



**EMENDA N° 497**

**ANEXO II - UNIDADES ORÇAMENTÁRIAS**

**Inclusão de Subprojeto ou de Subatividade**

TIPO DE EMENDA PARLAMENTAR: IMPOSITIVA  NÃO IMPOSITIVA

**DESTINO DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b> 1800 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b> 1800.1804.10.0302.0185		
<b>N° do Proj. ou Ativ.:</b> 4020	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b> ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL			
<b>Descrição:</b> Repasse para a Associação Hospitalar Vila Nova destinar recursos para a qualificação e melhor estruturação do Plantão de Emergência em Saúde Mental IAPI.				
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM ALOCADOS</b>				
<b>Código de Classificação Econômica:</b> 3350 Outras Despesas Correntes		<b>Valor acrescentado:</b> 50.000		
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b> Recursos Livres (não vinculados)				
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor acrescentado:</b>		
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b>				
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor acrescentado:</b>		
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b>				
<b>Código</b>	<b>de</b>	<b>Classificação</b>	<b>Econômica:</b>	<b>Valor acrescentado:</b>
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b>				
<b>Total:</b>				50.000

**1- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b> 2200 RESERVA DE CONTINGÊNCIA/ PARLAMENTAR		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b> 2200.2200.99.0999.9999
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b> 9996	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b> RESERVA PARLAMENTAR	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b> Recursos Livres (não Vinculados)		
<b>Código de Classificação Econômica:</b> 9999 Reserva de Contingência e Reserva do RPPS		<b>Valor retirado:</b> 50.000

**2- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>

**3- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>

**4- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>	
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>		
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>			
<b>Especificação:</b>			
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>	

**5- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>	
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>		
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>			
<b>Especificação:</b>			
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>	

**JUSTIFICATIVA:** Em contato com a Coordenadora em Saúde Mental, Anelise Bestani Pereira, verificou-se a necessidade de estruturação da unidade do IAPI para melhor atendimento dos usuários e acompanhantes, tendo a demanda de aquisição de 300 m<sup>2</sup> de piso vinílico, no valor 166,80 m<sup>2</sup>/instalado unitário, para todo o ambiente de atendimento, conforme plano de trabalho.

**Nome do(a) Vereador(a):**

**MATHEUS GOMES**

## ANEXOII-ModelodePlanode Trabalho

### PLANO DE TRABALHO

#### 1 -IDENTIFICACAO DA EMENDA PARLAMENTAR

Origem do Recurso: Emenda parlamentar  
Deputado Federal: MATHEUS GOMES  
Número da emenda/ano:  
Valor da emenda: R\$ 50.000,00  
Corrente/Custeio: R\$ 50.000,00  
Capital/Investimento: R\$ 0,00

#### 2 -DADOSCADASTRAIS-PROPONENTE

Proponente - nome da instituição com CNPJ

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA - 04.994.418/001-12

Endereço

Rua Catarino Andreatta, 155 Vila Nova

E-mail

administracao@ahvn.com.br

Cidade

Porto Alegre

UF

RS

CEP

91750-040

DDD/TELEFONE

51 32458933

Conta Corrente

06.446841.0-3

Banco

BANRISUL

Agência

0100

Nome do Representante Legal

Dirceu Beltrame Dal Molin

IDENTIDADE/ÓRGÃO  
EXPEDIDOR

3005988435 SSP/PCRS

CPF

222.303.860-34

DDD/TELEFONE

51 32458933

Endereço

Rua Prof. Elpidio Ferreira Paes, 120

E-mail

administracao@ahvn.com.br

Nome do Responsável Técnico pelo projeto

THAIS MALCORRA

IDENTIDADE/ÓRGÃOEXPEDIDOR  
8077087149

CPF 00808961039

DDD/TELEFONE  
51984057208

Endereço

CAPITÃO GENTIL MACHADO DE GODOY, 4500, VIAMÃO/RS

E-mail

Administracao1@ahvn.com.br

## ANEXOII–ModelodePlanode Trabalho

### 3 - APRESENTAÇÃOEHISTÓRICODAPROPONENTE

A Associação Hospitalar Vila Nova, é uma entidade privada, sem fins lucrativos, filantrópica, que há mais de 50 anos presta atendimento hospitalar à população em geral, sendo também referenciada aos pacientes privados de liberdade, dependentes químicos, soropositivos, tuberculosos e, inclusive, pacientes em situação de rua, sem familiares e/ou sem identificação. Diante deste cenário, desde 2011, a Instituição dedica 100% dos seus atendimentos ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Conta com 578 leitos de internação, apresentando uma produção de aproximadamente 16.800 internações/ano, 53.400 exames e 155.000 atendimentos/ano em caráter de emergência e ambulatorial. Com aproximadamente 1.500 colaboradores é responsável por 40% das internações oriundas dos pronto-atendimentos da Capital.

Para a manutenção destes serviços, além de toda a estrutura mínima exigida pelos órgãos competentes de fiscalização, a Instituição tenta realizar investimentos de acordo com sua receita com o objetivo de qualificar a assistência prestada ao paciente. No entanto, encontra dificuldades em realizar investimentos em função da remuneração da Tabela SUS, que se mantém defasada há mais de 10 anos e sem previsão de reajuste.

### 4 -DESCRIÇÃODOPROJETO/ATIVIDADE

<b>Identificação do Objeto ( Ex.)</b>	<b>Período de Execução*</b>	
	<b>Início</b>	<b>Término</b>
Repasse de recursos financeiros destinados a reforma e mobiliário para ações e serviços de assistência no Pronto Atendimento do IAPI.	<b>01/01/2023</b>	<b>01/12/2023</b>
A variação do custo relacionado aos principais medicamentos e materiais destinados ao atendimento do paciente de Saúde Mental exige um volume maior de recursos.		
Nesse sentido, utilizar recursos específicos para complementar o trabalho que já é realizado no local viabilizará qualificar e estruturar o ambiente do Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, visando entregar um ambiente mais humanizado, resolutivo e qualificado.		

## ANEXOII–ModelodePlanode Trabalho

### 5 –Metas a serem atingidas

-Garantir a estrutura de atendimento adequada para o serviço do Pronto Atendimento em Saúde Mental do IAPI, beneficiando pacientes do Sistema único de saúde.

- Orientações sobre a prestação de contas à administração municipal de Porto Alegre comprovando a adequada utilização dos recursos disponibilizados por emenda parlamentar em benefício dos pacientes do sistema único de saúde.

**Indicadores de aferição/cumprimento das metas: UMA VEZ DETERMINADA A FORMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO VINCULADO A CADA PARCERIA, E DEFINIDO A MELHOR FORMA DE COMPROVAR A UTILIZAÇÃO DO RECURSO, DEFINIR CLARAMENTE QUAIS TABELAS, DOCUMENTOS OU MEIOS OUTROS, SERÃO ENCAMINHADOS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA A DEVIDA AVALIAÇÃO FINAL QUANTO AO ADEQUADO USO DOS RECURSOS.**

**CONFORME CONTRATO ASSINADO ENTRE A INSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - 66247 E A PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA SE RESPONSABILIZA POR ENCAMINHAR NO PERÍODO MÁXIMO DE 3 MESES APÓS O FINAL DO PERÍODO DE VALIDADE DO CONTRATO, A DOCUMENTAÇÃO, DEFINIDA PELA PRÓPRIA INSTITUIÇÃO, QUE COMPROVEM A UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS EXCLUSIVAMENTE NO PROJETO DESCRITO NESTE PLANO DE TRABALHO. O PRAZO DE 90 DIAS É DEFINDO EM CONTRATO, ASSINADO PELA INSTITUIÇÃO E PELA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. APÓS A AVALIAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NOVOS DOCUMENTOS PODERÃO SER SOLICITADOS, CASO SE DEFINA QUE AQUELES APRESENTADOS PELA INSTITUIÇÃO, NÃO COMPROVAM ADEQUADAMENTE A UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS NO OBJETO PROPOSTO PELO PLANO DE TRABALHO. AS NOTAS FISCAIS, QUE COMPROVEM A COMPRA DE MATERIAIS DIVERSOS, SERÃO ANALISADAS QUANTO A VALIDADE E VERACIDADE PELA ÁREA FISCAL ESPECÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE, E ANALISADAS QUANTO A ADEQUAÇÃO AO OBJETO PROPOSTO NO PLANO DE TRABALHO.**

METAS A SEREM ATINGIDAS:	INDICADORES DE AFERIÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS METAS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO
Adquirir 300 m <sup>2</sup> de piso vinílico, no valor 166,80 m <sup>2</sup> /instalado unitário, para todo o ambiente de atendimento.	Atendimento de até 1.000 atendimentos mensais pelo sistema único de saúde em Pronto Atendimento em Saúde Mental do IAPI.	- Relatório de Produção SIA/SUS. Informação de número de atendimentos.

