------	----------------------

CEP <b>91.750-040</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>VILA NOVA</b>	MUNICÍPIO <b>PORTO ALEGRE</b>	UF <b>RS</b>
--------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE <b>(051) 3248-2100</b>
---------------------	------------------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>26/03/2002</b>
------------------------------------	---

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **13/11/2024** às **14:05:16** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**