



# Associação Nipo Brasileira ao Combate de Uso de Alcool e Outras Drogas

CNPJ: 26.908.536/0001-01

## 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> <b>ASSOCIAÇÃO NIPO BRASILEIRA AO COMBATE DE USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS</b>			
<i>CNPJ</i> <b>26.908.536/0001-01</b>			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> <b>94.99-5-00 – Atividades associadas não especificadas anteriormente</b>			
<i>Endereço</i> <b>ROD SP 215 KM 107 ESTANCIA JK</b>			
<i>Cidade</i> <b>Descalvado</b>			<i>UF</i> <b>SP</b>
<i>CEP</i> <b>13690-000</b>	<i>DDD/Telefone</i> <b>(19) 99905-5312</b>		<i>E-mail</i> <b>clinicarenascerdescalvado@hotmail.com</b>
<i>Banco</i> <b>001</b>	<i>Agência</i> <b>918-0</b>	<i>Conta Corrente (*)</i> <b>29342-3</b>	<i>Praça de Pagamento</i> <b>Descalvado</b>

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

##### b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i> <b>Luís Kaoru Nakamoto</b>		
<i>CPF</i> <b>107.971.508-89</b>	<i>RG</i> <b>17.252.001</b>	<i>Órgão Expedidor</i> <b>SSP/SP</b>
<i>Cargo</i> <b>PRESIDENTE</b>	<i>Data Nascimento</i> <b>23/05/1968</b>	
<i>Endereço</i>		

Rodovia SP 215, KM 107 - Descalvado/SP. CEP 13690 – 000  
Reconhecida de Utilidade Pública – Lei Municipal nº 4.538 de 11 de março de 2021  
Certificado de Regularidade Cadastral de Entidade - CRCE – nº 0291/2020  
E- mail: clinicarenascerdescalvado@hotmail.com  
Site: <http://www.clinicarenascerdescalvado.com.br>  
Telefone: (19) 99905-5312

<b>Rua João Vendramini nº 69 – Vila Vendramini</b>
<b>E-mail Institucional</b> <b>clinicarenascerdescalvado@hotmail.com</b>
<b>E-mail Pessoal</b> <b>luis.kaoru@hotmail.com</b>

## 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.

## III – PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Espécie de Custos	Percentual	Valor R\$
CUSTEIO – Folha de Pagamento Pessoal de enfermagem	100%	Definido pelo Fundo Nacional de Saúde
<b>Total</b>		<b>R\$ 39.000,00</b>

### 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.

### b) Objetivo

Cumprimento da Lei Federal nº 14.581/22

### c) Justificativa

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

### d) Metas a Serem Atingidas

**NÃO SE APLICA**

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

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
01	Custeio – Folha de Pagamento Pessoal enfermagem	Repassar valores aos profissionais

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

PARCELA	OBJETO	CONCEDENTE
01	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo

Rodovia SP 215, KM 107 - Descalvado/SP. CEP 13690 – 000  
Reconhecida de Utilidade Pública – Lei Municipal nº 4.538 de 11 de março de 2021  
Certificado de Regularidade Cadastral de Entidade - CRCE – nº 0291/2020  
E- mail: clinicarenascerdescalvado@hotmail.com  
Site: <http://www.clinicarenascerdescalvado.com.br>  
Telefone: (19) 99905-5312



		Fundo Nacional de Saúde
02	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
03	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
04	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
05	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
06	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
07	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
08	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
09	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
10	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
11	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
12	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
13	CUSTEIO	R\$ 3.000,00 - 100% do valor definido pelo Fundo Nacional de Saúde
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 39.000,00</b>

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.

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.....: 01/01/2025
- Duração: 31/12/2025

#### **VII – LIBERAÇÃO DOS RECURSOS**

Rodovia SP 215, KM 107 - Descalvado/SP. CEP 13690 – 000  
Reconhecida de Utilidade Pública – Lei Municipal nº 4.538 de 11 de março de 2021  
Certificado de Regularidade Cadastral de Entidade - CRCE – nº 0291/2020  
E- mail: [clinicarenascerdescalvado@hotmail.com](mailto:clinicarenascerdescalvado@hotmail.com)  
Site: <http://www.clinicarenascerdescalvado.com.br>  
Telefone: (19) 99905-5312



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 inexistem 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, 14/10/2024.

\_\_\_\_\_  
**Luís Kaoru Nakamoto**  
Presidente

### **X – APROVAÇÃO DA SECRETARIA RESPONSÁVEL**

Porto Ferreira, / /2024.

SECRETARIA DE SAÚDE  
VERA LUCIA VISOLLI - Secretária

### **XI – APROVAÇÃO PELO ÓRGÃO CONCEDENTE**

Porto Ferreira, / /2024.

Prefeito Municipal de Porto Ferreira





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 6681-8FBB-FADA-BF46

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

- ✓ ROMULO LUIS DE LIMA RIPA (CPF 350.XXX.XXX-33) em 23/10/2024 14:47:27 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VERA LUCIA VISOLLI (CPF 899.XXX.XXX-91) em 23/10/2024 16:52:05 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ LUIS KAORU NAKAMOTO (CPF 107.XXX.XXX-89) em 24/10/2024 09:48:54 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
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/6681-8FBB-FADA-BF46>