

## PLANO DE TRABALHO

### Dados Cadastrais da Prefeitura

#### 1. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE

|                                                    |                                                         |                                                                                                             |                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1.1 Órgão:<br>Prefeitura Municipal de Tamandaré-PE |                                                         | 1.2 CNPJ do Fundo Municipal Saúde:<br>10.298.603/0001-75                                                    |                                         |
| 1.3 Endereço:<br>AV JOSE BEZERRA SOBRINHO          |                                                         |                                                                                                             |                                         |
| 1.4 Cidade:<br>Tamandaré                           | 1.5 UF:<br>PE                                           | 1.6 CEP:<br>55578-000                                                                                       | 1.7 Esfera Administrativa:<br>Municipal |
| 1.8 Fone do prefeito:<br>81-992524244              | 1.9 E-mail do prefeito:<br>sec.infratamandare@gmail.com | 1.10 Responsável e cargo (prefeito):<br>ISAÍAS HONORATO DA SILVA MARQUES<br>Prefeito<br>CPF: 039.218.824-43 | 1.11 Nº Emenda:<br>438                  |

#### Elaboração do Projeto

#### 2. DISCRIMINAÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |                                                                         |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| 2.1 Título do Projeto:<br>Estruturação da Frota de Veículos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Tamandaré                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2.2 Período de Vigência:<br>Início:<br>A partir do recebimento do recurso | Sugestão 12 meses<br>Término:<br>12 meses após o recebimento do recurso | Provisão |
| 2.3 Objeto do Projeto:<br>Aquisição de 01 (Uma) Ambulância para o atendimento de Transferência de enfermos para unidades de saúde localizada em Caruaru, Recife e Região Metropolitana e demais redes hospitalares regionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                         |          |
| 2.4 Justificativa da Proposição:<br>O Município de Tamandaré vem enfrentando grandes dificuldades em relação ao deslocamento dos pacientes que necessitam ser transferidos para outras unidades de saúde na capital e cidades vizinhas, pois não dispõe de veículos adequados para a transferência dos mesmos, uma vez que a frota atual deste município encontra-se deteriorada pelo tempo e uso contínuo, carecendo urgentemente dos recursos desta emenda para aquisição desse veículo. Conforme a legislação a transferência dos pacientes devem ser feitas de forma digna, segura, de qualidade e em veículos apropriados. Diante das dificuldades financeiras que estamos vivenciando não tendo condições de adquirir, através de recursos próprios os bens solicitados o objeto deste plano de trabalho. Solicitamos o mencionado pleito conforme ofício da emenda Parlamentar nº 438. |                                                                           |                                                                         |          |
| 2.5 Metas a serem atingidas:<br>Aquisição de 01 (Uma) Ambulância para o atendimento de Transferência de enfermos para unidades de saúde localizada em Caruaru, Recife e Região Metropolitana e demais redes hospitalares regionais, pois não dispõe de veículos adequados para a transferência dos mesmos, uma vez que a frota atual deste município encontra-se deteriorada pelo tempo e uso contínuo, carecendo urgentemente dos recursos desta emenda para aquisição desse veículo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                         |          |
| 2.6 Parâmetros para aferição das metas:<br>O parâmetro para aferição do cumprimento da meta se dará através do processo licitatório no prazo máximo de 45 dias depois da aprovação do plano de trabalho. Após empresa ganhadora no processo Licitatório o valor irá ser empenho, solicitado a nota fiscal, recebimentos dos bens e assim será feita a transferência bancária.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                         |          |
| 2.7 Forma de execução das atividades/projeto e de cumprimento das metas:<br>A forma da execução para cumprimento da meta, se dará através do processo licitatório como refere a lei nº 8.666/93 se dará através do processo licitatório no prazo máximo de 45 dias depois da aprovação do plano de trabalho. Após empresa ganhadora no processo Licitatório o valor irá ser empenho, solicitado a nota fiscal, recebimentos dos bens e assim será feita a transferência bancária.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                         |          |
| Observação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                                         |          |

