



# PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS

## ANEXO ÚNICO

### FORMULÁRIO DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE EMENDA PARLAMENTAR INDIVIDUAL 2025

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO VEREADOR

Nome do Vereador autor:	Wesley Jarbas de Oliveira
-------------------------	---------------------------

#### 2 – ÓRGÃO EXECUTOR E DOTAÇÃO OFERECIDA NA LOA

Justificativa da Proposta: O Centro de Saúde ESF São José possui a maior prestação de serviços e demanda de atendimento à usuários da cidade. Lotada em um local onde é extremamente necessário materiais permanentes para qualidade de trabalho aos funcionários e um melhor atendimento com conforto aos usuários.

Órgão executor:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Objeto a ser realizado:	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE PARA ESF SÃO JOSÉ
Dotação oferecida:	
Valor oferecido:	R\$140.000,00 (CENTO E QUARENTA MIL REAIS)

#### 3 – DADOS CADASTRAIS DO BENEFICIÁRIO

Razão Social:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
CNPJ:	19.166.979/0001-01	
Endereço:	AV PARANÁ 2601-4 ANDAR	
Bairro e CEP:	SÃO JOSÉ	35501-170
Cidade/UF:	DIVINÓPOLIS - MG	
Telefone:	37-32296809	
Site Oficial:	WWW.DIVINOPOLIS.MG.GOV.BR	
E-mail Corporativo:	SEMUSADIVINOPOLIS@GMAIL.COM	

#### 4 – DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome:	SHEILA SALVINO	
CPF:	027.009.186-65	
Telefone e celular:	37988294217	
E-mail:	CENTRALDECONVENIOSDIVINOPOLIS@GMAIL.COM	

#### 5 – OBJETIVO DA AÇÃO PROPOSTA, JUSTIFICATIVAS E METAS

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Av. Paraná, 2601 - Bairro: São José - Cep: 35.501-170 - Divinópolis-MG



# PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS

<b>Objeto:</b>	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE PARA ESF SÃO JOSÉ
<b>Justificativa:</b>	O Centro de Saúde ESF São José possui a maior prestação de serviços e demanda de atendimento à usuários da cidade. Lotada em um local onde é extremamente necessário materiais permanentes para qualidade de trabalho aos funcionários e um melhor atendimento com conforto aos usuários.
<b>Metas e resultados:</b>	Qualidade de trabalho aos funcionários e um melhor atendimento com conforto aos usuários.

Legenda: a) objetivo: Definir de forma geral as intenções e os efeitos esperados com o projeto ou serviço a ser desenvolvido.  
b) justificativa: é a resposta do porquê da realização do projeto ou serviço e a razão pela qual é importante apoiá-lo. Abordar as origens dos problemas e suas consequências, as alternativas para solucioná-las (medidas práticas) e o resultado pretendido com a sua implantação. Informar sobre a existência de outros parceiros em sua execução.  
c) Metas e resultados: é a quantificação do objeto, com estabelecimento das metas a serem alcançadas pelo projeto ou serviço, para cada uma delas, apontando um ou mais resultados esperados. Atentar para que tanto as metas quanto os resultados estejam de acordo com o objeto proposto e com a justificativa apresentada.

## 6– PÚBLICO-ALVO

Usuários e Funcionários da Unidade de Saúde

Legenda: Descrever os aspectos sociais, econômicos, culturais etc., do público-alvo participante. Especificar se o público pertence a algum segmento predeterminado, como: mulheres, crianças, adolescentes, quilombolas, assentados, catadores, indígenas, etc. Informar também a quantidade de pessoas que se pretende atingir com a execução do projeto ou serviço.

## 6– CUSTO GLOBAL E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO PROPOSTO

PERÍODO	PREFEITURA	PROPONENTE	OUTROS	TOTAL
MÊS 1	R\$140.000,00			R\$140.000,00
MÊS 2				
MÊS 3				
MÊS 4				
MÊS 5				
MÊS 6				

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Av. Paraná, 2601 - Bairro: São José - Cep: 35.501-170 - Divinópolis-MG



## PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS

<b>TOTAL</b>	R\$140.000,00			R\$140.000,00
--------------	---------------	--	--	---------------

### 7 – PLANO DE APLICAÇÃO

ITEM	MUNICÍPIO	PROPONENTE	OUTROS	TOTAL
1 Recurso humanos:				
2 Material de consumo:				
3 -Outros	R\$140.000,00			R\$140.000,00
<b>TOTAL</b>	R\$140.000,00			R\$140.000,00

### 8 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

SEM INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Legenda: Descrever outras informações complementares. Caso seja necessário, inserir anexos.

**Divinópolis/MG, 26 de agosto de 2025**

Vereador Wesley Jarbas

**Assinantes****Veracidade do documento**

Documento assinado digitalmente.

Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse o site **verificador-assinaturas.plataforma.betha.cloud** e insira o código abaixo:

ZVD

G49

EEE

XG5