



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
AGEPLAN**

MUNICÍPIOS – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA HABILITAR-SE À TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS:

- 1) Solicitação de recursos através de ofício direcionado à Secretária Estadual de Saúde, indicando objeto, valor e justificativa;
- 2) Plano de Trabalho;

No caso de OBRAS:

ANEXAR:

- Projeto arquitetônico aprovado pelo CEVS – Divisão de Vigilância Sanitária (jogos de plantas completas com cotas e áreas, legendas convencionais, demarcando no mesmo: edificação existente, a construir e a demolir e/ou a reformar)
- Para reformas ou obras parciais demarcar com convenções e legendas existente a construir, a demolir e a reformar (zoneamento)
- Memorial descritivo da obra a ser executada
- Planilha orçamentária preferencialmente considerando como referência o Sistema de Preços Custos e Índices da Construção Civil - SINAPI (todos os materiais, mão-de-obra, quantitativos **abertos** constando o código da descrição)
- Anexar ART ou RRT de projeto e orçamento
- Todos os documentos acima assinados pelo responsável técnico
- Plano de trabalho com os valores iguais a planilha orçamentária, que deve ser assinado pela pessoa legalmente habilitada (presidente)

OBS: Segue abaixo Plano de Trabalho

Secretaria da Saúde/RS

CADASTRO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE E DO DIRIGENTE

I – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE					
01 – NOME			02- EXERCÍCIO		
			03-C.N.P.J.	04- EA	05- TIPO
06- ENDEREÇO COMPLETO:					
07 – MUNICÍPIO			08- CAIXA POSTAL	09- CEP	10- UF
11 – POPULAÇÃO	12- DDD]	13- FONE	14- FAX	15- HOME PAGE E E-MAIL	
16- CNAS – REGISTRO/DATA					

II- OUTROS PARTICIPES	
Nome	C.N.P.J./C.P.F.
Endereço	C.E.P.

III – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE				
17- NOME			18- C.P.F.	
19- CARGO OU FUNÇÃO	20- N.º C.I.	21- EXPEDIÇÃO/DATA	22- ÓRGÃO EXPEDIDOR	
23- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO:				
24 – MUNICÍPIO			25- CEP	26- UF

IV. AUTENTICAÇÃO		
_____	____/____/____	_____
LOCAL	DATA	ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO SEU REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO CADASTRO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE E DO DIRIGENTE

I – Identificação do Órgão ou Entidade

01) NOME

Indicar o nome do órgão ou entidade conforme o registrado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda (citar a denominação constante do cartão do CNPJ).

02) EXERCÍCIO

Indicar o exercício (ano) correspondente ao cadastro.

03) CNPJ

Indicar o número de inscrição do órgão ou entidade no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda.

04) EA

Indicar a esfera administrativa à qual pertença o órgão ou entidade, respeitando a seguinte convenção:

1- Federal; 2-Estadual; 3-Municipal e 4-Não-Governamental.

05) TIPO

Indicar o tipo do órgão ou entidade, respeitando a seguinte convenção: 1- Prefeitura; 2- Governo Estadual; 3- Secretaria Estadual de Saúde; 4- Secretaria Municipal de Saúde; 5- Entidade Filantrópica; 6- Órgão Federal; 7- Organização Social; 8- Organização Não-Governamental; 9- Organismo Internacional.

06 A 10) ENDEREÇO COMPLETO; MUNICÍPIO; CAIXA POSTAL; CEP e UF

Indicar o endereço completo; o município; os números da caixa postal; o código de endereçamento postal correspondente ao endereço da sede do órgão ou entidade e a sigla da Unidade da Federação.

11) POPULAÇÃO

Indicar o número de habitantes do município em que se localiza o órgão ou entidade.

12 A 15) DDD, FONE, FAX, E-MAIL, E HOME PAGE

Indicar o Código de Discagem Direta à Distância, do telefone, do fac-símile, do correio eletrônico (via INTERNET), e o sítio eletrônico.

16) CNAS - REGISTRO/DATA

Indicar o número e a data do registro no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

NOTA: Este campo somente deverá ser preenchido no caso de entidade filantrópica.

II - Outros Partícipes

Identificação do dirigente do Órgão

Indicar o nome do órgão ou entidade conforme o registrado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda (citar a denominação constante do cartão do CNPJ), quando a relação for tripartite.

