



PLANO DE TRABALHO

1) IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

NOME DA OSC: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI MIRIM
CNPJ: 52.775.392/0001-64
ENDEREÇO: RUA MAESTRO AZEVEDO, 124 – CENTRO – MOGI MIRIM - SP
TELEFONE (fixo): (19) 3814 3000
SITE: www.santacasamogi.com.br
E-MAIL: gerencia@santacasamogi.com.br
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: sempre aberto

2) ÁREA DE ATIVIDADE:

Preponderante:

() Assistência Social (X) Saúde () Educação () Cultura () Esporte

Secundária, quando houver:

() Assistência Social () Saúde () Educação () Cultura () Esporte

3) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO (descrição geral e específica): A Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim é considerada um Hospital Geral de médio porte de média e alta complexidade e que atua, dentre outras, nas especialidades/áreas de Urgência e Emergência, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, Clínica Geral, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Neurologia e Neurocirurgia.

Para prestar assistência integral ao paciente, a Santa Casa dispõe e/ou tem acesso aos serviços de Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização, Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Diagnóstico por Imagem e demais áreas de apoio.

A Santa Casa é Hospital de referência para unidades de Mogi Mirim e da região, pertencentes à Diretoria Regional de Saúde XIV – São João da Boa Vista.

4) META PACTUADA PARA O SERVIÇO: Exames de Análises Clínicas (Laboratoriais) conforme tabela abaixo:

TABELA DE LABORATÓRIO CLÍNICO		
Código do Procedimento	Descrição	Valor Unitário
-	CA 15.3	R\$ 13,35
-	CA 19.9	R\$ 13,35
-	Homocisteína	R\$ 5,41
-	Teste de tolerância a glicose	R\$ 2,73
-	Sorologia para Dengue NS1	R\$ 18,55
-	Teste de Avidéz para toxoplasmose	R\$ 16,97
02.02.01.004-0	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.007-4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
02.02.01.012-0	Dosagem de Acido Úrico	R\$ 1,85
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68



02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25
02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Totais e frações	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol total	R\$ 1,85
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase – CPK	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase fração MB – CKMB	R\$ 4,12
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	Dosagem de Fósforo	R\$ 1,85
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85
02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,86
02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01
02.02.01.057-0	Dosagem de Mucoproteína	R\$ 2,01
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÇÕES	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacética – TGO	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Pirúvica – TGP	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 4,42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65
02.02.01.076-7	Dosagem de 25 HidroxiVitamina D	R\$ 15,24
02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade de Protombina – TAP	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação – VHS	R\$ 2,73
02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53
02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 5,41
02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11



02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA IGG	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA IGM	R\$ 2,73
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
02.02.03.010-5	PSA Livre	R\$ 16,42
02.02.03.010-5	PSA Total	R\$ 16,42
02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico – PSA	R\$ 16,42
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83
02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot/Imuoblot)	R\$ 85,00
02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Anti Estreptolisina – Aslo	R\$ 2,83
02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo – FAN	R\$ 17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	R\$ 16,97
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS	R\$ 30,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	R\$ 18,55
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGM)	R\$ 18,55
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário – CEA	R\$ 13,35
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatoide	R\$ 4,10
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 2,83
02.02.03.117-9	Teste não Treponêmico para detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 2,83
02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 13,35
02.02.03.138-1	TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 4,10
02.02.03.139-0	02.02.03.139-0 - TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	R\$ 4,10



02.02.03.140-3	TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	R\$ 4,10
02.02.03.141-1	TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 20,00
02.02.03.142-0	TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM GESTANTE	R\$ 20,00
02.02.03.143-8	TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	R\$ 20,00
02.02.03.144-6	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 18,55
02.02.03.145-4	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM GESTANTE	R\$ 18,55
02.02.03.147-0	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 18,55
02.02.03.148-9	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM GESTANTE	R\$ 18,55
02.02.03.149-7	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	R\$ 18,55
02.02.03.150-0	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV E/OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 10,00
02.02.03.151-9	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM GESTANTE	R\$ 10,00
02.02.03.152-7	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM PARCEIRO E PARCERIA DE GESTANTE	R\$ 10,00
02.02.03.153-5	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 18,55
02.02.03.154-3	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 EM GESTANTE	R\$ 18,55
02.02.03.155-1	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV- 2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	R\$ 18,55
02.02.04.012-7	Parasitológico de fezes	R\$ 1,65
02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes	R\$ 1,65
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
02.02.05.025-4	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIÔNICA – BHCG	R\$ 7,85
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15



