Prefeitura Municipal de Tabapuã

Av. Rodolfo Baldi, 817 Fone 17 3562-9022
CNPJ : 45.128.816/0001-33

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATA DA REUNIÃO DE AVALIAÇÃO DO CONVÊNIO Nº. 002/2020, FIRMADO ENTRE A PREFEITURA MUNICIPAL DE TABAPUÃ, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE TABAPUÃ, MANTENEDORA DO HOSPITAL MARIA DO VALLE PEREIRA, REFERENTE AO ANO DE 2020.

Aos quinze dias do mês de janeiro, do ano de dois mil e vinte e um, às dez horas, na Secretaria Municipal de Saúde de Tabapuã, reuniu-se a Comissão de Acompanhamento do Convênio nº. 002/2020, conforme designação da Portaria nº. 102/2020, de 13 de março de 2020, para avaliar e acompanhar a execução do Convênio em tela, firmado entre a Prefeitura Municipal de Tabapuã e a Associação Beneficente de Tabapuã, mantenedora do Hospital Maria do Valle Pereira, que tem como objeto o "*repasse para custeio, com recursos advindos da Média e Alta Complexidade, conforme a Emenda Parlamentar Federal, nº. 30260008, do Parlamentar Dr. Sinval Malheiros, no valor de R$ 151.106,00 (cento e cinqüenta e um mil cento e seis reais), objeto da Proposta nº. 36000.2872762/01-900, habilitado através da Portaria MS nº. 3562, de 19 de dezembro de 2.019, com objeto de Incremento Temporário do Piso da Média e Alta Complexidade (MAC), para custeio do Hospital Maria do Valle Pereira, CNES nº. 2084074*", referente ao ano de dois mil e vinte. Foi apresentada a produção geral do Hospital no ano de 2020, a aplicação dos recursos (Anexo RP-12), mantendo o saldo de R$ 0,00 (zero reais), em 31 de dezembro de 2020. Quanto à qualidade do serviço, satisfação do usuário favorável, referente aos três quadrimestres. Ao ensejo, foi realizada fiscalização in loco no Hospital Maria do Valle Pereira, onde se verificou boas condições estruturais na prestação dos serviços e profissionais qualificados. Assim, considerando o Plano de Trabalho, Convênio firmado e a produção apresentada, foi considerada **SATISFATÓRIA**, a presente avaliação, tendo o presente **Convênio terminado em 31/12/2020**. Assinam abaixo os membros presentes:

Representante da Secretaria Municipal de Saúde:

_____

Representante da Associação Beneficente de Tabapuã:

_____

Representante do Conselho Municipal de Saúde:

_____

Demais presentes:

_____

_____

_____