III - Identificação do dirigente do Órgão ou Representante

17 a 22) NOME CPF; CARGO OU FUNÇÃO; Nº CI; EXPEDIÇÃO/DATA e ÓRGÃO EXPEDIDOR.

Indicar o nome completo do dirigente da Entidade ou do seu representante legal; o CPF; o cargo ou função; o número da Carteira de Identidade; a expedição/data e o órgão expedidor.

23 a 26) ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO; MUNICÍPIO; CEP; UF

Indicar o endereço residencial completo do dirigente; o município; o código de endereçamento postal e a sigla da Unidade da Federação onde reside.

IV - AUTENTICAÇÃO

Indicar o local (município) e a data de preenchimento do formulário e assinatura da dirigente do órgão ou entidade ou do seu representante legal.

Secretaria da Saúde/RS

PLANO DE TRABALHO

DESCRIÇÃO DO PROJETO – ANEXO I

01 – NOME		02- EXERCÍCIO (Início):		03- PERÍODO DE EXECUÇÃO (Término)	
		04-C.N.P.J.		05- UF	
6- CONTA CORRENTE (Somente repasse Fundo a Fundo)	7- BANCO (Somente repasse Fundo a Fundo) Banrisul <input type="checkbox"/>	8- AGÊNCIA (Somente repasse FaF)	9- PRAÇA PAGAMENTO	DE	10- UF
11- C.N.P.J.					

12 – TÍTULO DO PROJETO
13-DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO
14- JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO
15 – INDICAÇÃO DO PÚBLICO ALVO
16 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS

17- AUTENTICAÇÃO		
<u> / / </u> DATA	_____	_____
LEGAL	NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DESCRIÇÃO DO PROJETO - ANEXO I

I - DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE

01) NOME

Indicar o nome do órgão ou entidade proponente conforme o registrado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda (citar o a denominação constante do cartão do CGC).

02) EXERCÍCIO INÍCIO - Indicar o exercício (ano) correspondente à solicitação dos recursos.

03) EXERCÍCIO – PERÍODO DE EXECUÇÃO

Indicar o período (em dias) para o término da execução do objeto.

04) C.N.P.J.

Indicar o número de inscrição do órgão ou entidade proponente no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda.

05) UF

Indicar a sigla da unidade da federação onde se localiza a sede do órgão ou entidade proponente.

06 a 08) CONTA CORRENTE, BANCO, AGÊNCIA

Nos repasses Fundo a Fundo os dados bancários devem ser preenchidos. Nos repasses via Convênio **NÃO É NECESSÁRIO INFORMAR OS DADOS BANCÁRIOS PORQUE A CONTA BANCÁRIA SERÁ ABERTA AUTOMATICAMENTE.**

09 e 10) PRAÇA DE PAGAMENTO e UF

Indicar o nome do município e a sigla da unidade da federação em que se realizarão os pagamentos.

11) C.N.P.J. DO PARTICIPIE

Indicar o número de inscrição do órgão ou entidade, que participará do convênio como

executor ou interveniente, no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda.

12) TÍTULO DO PROJETO

Indicar o título do projeto

13) DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Descrever sinteticamente, em poucas palavras, o objeto que se pretenda alcançar com o financiamento do projeto.

14) JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

Apresentar sucinta e claramente as justificativas da apresentação do projeto/proposição, acompanhadas de dados estatísticos das condições de saúde da população, descrevendo como deverão ser aplicados os recursos a serem transferidos e os benefícios que se pretendem alcançar.

15) INDICAÇÃO DO PÚBLICO ALVO

Indicar o público que se beneficiará com a execução do objeto pelo Convenente

16) DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS Indicar os resultados esperados com a execução do objeto pelo Convenente (aquisição do bem, construção, reforma, etc.)

17)AUTENTICAÇÃO

Indicar a data de preenchimento do formulário, bem como preencher com o nome e assinatura do dirigente do órgão ou entidade proponente ou do seu representante legal.

