

PLANO DE TRABALHO

ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR DA UNIÃO, PARA FINS DE CUMPRIMENTO À LEI Nº 14.434/22 E À ADIN Nº 722/STF.

I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

a) Entidade

<i>Órgão/Entidade Proponente</i> ASSOCIAÇÃO NIPO BRASILEIRA AO COMBATE DE USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS			
<i>CNPJ</i> 26.908.536/0001-01			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> 94.99-5-00 – Atividades associadas não especificadas anteriormente			
<i>Endereço</i> ROD SP 215 KM 107 ESTANCIA JK			
<i>Cidade</i> Descalvado			<i>UF</i> SP
<i>CEP</i> 13690-000	<i>DDD/Telefone</i> (19) 99905-5312	<i>E-mail</i> clinicarenascerdescalvado@hotmail.com	
<i>Banco</i>	<i>Agência</i>	<i>Conta Corrente</i> (*)	<i>Praça de Pagamento</i> Descalvado

(*) AGUARDANDO ABERTURA DA CONTA ESPECÍFICA

Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i> LUÍS KAORU NAKAMOTO		
<i>CPF</i> 107.971.508-89	<i>RG</i> 17.252.001	<i>Órgão Expedidor</i> AAP/SP
<i>Cargo</i> Presidente	<i>Data Nascimento</i> 23/05/1968	
<i>Endereço</i> Rua João Vendramini nº 69 – Vila Vendramini		
<i>E-mail Institucional</i> clinicarenascerdescalvado@hotmail.com		
<i>E-mail Pessoal</i> luis.kaoru@hotmail.com		

II – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Formalizar as transferências da Assistência Financeira Complementar da União – Lei Federal nº 14.434/22, para pagamento do Piso Nacional da Enfermagem, observado o disposto na Lei Municipal nº 3.747/2023.

III - PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Espécie de Custos	Percentual	Valor R\$
CUSTEIO – Complementação da Folha de Pagamento Pessoal de enfermagem	100%	Valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
Total		

a) Identificação do Objeto

O objeto da parceria é a transferência de recursos proveniente da União para cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros e técnicos de enfermagem, sem repasse por parte do Município.

b) Objetivo

Cumprimento da Lei Federal nº 14.581/22 e Lei Municipal nº 3.747/2023.

c) Justificativa

A entidade mantém profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em seu quadro de colaboradores, e por ser filantrópica e atender 60% dos pacientes pelo SUS, fazendo jus ao recebimento do auxílio federal para o piso da enfermagem.

Metas a Serem Atingidas

Repasse dos valores recebidos aos profissionais de enfermagem.

IV – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

MET A	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
01	Custeio – Complementação da Folha de Pagamento Pessoal enfermagem	Repassar valores aos profissionais de enfermagem, conforme informações mensais encaminhadas ao Ministério da Saúde.

V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

PARCELA	OBJETO	CONCEDENTE
01	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
02	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
03	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
04	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
05	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
06	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
07	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
08	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
09	CUSTEIO	100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
TOTAL		

O valor será apurado mensalmente pelo Ministério da Saúde / INVESTSUS, que estabelecerá critérios e procedimentos para o repasse da assistência financeira complementar da União destinado ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

É vedada qualquer transferência a título de suplementação de valores devidos aos profissionais de enfermagem por parte do Município em caso de insuficiência dos repasses realizados pelo Governo Federal.

Caberá ao Gestor local do SUS repassar os recursos financeiros à instituição, nos prazos definidos em portarias.

Caberá à instituição fazer o pagamento dos profissionais no limite dos valores disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Até que o ente federal proceda a adaptação das plataformas oficiais à nova realidade de pagamento do Piso da Enfermagem, em especial do E-Social, o pagamento ao funcionário poderá ser realizado até o 5º dia útil do mês subsequente ao repasse.

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início.....: A partir do recebimento do recurso.
- Duração: **365 dias**.

VII - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

A Prefeitura Municipal de Porto Ferreira transferirá os recursos previstos no cronograma de desembolso, em conta específica indicada no item 01 desta proposta.

VIII- PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos e dos rendimentos das aplicações financeiras deverá ser apresentada à Prefeitura Municipal de Porto Ferreira por intermédio de sua Secretaria de Saúde em até

30 dias após o mês de competência do respectivo repasse, contendo os relatórios emitidos pela folha de pagamento da respectiva competência.


IX – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, por este Termo de Fomento, ao apresentar proposta de intervenção consubstanciada neste Plano de Trabalho, objetivando proporcionar melhores condições de vida aos beneficiários alvos desta Entidade, declaro:

a) Para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Porto Ferreira, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora, ou situação de inadimplência com esta Prefeitura ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Estadual e/ou Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento Municipal, na forma deste Plano de Trabalho.

b) Que me comprometo a colocar em operação imediata o projeto ora apoiado, bem como me responsabilizo pela sua operação regular e contínua.

Porto Ferreira, 23/10/2023.


Luís Kaoru Nakamoto

X - APROVAÇÃO DA SECRETARIA RESPONSÁVEL

Porto Ferreira, / /2023.

SECRETARIA DE SAÚDE
VERA LUCIA VISOLLI - Secretária

XI – APROVAÇÃO PELO ÓRGÃO CONCEDENTE

Porto Ferreira, / /2023.

Prefeito Municipal de Porto Ferreira



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 77E7-1D76-0923-6A80

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 24/10/2023 14:12:26 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 24/10/2023 14:13:59 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ROMULO LUIS DE LIMA RIPA (CPF 350.XXX.XXX-33) em 24/10/2023 14:17:02 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://portoferreira.1doc.com.br/verificacao/77E7-1D76-0923-6A80>