02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana – BHCG	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	Dosagem do hormônio Folículo-Estimulante – FSH	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante – LH	R\$ 8,97
02.02.06.025-0	Dosagem do Hormônio Tireoestimulante – TSH	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	R\$ 43,13
02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$ 10,15
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11
02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina – T4	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre – T4	R\$ 11,60
02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina – T3	R\$ 8,71
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LÍTIO	R\$ 2,25
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
02.02.08.001-3	Antibiograma	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE)	R\$ 4,20
02.02.08.008-0	Cultura de bactérias para identificação	R\$ 5,62
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
02.02.08.023-4	Exames Diretos para pesquisa de Treponema Pallidum – FTA-ABS	R\$ 5,04
02.02.09.030-2	Prova do Látex para Fator Reumatoide	R\$ 1,89
02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator RH	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA) – Coombs Indireto	R\$ 2,73
02.14.01.005-8	PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 1,00
02.14.01.006-6	Teste Rápido Gravidez	R\$ 1,00
02.14.01.007-4	TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO (SÍFILIS) PARA POPULAÇÃO GERAL(EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 1,00
02.14.01.012-0	Teste Rápido para Dengue IGG/IGM	R\$ 1,00
02.14.01.029-5	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	R\$ 18,55
02.02.03.160-8	HTLV Western Blot -Teste confirmatório com pesquisa de anticorpos anti-HTLV-1 + anti-HTLV-2 em gestantes.	R\$ 482,00



5) PÚBLICO: População residente no município de Mogi Mirim.

6) OBJETIVO GERAL:

- Oferecer a completa infraestrutura e a capacidade instalada do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim.
- Prestar de serviços na área da saúde, com qualidade, eficiência, eficácia e efetividade;
- Prestar assistência integral, segura e de qualidade aos pacientes.

7) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

O presente Convênio tem por objeto integrar a ENTIDADE a rede de Assistência SUS ofertado procedimentos de finalidade diagnóstica – diagnóstico em laboratório clínico como retaguarda da rede municipal de assistência à saúde (unidades de atenção primária, centro de especialidades, vigilância epidemiológica e serviço “melhor em casa”)

8) CONDIÇÕES E FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO: Através da solicitação das Unidades de Saúde de Mogi Mirim e terceiros.

9) IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL A SER DESENVOLVIDO O SERVIÇO

ENDEREÇO: Rua Maestro Azevedo, 124 – Centro – Mogi Mirim - SP
TELEFONE (fixo e whatsapp): (19) 3814 3000
HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Sempre Aberto

10) INDICAÇÃO E INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Setor de laboratório da Santa Casa de Mogi Mirim

11) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	PROFISSIONAL DE EXECUÇÃO	PERIODICIDADE	LOCAL
Exames Laboratoriais	Realização de Diagnóstico de Exames Laboratoriais	Empresa Contratada	Segunda a Sexta-feira	Hospital Santa Casa de Mogi Mirim

12) ARTICULAÇÃO COM A REDE.

A articulação será feita diretamente com a rede básica de atenção primária e/ou Centro de Especialidades Médicas quando solicitado.



13) INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Código de Meta	Nome de Meta	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Ano da Meta	Período da meta	Resultados esperados	Responsável
1	Garantir a realização dos exames laboratoriais da rede de assistência a saúde do município	Quantitativa	01 Relatório sintético com faturamento dos exames realizados até 10º dia de cada mês.	2026/2027	Mensal	Realizar 100% dos exames solicitados pela rede pública.	Setor de Faturamento
2	Comprovar a regularidade das medidas de segurança contra incêndio através do AVCB (ou protocolo de vistoria técnica do Corpo de Bombeiros).	Qualitativa Quantificável	01 cópia do AVCB válido	2026/2027	Anual - Início da vigência ou até uma data limite fixa por ano (ou até 30 dias após o vencimento do documento anterior)	Garantir a proteção dos pacientes, colaboradores e do patrimônio físico da Santa Casa	Setor Gerencial.
3	Apresentar Licença sanitária.	Qualitativa Quantificável	01 cópia do Licença Sanitária Válida.	2026/2027	Anual - Início da vigência ou até uma data limite fixa por ano (ou até 30 dias após o vencimento do documento anterior)	Índice de Conformidade de Licenciamento Sanitário.	Setor Gerencial.
4	Apresentar Relatório de Avaliação Formal do Sistema de Gestão - RDC 978/2025	Qualitativa Quantificável	01 cópia do Relatório válido.	2026/2027	Até 30 dias da assinatura do termo.	Adequação Tecnológica e Normativa à RDC nº 978/2025	Setor Gerencial.

14) MATERIAL DE CONSUMO PARA O SERVIÇO

Não se aplica.

15) SERVIÇOS DE TERCEIROS PARA O SERVIÇO

Natureza da Despesa	Municipal	Federal	Total
Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	R\$ 1.275.103,68	R\$ 1.200.000,00	R\$ 2.475.103,68

16) MATERIAL DE CONSUMO.

Não se aplica.

17) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL

Período	Municipal	Federal	Total
1º Mês Julho/2026	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
2º Mês Agosto/2026	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
3º Mês Setembro/2026	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
4º Mês Outubro /2026	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
5º Mês Novembro/2026	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
6º Mês Dezembro/2026	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
7º Mês Janeiro/2027	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
8º Mês Fevereiro/2027	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
9º Mês Março/2027	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
10º Mês Abril/2027	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
11º Mês Maio/2027	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
12º Mês junho/2027	R\$ 106.258,64	R\$ 100.000,00	R\$ 206.258,64
Total Global Aditivo nº02			R\$ 2.475.103,68



- **Cronograma de desembolso previsto, tendo em vista que o efetivo repasse será de acordo com o faturamento apresentado (produção).**

18) DOTAÇÕES DO ADITIVO Nº02

- Funcional Programática: 014912.1030210162.280.33503900 – Ficha 510 – Fonte 5 (Federal) – Valor: R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais);
- Funcional Programática: 014912.1030210162.280.33503900 – Ficha 504 – Fonte 1 (Tesouro) – Valor: R\$ 1.275.103,68 (um milhão, duzentos e setenta e cinco mil, cento e três reais e sessenta e oito centavos).

19) CONTA BANCÁRIA:

- a) Banco do Brasil – Agência 3383-9 – Conta-Corrente nº 28102-6 (Fonte 1 - Tesouro);
- b) Banco do Brasil – Agência 0578-9 – Conta-Corrente nº 56889-9 (Fonte 5 - Federal);

20) PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será feita observando-se as regras previstas no artigo 63 e seguintes da Lei Federal nº 13.019/2014, na legislação municipal, na Instrução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de SP e demais normas aplicáveis a matéria, atendendo os prazos e normas de elaboração constantes do instrumento de parceria e neste Plano de Trabalho.

21) PERÍODO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO

INÍCIO:	DATA DE ASSINATURA
TÉRMINO:	02/06/2027

22) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO OU DO TÉCNICO QUE ESCREVEU O PLANO.

NOME: Daniel de Carvalho Frúgoli
FORMAÇÃO: Administração Hospitalar
FUNÇÃO: Administrador
TELEFONE DE CONTATO: (19) 3814-3000
E-MAIL: gerencia@santacasamogi.com.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: Daniel de Carvalho Frúgoli
ASSINATURA:
DATA: 02/06/2026