Secretaria da Saúde / RS

PLANO DE TRABALHO

PROPOSTA ASSISTENCIAL – Anexo II

01-NOME			02- EXERC.		
03-IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE - EAS			04-C.G.C DO EAS		05-UF RS
06-ENDEREÇO:			07-EA	08. NUM. LEITOS DO EAS	
			09- Tipo	EXISTENTES	ATIVADOS

10 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:				11. IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS			
10.1 - MUNICÍPIOS		10.2 - NUM..PESSOAS ATENDIDAS	10.3. NUM. LEITOS DO MUNICÍPIO		TIPO DE PROFISSIONAL	QUANT.	CARGA HORÁRIA
ITEM	NOME		EXISTENTES	SUS			

12. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PRECÁRIA
 DEFICIENTE
 RAZOÁVEL
 SATISFATÓRIA

13 – INFORMAÇÕES RELATIVAS À CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DO PROPONENTE PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO

14. AÇÕES PREVISTAS

15- AUTENTICAÇÃO

DATA	NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL
------	---	---

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO PROPOSTA ASSISTENCIAL – ANEXO II

I - ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE

1) NOME

Indicar o nome do órgão ou entidade proponente conforme o registrado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda (citar o a denominação constante do cartão do CGC).

2) EXERCÍCIO

Indicar o exercício (ano) correspondente no ao cadastro

03) IDENTIFICAÇÃO DO EAS

(Estabelecimento Assistencial de Saúde).

Preencher com o nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde beneficiário de equipamentos adquiridos com recursos do Ministério da Saúde.

4) C.N.P.J.

Indicar o número de inscrição do órgão ou entidade beneficiado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda.

5) UF

Indicar a sigla da unidade da federação onde se localiza a sede do órgão ou entidade proponente.

06) ENDEREÇO

Preencher o endereço do EAS beneficiário.

07) EA

Indicar a esfera administrativa à qual pertença o órgão ou entidade, respeitando a seguinte convenção:

1- Federal; 2-Estadual; 3-Municipal e 4-Não-Governamental.

08) NUM. DE LEITOS DO EAS

Informar o número de leitos que dispõe o EAS que será beneficiado, indicando os porventura EXISTENTES, destacando os efetivamente ATIVADOS e os que se encontrarem disponibilizados para o atendimento do SUS.

09) TIPO

Indicar o tipo do órgão ou entidade, respeitando a seguinte convenção: 1- Prefeitura; 2- Governo Estadual; 3- Secretaria Estadual de Saúde; 4- Secretaria Municipal de Saúde; 5- Entidade Filantrópica; 6- Órgão Federal; 7- Organização Social; 8- Organização Não-Governamental; 9- Organismo Internacional.

10) ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO EAS

A área de abrangência é uma provável delimitação geográfica que o EAS atende, considera-se:

10.1. MUNICÍPIOS

Preencher com o ITEM, número seqüencial de municípios listados e o(s) NOME(s) dos municípios;

10.2. NUM. PESSOAS ATENDIDAS

Indicar o número de habitantes que poderão ser atendidos pela EAS;

10.3. NÚMERO DE LEITOS DO MUNICÍPIO

Indicar o número de leitos (EXISTENTES e disponíveis para o SUS).

11) IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Descrever a disponibilidade de profissionais capacitados no(s) estabelecimento(s) (já existentes, em treinamento ou com previsão de contratação) para operar o equipamento solicitado, como por exemplo: Médicos especialistas; Médicos residentes; Profissionais de enfermagem; Técnicos em radiologia (equipamentos de radiodiagnóstico); Técnicos em radioterapia (equipamentos de radioterapia); Físicos – Médicos (equipamento de radioterapia e gama câmara).

12) AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Indicar em uma das quadrículas a situação que mais aproxima da atual relativa à rede municipal.

13) INFORMAÇÕES RELATIVAS À CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DO PROPONENTE PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO

Explicar a capacidade técnica e gerencial do Conveniente para a execução do objeto.

14) AÇÕES PREVISTAS

Apresentar um resumo contendo a descrição das ações/atividades que devem ser implementadas/executadas com o objeto proposto.