#### Cronograma

#### 3.0 EXECUÇÃO

| Meta | Etapa | Especificação*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Indicador Físico |      | Financeiro     |             | Duração                            |                                        |
|------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|----------------|-------------|------------------------------------|----------------------------------------|
|      |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Unidade          | Qtde | Custo unitário | Custo Total | Início                             | Término                                |
| 1    | 1     | Ambulância UTI Móvel tipo D. Tipo Furgão/Veículo zero quilometro tipo FURGÃO LONGO DE TETO ALTO com no mínimo 10m² de espaço no compartimento interno, de cor branca e porta lateral deslizante, portas traseiras com duas folhas, ano de fabricação e modelo não inferior a data de emissão da Nota Fiscal, com equipamentos obrigatórios exigidos pelo CONTRAN, e demais itens de série estabelecidos pela montadora. | und              | 1    | 257.937,50     | 257.937,50  | A partir do recebimento do recurso | 12 meses após o recebimento do recurso |

#### 4.0 DESEMBOLSO

#### 4.1 Valores do Concedente

|                |       |       |        |        |        |
|----------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Mês 1          | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4  | Mês 5  | Mês 6  |
| R\$ 252.778,75 |       |       |        |        |        |
| Mês 7          | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 |
|                |       |       |        |        |        |

#### 4.2 Valores do Proponente

|              |       |       |        |        |        |
|--------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Mês 1        | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4  | Mês 5  | Mês 6  |
| R\$ 5.158,75 |       |       |        |        |        |
| Mês 7        | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 |
|              |       |       |        |        |        |

#### 5.0 Classificação Da Despesa

| 5.1 Código da Despesa: | 5.2 Especificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5.3 Concedente | 5.4 Proponente | 5.5 Total  |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------|
| 4.4.90.52.00           | Ambulância UTI Móvel tipo D. Tipo Furgão/Veículo zero quilometro tipo FURGÃO LONGO DE TETO ALTO com no mínimo 10m² de espaço no compartimento interno, de cor branca e porta lateral deslizante, portas traseiras com duas folhas, ano de fabricação e modelo não inferior a data de emissão da Nota Fiscal, com equipamentos obrigatórios exigidos pelo CONTRAN, e demais itens de série estabelecidos pela montadora. | 252.778,75     | 5.158,75       | 257.937,50 |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                |            |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                |            |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                |            |

#### 6.0 Plano De Aplicação Dos Recursos

Os Recursos serão depositados e geridos na conta corrente nº 3924-1, Ag. 3924, específica isenta de tarifa bancária, aberta em instituição financeira pública (Banco do Brasil), determinada pela administração. \$1º. Onde os recursos serão automaticamente aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicações de curto prazo.



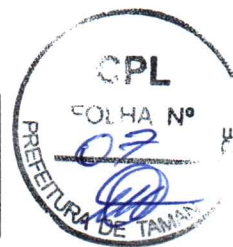
\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.  
ISAIAS HONORATO DA SILVA  
MARQUES:03921882443  
Assinado de forma digital por  
ISAIAS HONORATO DA SILVA  
MARQUES:03921882443  
Dados: 2022.11.03 13:29:24  
+03'00'

ASSINATURA DO PREFEITO DO MUNICÍPIO ( Assinatura e Carimbo)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

| ANEXO II - Plano de Aplicação dos Recursos |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|
|                                            |  |  |

Os Recursos serão depositados e geridos na conta corrente nº 3924-1, Ag. 3924-, específica isenta de tarifa bancária, aberta em instituição financeira pública (Banco do Brasil), determinada pela administração. \$1°. Onde os recursos serão automaticamente aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicações de curto prazo.



TAMANDARÉ, 14 DE SETEMBRO DE 2022.

ISAIAS HONORATO DA  
SILVA  
MARQUES:039218824  
43

Assinado de forma digital por  
ISAIAS HONORATO DA SILVA  
MARQUES:039218824-3  
Data: 2022.09.14 12:15:56  
+08'00'

ASSINATURA DO PREFEITO DO MUNICÍPIO

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO