

**Transferência** 2020TR001372 **Instrumento Transferência** Convênio  
**Unidade Gestora** 480091 Fundo Estadual de Saúde  
**Gestão** 48091 Fundo Estadual de Saúde  
**Beneficiário** 85.461.093/0001-04 ASSOCIACAO HOSPITALAR E EDUCACIONAL DE POMERODE  
**CPF Representante** 529.890.469-68  
**Nome Representante** LOTAR HANSEN  
**Situação** Aguardando Recebimento  
**Data Situação** 21/03/2022  
**Data Recebimento**  
**Número Processo**

### Bens Permanentes

#### Bens Permanentes

**Bem**  
**Destinação Bem**  
**Comprovante Doação/Devolução**  
**Unidade Medida**  
**Quantidade**  
**Nome Local**  
**CEP**  
**Endereço**  
**Número** **Complemento**  
**Bairro**  
**Município**  
**UF**  
  
**Observação**

### Produto

#### Produto(s)

**Tipo Produto**  
**Nome**  
**Quantidade**  
**Unidade Medida**  
**Destinação**  
  
**Observação**

### Doação

#### Beneficiado(s)

**CPF**  
**Nome**  
**Endereço**  
**Município**  
**UF**  
**Telefone**  
  
**Observação**

### Objeto

**Relatório Cumprimento Objeto** Objeto cumprido 100% conforme previsto no Plano de Trabalho para aquisição de materiais, medicamentos, contratação de serviços médicos (pessoa jurídica), energia elétrica CELESC e faturas de água SAMAE. Desta forma foi possível manter os atendimentos no Hospital e Maternidade Rio do Testo onde teve uma participação de 78% no SUS no ano de 2021.

**Situação**

---

**Data** 21/03/2022**Situação** Em Edição**Observação****Usuário** 716.497.009-20 - Juliano Fr**Data** 21/03/2022**Situação** Aguardando Recebimento**Observação****Usuário** 716.497.009-20 - Juliano Fr

Declaro que o objeto do instrumento foi cumprido e a sua finalidade alcançada.

---

**Nome**

---

**Assinatura**