15) AUTENTICAÇÃO

Indicar a data de preenchimento, o nome e assinatura da dirigente do órgão ou entidade beneficiado ou do seu representante legal

Secretaria da Saúde/RS
PLANO DE TRABALHO
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO E PLANO DE APLICAÇÃO – Anexo III

01 – NOME			02- PROCESSO N.º		03- EXERCÍCIO	
			04. CNPJ		05- UF	
06-META	07-ETAPA/FASE	08-ESPECIFICAÇÃO	09-INDICADOR FÍSICO		10-PREVISÃO DE EXECUÇÃO	
			UNIDADE DE MEDIDA	QTDE.	INÍCIO	TÉRMINO
					2017	2018

PLANO DE APLICAÇÃO

11- NAT. DESPESA	12. ESPECIFICAÇÃO	13. CONCEDENTE	14. PROPONENTE	15- SUBTOTAL POR NATUREZA DE GASTO (EM R\$ 1,00)
DESPESAS CORRENTES	Consultoria			
	Diárias			
	Material de Consumo			
	Passagens			
	Serviços de Terceiro – Pessoa Física			
	Serviços de Terceiro – Pessoa Jurídica			
	Reforma (Serviços de Terceiros Pessoa Física ou Jurídica)			
	Subtotal por Categoria Econômica			
DESPESAS DE CAPITAL	Construção			
	Ampliação			
	Equipamento e Material Permanente			
		Subtotal por Categoria Econômica		
16	TOTAL			

17- AUTENTICAÇÃO

____/____/____
DATA

NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO PLANO DE APLICAÇÃO - ANEXO III

I – Cronograma de Execução e Plano de Aplicação

01) NOME

Indicar o nome do órgão ou entidade proponente conforme o registrado no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (citar a denominação constante do cartão do CNPJ).

02) PROCESSO N.º

03) EXERCÍCIO

Indicar o exercício (ano) correspondente à solicitação dos recursos.

04) CNPJ

Indicar o número de inscrição do órgão ou entidade proponente no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda.

05) UF

Indicar a Unidade da Federação a qual pertença o órgão ou entidade proponente.

06) META

Indicar o número de ordem dos elementos, metas a serem atingidas, que compõem o objeto.

07) ETAPA/FASE

Indicar seqüencialmente cada uma das etapas ou fases em que se pode dividir a execução de uma meta.

08) ESPECIFICAÇÃO

Relacionar os elementos característicos da meta, etapa ou fase. Por exemplo: Meta: 1. Construção de Unidade de Saúde; Aquisição de Equipamentos, etc

09) INDICADOR FÍSICO

Refere-se à qualificação física do produto de cada meta, etapa ou fase: Unidade de Medida e quantidade de itens.

Unidade: indicar a unidade de medida que melhor caracterize o produto de cada meta, etapa ou fase.
Quantidade: indicar a quantidade prevista para cada unidade de medida.

10) PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Refere-se ao período de execução da meta, etapa ou fase.

Início: registrar o ano de início, ou seja, da apresentação da proposta.

Término: registrar o ano do término, ou seja, até 1 ano do início.

11) NAT. DESPESA

Preencher com o código referente ao elemento de despesa correspondente à aplicação dos recursos orçamentários.

Este campo deverá ser preenchido pelo concedente dos recursos.

12) ESPECIFICAÇÃO

Indicar, correlacionando-o com o respectivo código, o elemento de despesa correspondente à aplicação dos recursos orçamentários.

13 e 14) CONCEDENTE (Estado) / PROPONENTE (Município e/ou Entidade) CAPITAL/CORRENTE

Indicar os valores de despesa de capital (investimento) e corrente (de custeio) do projeto a serem custeados com recursos originários do órgão ou concedente (Campo 13) e os que correrão à conta do órgão ou entidade, a título de contrapartida (Campo 14).

15) VALOR SUBTOTAL POR NATUREZA DE GASTO

Indicar os somatórios dos valores das despesas correntes e de capital (Campos 13 + 14).

16) TOTAL

Indicar o total dos valores das despesas correntes e de capital referentes ao concedente e ao proponente.

17) AUTENTICAÇÃO

Indicar a data de preenchimento do formulário, o nome e assinatura do dirigente do órgão ou entidade proponente ou do seu representante legal.

Secretaria da Saúde/RS
PLANO DE TRABALHO
PROPOSTA DE AQUISIÇÃO – Anexo IV
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE POR AMBIENTE

01 – NOME			02- EXERCÍCIO
03. IDENTIFICAÇÃO DO EAS BENEFICIÁRIO	04. AMBIENTE	05-C. N.P.J.	06- UF RS

07. RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE POR AMBIENTE

ITEM	NOME E ESPECIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL GERAL				

08. MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS

9- AUTENTICAÇÃO

_____	_____	_____
DATA LEGAL	NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE

**INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO
EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE POR AMBIENTE
ANEXO IV**

DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE

NOME

Indicar o nome do órgão ou entidade proponente conforme o registrado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda (citar o a denominação constante do cartão do C.N.P.J.).

02) EXERCÍCIO

Indicar o exercício (ano) correspondente à solicitação dos recursos.

03) IDENTIFICAÇÃO DO EAS BENEFICIÁRIO

Identificar o estabelecimento assistencial de saúde beneficiário/destinatário dos equipamentos a ser adquiridos.

04) AMBIENTE

Preencher com a indicação do ambiente em que se instalarão os equipamentos, por exemplo: UTI, Sala de Cirurgia, Enfermaria e outros.

05) C.N.P.J.

Indicar o número de inscrição do órgão ou entidade beneficiado no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda.

06) UF

Indicar a Unidade da Federação a qual pertença o órgão ou entidade beneficiado.

07)RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE POR AMBIENTE

Preencher com relação contendo ITEM, número seqüencial, e o NOME E ESPECIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO, consistente na descrição da configuração básica do equipamento e dos eventuais acessórios. Além disso, deve-se indicar a quantidade (QUANT.) dos equipamentos e acessórios a serem adquiridos, bem como o valor estimado unitário e total.

NOTA: A área técnica incumbida da análise poderá exigir a apresentação de planta baixa com indicação dos ambientes.

08) MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS

Descrição sucinta da solução adotada para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos a serem adquiridos.

9) AUTENTICAÇÃO

Indicar a data de preenchimento do formulário, o nome e assinatura da dirigente do órgão ou entidade beneficiado ou do seu representante legal.

Secretaria da Saúde/RS
PLANO DE TRABALHO
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - ANEXO V

01 - NOME	02- PROCESSO
-----------	--------------

CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)	03- ANO	04 - META	05 - (MESES) - MES 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
06- TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS DO CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)								

PROPONENTE (EM R\$ 1,00)	07- ANO	08- META	09 - (MESES) - MES 01	MÊS 02	MES 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
10- TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS DO PROPONENTE (EM R\$ 1,00)								
11- TOTAL GERAL DOS RECURSOS								

12- AUTENTICAÇÃO		
_____ DATA LEGAL	_____ NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	_____ ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO ANEXO V

CAMPO 01

NOME

Indicar o nome do órgão ou entidade proponente conforme o registrado no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (citar a denominação constante do cartão do CNPJ).

CAMPO 02

PROCESSO N.º

A ser preenchido pela SES/RS à qual caberá protocolizar a proposta.

CAMPO 03

CONCEDENTE – R\$ 1,00

ANO

Indicar o ano (exercício) no qual o órgão ou entidade proponente deverá receber os recursos do órgão ou entidade concedente, SES/RS, para a execução da(s) meta(s) enumerada(s) no campo 6 do ANEXO III.

CAMPO 04

META

Indicar a mesma numeração atribuída a cada meta no campo 6 do Anexo III.

CAMPO 05 - (MESES):

Indicar o valor da parcela de recursos que o órgão ou entidade proponente deverá receber do órgão ou entidade concedente, SES/RS – Alocar no mês 01

CAMPO 06

TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS DO CONCEDENTE

Indicar a soma dos valores das parcelas mensais que o órgão ou entidade proponente deseja receber do órgão ou entidade concedente da SES.

CAMPO 07

PROPONENTE – R\$ 1,00

ANO

Indicar o ano (exercício) no qual o órgão ou entidade proponente disponibilizará recursos próprios, a título de contrapartida, para a execução da(s) meta(s) enumerada(s) no campo 6 do Anexo III.

CAMPO 08

META

Indicar a mesma numeração atribuída a cada meta no campo 6 do Anexo III.

CAMPO 09 – (MESES):

Indicar o valor da parcela de recursos que o órgão ou entidade proponente deverá alocar como contrapartida – Alocar no mês 01

CAMPO 10

TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS DO PROPONENTE

Indicar a soma dos valores das parcelas mensais que o órgão ou entidade proponente disponibilizará como contrapartida.