## ANEXOII–ModelodePlanode Trabalho

### 6 – FormadeExecuçãodaAtividade/Projeto

#### 6.1 – Cronogramade AtividadesPropostas

Listar as atividades a serem desenvolvidas com o recurso ,de forma clara e objetiva

- A referida aquisição auxiliará no tratamento ofertado aos pacientes do Pronto Atendimento em Saúde Mental do IAPI.

Ativ	Descriçãodaatividade----- -----	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Adquirir 300 m <sup>2</sup> de piso vinílico para todo o ambiente de atendimento, no valor total de R\$ 50.000,00.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Obs.: Neste item só devem constar as atividades que serão realizadas como recurso de parceria

### 7 – RESULTADOS ESPERADOS

Garantir a substituição do piso existente para totalmente novo, visando o melhor conforto no atendimento ao paciente do Pronto Atendimento em Saúde Mental do IAPI.

### 8 - PLANO DE APLICAÇÃO (previsão das despesas a serem realizadas na execução das atividades)

NAT. DESPESA	ESPECIFICAÇÃO	VALOR (EM R\$ 1,00)	SUBTOTAL POR NATUREZA DE GASTO (EM R\$ 1,00)
<b>DESPESAS CORRENTES</b>	Recursos Humanos e encargos (funcionários)		
	Recursos Humanos (PJ, Autônomo/RPP, etc)		
	Material de Consumo		
	Serviços de Terceiro – PF ou PJ		
	Reforma (Adequação/Melhorias)		
	<b>Subtotal por Categoria Econômica</b>		50.000,00
<b>DESPESAS DE CAPITAL</b>	Construção		
	Ampliação		
	Equipamento e Material Permanente		
	<b>Subtotal por Categoria Econômica</b>		
<b>TOTAL</b>		50.000,00	50.000,00



## ANEXOII-ModelodePlanode Trabalho

### 9 –CRONOGRAMADE DESEMBOLSO

EM R\$ 1,00)	ESPECIFICAÇÃO	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
	Recursos Humanos						
	Equipamentos						
	Itens de Consumo	R\$50.000,00					
	Etc						
ESPECIFICAÇÃO	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	
Recursos Humanos							
Equipamentos							
Etc							
Etc							
<b>TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS (EM R\$ 1,00)</b>							50.000,00

### 10 –DECLARAÇÃO

**Na qualidade de representante legal da Associação Hospitalar Vila Nova, declaro, sob as penas da lei, que a entidade SE COMPROMETE A APRESENTAR as prestações de contas ATUAIS E pendentes, de valores repassados pela Administração Pública Municipal Direta e Indireta, das parcerias celebradas SOB A FORMA DE TERMO DE FOMENTO EM ANOS E GESTÕES ANTERIORES.**

**OS PLANOS DE TRABALHO SERÃO AVALIADA PELA ÁREA TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. CASO PREENCHAM OS REQUISITOS EXIGIDOS PARA A PARCERIA PROPOSTA, SERÁ APROVADO. EM CASO DE INCONSISTÊNCIAS OU CORREÇÕES NECESSÁRIAS, A INSTITUIÇÃO PARCEIRA SERÁ AVISADA PARA QUE AS CORREÇÕES SEJAM REALIZADAS.**

**A instituição Associação Hospitalar Vila Nova declara, sob as penas da lei, que os recursos disponibilizados por este termo de fomento, serão utilizados exclusivamente para benefício dos pacientes atendidos pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, e que o uso de tais recursos, ou benefícios advindos de sua utilização, é vedada a pacientes beneficiários de planos de saúde privados ou que arquem de forma privada com seus gastos em saúde.**

Porto Alegre, 10/11/2022



Local e Data

Proponente  
(Representante legal)

### 11 -APROVAÇÃOPELASECRETARIAMUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Não preencher (reservado à Secretaria Municipal DE Saúde de Porto Alegre)

Aprovado	
Local e Data	Secretário ou responsável