Formulário – Solicitação de Recursos via Emendas Impositivas - Secretarias

1. Dados da Secretaria

- Nome da Secretaria/Fundo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
- CNPJ: 09.277.712/0001-27
- Endereço: RUA ONDINA BUENO SIQUEIRA, 180 – CENTRO CÍVICO
- Telefone: 0800 400 1005
- E-mail: secretaria.saude@arapoti.pr.gov.br

2. Dados do (a) Secretário (a)

- Secretário (a): ANDREA CRISTINA DA SILVA
- CPF: 321.981.378-01
- Telefone: ramal 3148

3. Informações do Projeto

- Título do Projeto: CUSTEIO ATENDIMENTOS CIMSAÚDE
- Valor aproximado para execução: R$ 500.000,00
- Natureza da Despesa: (X) Custeio ( ) Investimento
- Justificativa da necessidade:

O município de Arapoti tem investido no CIMSAÚDE para atender a grande demanda de pedidos de exames, consultas e terapias. Cumprindo assim a orientação do GEPATRIA que dispõe sobre contratar atendimentos, prioritariamente, através de Consórcios.
Necessitamos do incentivo do custeio para que possamos atender o maior número de pessoas possível.

4. Público-Alvo Beneficiado

- Descrição: Pacientes do município.

5. Declaração

Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e que a entidade encontra-se regular perante os órgãos competentes.

Assinado eletronicamente por
ANDREA CRISTINA DA SILVA
***.981.378-**
23/10/2025 11:17:51

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

Assinatura do(a) Secretário (a)

Assinado eletronicamente por
ANDREA CRISTINA DA SILVA
***.981.378-**
28/10/2025 10:46:16

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 23/10/2025 11:18 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p97fae8e268a13