CAMPO 11

TOTAL GERAL DOS RECURSOS

Indicar a soma dos valores dos campos 06 e 10.

CAMPO 12

AUTENTICAÇÃO

Indicar a data de preenchimento do formulário, o nome e assinatura do dirigente do órgão ou entidade proponente ou do seu representante legal.

Secretaria da Saúde/RS
RELAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO - ANEXO VI
(Medicamentos, Material médico/hospitalar e outros insumos)

01 - NOME		02- EXERCÍCIO	
03. IDENTIFICAÇÃO DO EAS BENEFICIÁRIO		04-C.N.P.J.	05- UF RS

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
TOTAL GERAL				

08- AUTENTICAÇÃO

____/____/____ NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

Secretaria da Saúde/RS
PLANO DE TRABALHO
CARACTERIZAÇÃO DA OBRA – Anexo VII

01 – NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE	02- PROCESSO N.º	03- EXERCÍCIO	04- UF <p style="text-align: center;">RS</p>
05-AÇÃO			

06. CARACTERÍSTICAS DA OBRA PROPOSTA				
06.1 DEFINIÇÃO			06.2 RESUMO DE ÁREAS	
INTERVENÇÃO PROPOSTA	ÁREA (M2)	VALOR (R\$)	ÁREA TOTAL (M2)	
CONSTRUÇÃO			Anterior a Intervenção	Posterior à intervenção
AMPLIAÇÃO				
REFORMA				
			06.3 – ENDEREÇO DA OBRA	
TOTAL				

06.4 – UNIDADES FUNCIONAIS <u>COM INTERVENÇÃO NESTE PLEITO</u>				
	AMBULATÓRIO	QUIMIOTERAPIA	CENTRO OBSTÉTRICO	LAVANDERIA
	ATENDIMENTO IMEDIATO	MEDICINA NUCLEAR	BANCO DE LEITE	ZELADORIA
	INTERNAÇÃO GERAL	IMAGENOLOGIA	COZINHA	OFICINA DE MANUTENÇÃO
	INTERNAÇÃO NEONATOLOGIA	MÉTODOS GRÁFICOS	LACTARIO	INFRA-ESTRUTURA PREDIAL
	INTERNAÇÃO TERAPIA INTENSIVA	HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA	FARMÁCIA	ALMOXARIFADO
	INTERNAÇÃO QUEIMADOS	DIÁLISE	CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO	ENSINO E PESQUISA
	PATOLOGIA CLÍNICA	REABILITAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	URBANIZAÇÃO
	ANATOMIA PATOLÓGICA	CENTRO CIRURGICO	DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO	OUTROS
	RADIOTERAPIA			

07 – CARACTERÍSTICAS CRÍTICAS DA INFRA-ESTRUTURA PREDIAL	POSSUI?		ATENDE AO AUMENTO DA DEMANDA?	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
07.1 – SISTEMA DE GERAÇÃO DE ENERGIA DE EMERGÊNCIA				
07.2 – SISTEMA CENTRAL DE AR CONDICIONADO COM RESPECTIVOS FILTROS				
07.3 – SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO (SPRINKLER, MANGEIRAS E OUTROS)				
07.4 – SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSFÉRICAS (INCLUSIVE MALHAS DE ATERRAMENTO)				
07.5 – SISTEMA CENTRAL DE GASES MEDICINAIS:				
OXIGÊNIO MEDICINAL				
AR COMPRIMIDO				
VÁCUO CLÍNICO				
ÓXIDO NITROSO				
07.6 – RESERVATÓRIO DE ÁGUA, COM AUTONOMIA PARA DOIS DIAS SEM ABASTECIMENTO				
07.7 – SOLUÇÃO PARA TRATAMENTO/ACONDICIONAMENTO/COLETA DIFERENCIADA DE RESÍDUOS SÓLIDOS				
07.8 – TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL DO ESGOTO SANITÁRIO				
POSSUI ALGUM TIPO DE TRATAMENTO?				
TIPO DE DESTINAÇÃO FINAL:	REDE PÚBLICA	FOSSA SÉPTICA	CURSO D'ÁGUA	OUTROS

08- AUTENTICAÇÃO		
____/____/____ DATA	_____ NOME DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL	_____ ASSINATURA DO DIRIGENTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO

ANEXO VII

CAMPO 01

NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONVENIENTE

Indicar o nome do órgão ou entidade proponente conforme o registrado no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (citar a denominação constante do cartão do CNPJ).

CAMPO 02

PROCESSO N. °

CAMPO 03 e 04

EXERCÍCIO E UF

Indicar o exercício (ano) correspondente à solicitação dos recursos e a sigla da Unidade da Federação onde se localiza a sede do órgão ou entidade proponente.

CAMPO 05

AÇÃO

Descrever a ação a ser beneficiada com os recursos a serem repassados.

CAMPO 06

CARACTERÍSTICAS DA PROPOSTA

06.1 - DEFINIÇÃO

Indicar o tipo de intervenção desejada, informando a área e o respectivo valor estimado, considerando:

- **CONSTRUÇÃO:** Obra ainda não iniciada que não guarde nenhuma relação física e/ou funcional com outro edifício existente no lote ou adjacências.
- **REFORMA:** Obra que não contempla acréscimo de área física, mas que implica na alteração da quantidade e/ou das dimensões dos ambientes do estabelecimento, bem como na alteração dos fluxos de trabalho nele existentes.
- **AMPLIAÇÃO:** Obra que contempla aumento de área física numa edificação existente ou mesmo a construção de uma nova edificação que guarde relação física e/ou funcional com outro edifício existente no lote ou adjacências.

06.2 – RESUMO DAS ÁREAS

ÁREA TOTAL

Indicar a área total do estabelecimento como está antes da intervenção pretendida e como ficará depois de que ela se concretize.

06.3 – ENDEREÇO DA OBRA

Indicar o endereço completo do local da obra

06.4 – UNIDADES FUNCIONAIS

Indicar dentre as opções fornecidas somente as Unidades funcionais do estabelecimento que contemplem serviços de obra.

CAMPO 07

CARACTERÍSTICAS DA INFRA-ESTRUTURA PREDIAL

07.1 a 07.8

EXISTÊNCIA DE INFRA ESTRUTURA PREDIAL

Indicar “Sim” se o estabelecimento já possui o item de infra-estrutura predial citado instalado e funcionando; caso ainda não possua, indicar “Não”.

ATENDIMENTO AO AUMENTO DA DEMANDA

Indicar “Sim” se o item de infra-estrutura existente no estabelecimento já estiver dimensionado de maneira a atender o aumento de demanda ocasionado pela intervenção. Caso este não seja capaz de absorver o aumento da demanda, indicar “Não”.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que tenho conhecimento e assumo o compromisso, conforme DECRETO Nº 56.218, de 30 de novembro de 2021, alterado pelo DECRETO Nº 57.059, de 12 de junho de 2023, e suas demais alterações, que **disciplina a confecção, a instalação e a manutenção de placas em obras e serviços de engenharia realizados, contratados ou financiados pela administração pública estadual.**

Em, / /

Prefeitura Municipal ou Instituição

CNPJ: XXXXXXXXX/000X-XX

Nome

Prefeito ou Presidente da Instituição

RG XXXXXXXX

DECLARAÇÃO

1. DECLARAÇÃO PARA MUNICÍPIOS

Na qualidade de Prefeito Municipal de..... declaro, para fins de prova junto ao Órgão/Entidade, para os efeitos e sob as penas da lei, que:

a) Os atos para formalização do processo referentes à celebração do Convênio não contrariam a Lei Orgânica Municipal.

b) Existe previsão orçamentária e recursos financeiros para contrapartida municipal:

Projeto Dotação..... Valor.....

c) Não há qualquer débito em mora ou situação de inadimplência junto aos Órgãos e Entidades da Administração Pública Estadual que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Estado do Rio Grande do Sul, na forma deste Plano de Trabalho.

Local e Data

Prefeito Municipal

2. DECLARAÇÃO PARA ENTIDADES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS REFERIDAS NO § 1º DO ART. 199 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Na qualidade de representante legal do (a)....., declaro, para fins de prova junto ao Órgão/Entidade....., para os efeitos e sob as penas da lei, que não há qualquer débito em mora ou situação de inadimplência junto aos Órgãos e Entidades da Administração Pública Estadual que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Estado do Rio Grande do Sul, na forma deste Plano de Trabalho.

Local e Data

Representante Legal da Entidade

ANEXO II

TERMO DE REFERÊNCIA

Descrever de forma clara os bens que se pretende adquirir ou os serviços a serem contratados.

1) OBJETO

2) PREÇOS PRATICADOS NO MERCADO

A pesquisa de preços no mercado, para a confecção deste Termo de Referência, será realizada através da coleta de preço entre, no mínimo, três fornecedores do mesmo ramo de atividade, comprovadas por orçamentos levantados na localidade ou região contendo CNPJ, data, validade, endereço completo, telefone de contato, nome e assinatura do responsável.

2.1) AQUISIÇÃO DE BENS

2.1.1) AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO / MATERIAL PERMANENTE

Equipamentos/ Materiais Permanentes				
Descrição (Especificação Técnica)	Valor Unitário			Média dos Valores Unitários
	Orçamento I	Orçamento II	Orçamento III	
<i>Descrever os bens que se quer adquirir e as especificações técnicas necessárias.</i>				
Total:				

2.1.2) AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

Materiais de Consumo				
Descrição (Especificação Técnica)	Valor Unitário			Média dos Valores Unitários
	Orçamento I	Orçamento II	Orçamento III	
<i>Descrever os bens que se quer adquirir e as especificações técnicas necessárias.</i>				
Total:				

2.2) CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO

2.2.1) CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO DE TERCEIROS (PESSOA JURÍDICA)

Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica				
Descrição (Especificação Técnica)	Valor Unitário			Média dos Valores Unitários
	Orçamento I	Orçamento II	Orçamento III	
<i>Descrever o tipo de serviço a ser contratado de empresa especializada para execução de serviços.</i>				
Total:				

2.2.2) CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO DE TERCEIROS (PESSOA FÍSICA)

Serviços de Terceiros - Pessoa Física				
Descrição (Especificação Técnica)	Valor Unitário			Média dos Valores Unitários
	Orçamento I	Orçamento II	Orçamento III	
<i>Descrever o perfil do profissional que ser pretende contratar, tipo de habilitação e experiência mínima exigida.</i>				
Total:				

3) LOCAIS DE ENTREGA DOS BENS OU REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição (Especificação Técnica)	Unidade	Endereço
		<i>Informar o(s) local(is) de entrega dos bens ou da realização dos serviços, mediante descrição do endereço completo, bairro, CEP, inclusive número da sala ou prédio (se for o caso).</i>

3) ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO OBJETO

Indicar o FISCAL (nome completo e CPF) que será designado representante do Convenente, bem como seu substituto, para o acompanhamento e a fiscalização do contrato para aquisição do bem ou serviço, que, preferencialmente, deverá ter participado da elaboração do Termo de Referência.

5) CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE

Neste campo deverá ser informado como serão realizados o recebimento provisório e o recebimento definitivo do objeto, com os seus respectivos prazos.

Exemplo 01: na aquisição de um eletroeletrônico o recebimento provisório poderá ser com a simples conferência física do aparelho e o recebimento definitivo, no prazo de XX dias a contar do recebimento provisório, com o teste a fim de verificar se o mesmo está funcionando corretamente.

Exemplo 02: na aquisição de material de consumo o recebimento provisório poderia ser com a conferência da quantidade solicitada, e o recebimento definitivo, no prazo de XX dias a contar do recebimento provisório, com a análise se todos os materiais estão em perfeitas condições de utilização.

6) DOS ORÇAMENTOS

Declaro que:

- i) realizamos pesquisa de preços no mercado para a confecção deste Termo de Referência, através da coleta de preço entre, no mínimo, três fornecedores do mesmo ramo de atividade, comprovadas por orçamentos levantados na localidade ou região;
- ii) os valores unitários inseridos neste Termo de Referência integram os orçamentos obtidos através da pesquisa de preço de mercado supramencionada; e
- iii) esses orçamentos ficarão à disposição da concedente e dos controles interno e externo pelo período de cinco anos, contados da publicação da decisão referente ao julgamento das contas dos administradores responsáveis pelo convênio.

Local e Data

Prefeito Municipal / Representante Legal da Entidade