

Documento: **Despacho_26.pdf**.

Assinado por: **Cristiane Werner Ferreira Primo** em 04/06/2020 11:33.

Inserido ao protocolo **16.258.392-1** por: **Cristiane Werner Ferreira Primo** em: 04/06/2020 11:31.



Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura.do> com o código:
eb287ec86ea82b032139d97e381d8195.



PLANO DE TRABALHO

() CONTRATO DE GESTÃO

(x) TERMO ADITIVO – PRAZO E VALOR

(x) REMANEJAMENTO E ADEQUAÇÃO NAS MESMAS CATEGORIAS DE DESPESAS

ANEXO I – DADOS CADASTRAIS

I – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE

01– CNPJ 24.039.073/0001-55	02– NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná	03– EXERCÍCIO 2016	
04– ENDEREÇO COMPLETO Avenida João Gualberto	05– Nº 1.881 – 17º andar	06– REGIONAL DE SAÚDE 2ª RS	
07– MUNICÍPIO Curitiba	08– CAIXA POSTAL	09– CEP 80.030-001	10– UF PR
11– DDD 41	12– FONE 3350-7412	13– FAX	14– E-MAIL www.funeas.pr.gov.br
15– NOME DO COORDENADOR RESPONSÁVEL PELO CONVÊNIO HÉLCIO DOS SANTOS	16– TELEFONE (COML e CELULAR) 41-3350.7412 – 41-99177-9750	17– E-MAIL helcio.santos@funeas.pr.gov.br	
18– CONTA BANCÁRIA EXCLUSIVA PARA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DO CONVÊNIO BANCO (Código/Nome): BANCO DO BRASIL – Nº 001 AGÊNCIA: 3793-1 AGÊNCIA GOVERNO Nº DA CONTA BANCÁRIA: 11.480-4			

II – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE

01– NOME DO DIRIGENTE DA ENTIDADE MARCELLO AUGUSTO MACHADO	02– CPF Nº 504.725.189-68			
03– CARGO OU FUNÇÃO DIRETOR PRESIDENTE	04– DATA POSSE 02/01/2019	05– RG Nº 4.113.198-5	06– EXPEDIÇÃO/DATA 29/08/2017	07– ÓRGÃO EXPEDIDOR SSPPR
08– ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO AV. JOAO GUALBERTO, 1881, JUVEVE, CURITIBA/PR, CEP 80.030-001				

III – OUTROS PARTICIPEIS

01– NOME	02– CNPJ	03– CEP	04– UF
05– ENDEREÇO	06– TELEFONE	07– E-MAIL	



ANEXO II- DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Identificação do Tipo de Objeto ¹

O presente instrumento tem por objeto desenvolver e executar ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, desenvolvimento, pesquisa e tecnologia em produção de imunobiológicos, medicamentos e insumos, e de educação permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado do Paraná nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde.

Destinatário do Serviço - População Beneficiada

Serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito do Estado do Paraná, atendidas nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde, descritas no Contrato de Gestão.

Capacidade Instalada

Metas a serem atingidas ²

Executar ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde

Unidade de Medida ³

un

Quantidade

07

Etapas/ Fases de execução ⁴

Data Início

Data Final

Valor previsto

- Contratação e pagamento de pessoal	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 60.414.939,44
- Aquisição de material de consumo	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 73.851.719,50
- Diárias/passagens e locomoção	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 415.729,69
- Contratação de Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 320.670.582,74
- Contratação de Serviços de Terceiros - Pessoa Física	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 7.381.196,38
- Locação de mão-de-Obra	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 3.537.045,80
- Obrigações Tributárias e Contributivas	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 2.527.214,25
- Outras despesas com pessoal Decor. Terc. M.O.(Saúde)	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 1.157.946,00
- Aquisição material Permanente	23/08/2016	12/08/2021	R\$ 6.606.596,00

Justificativa da relação entre custos e resultados, inclusive para aquilatação da equação custo/benefício do desembolso a ser realizado pela Administração em decorrência do convênio.

¹ Aquisição de Equipamentos Material Permanente/ Atividade/ Serviço/ Manutenção/ Obras (Construção, Reforma, Ampliação / Aquisição de Imóveis.

² Deverá ser informada a principal meta a ser atingida com a execução da transferência. A meta é o resultado final para proveito da sociedade, geralmente compreendendo uma obra, serviço ou atividade para a população.

³ Será utilizada para mensurar objetivamente a meta devendo ser escolhida dentre as opções desta listagem - Atendimento/ Metro Linear/ Metro Quadrado/ Percentual/ Pessoas/ Procedimentos/ Unidades.

⁴ Tarefas a serem realizadas. Descrição das etapas necessárias para a execução do objeto de forma cronológica e da alocação dos recursos necessários ao cumprimento das mesmas.



ANEXO III – PLANO DE APLICAÇÃO

Discriminação ⁵	Custo Unitário	Total
DESPESAS CORRENTES:		
3190.11.01 - Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil	R\$ 43.130.257,13	R\$ 43.130.257,13
3390.13.99 - Obrigações Patronais	R\$ 17.284.682,31	R\$ 17.284.682,31
3390.14.14 - Diárias – Pessoal Civil	R\$ 216.937,43	R\$ 216.937,43
3390.30.99 - Material de Consumo	R\$ 73.851.719,50	R\$ 73.851.719,50
3390.33.01 - Passagens e Despesas com locomoção	R\$ 198.792,26	R\$ 198.792,26
3390.36.99 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	R\$ 7.381.196,38	R\$ 7.381.196,38
3390.37.99 - Locação de Mão-de-obra	R\$ 3.537.045,80	R\$ 3.537.045,80
3390.39.99 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	R\$ 320.670.582,74	R\$ 320.670.582,74
3390.47.99 - Obrigações Tributárias e Contributivas	R\$ 2.527.214,25	R\$ 2.527.214,25
3190.34.02 - Outras Desp. Pessoal Decor. Terc. Mão-de-obra (Prog Saúde)	R\$ 1.157.946,00	R\$ 1.157.946,00
Soma Despesas Correntes R\$	R\$ 469.956.373,80	R\$ 469.956.373,80
DESPESAS DE CAPITAL:		
4450.52.99 – Equipamentos e Material Permanente	R\$ 6.606.596,00	R\$ 6.606.596,00
Soma Despesas de Capital R\$	R\$ 6.606.596,90	R\$ 6.606.596,00
VALOR TOTAL (Correntes e Capital)	R\$ 476.562.969,80	R\$ 476.562.969,80

Período de Execução:		
Início – Após a liberação dos recursos		
Fim – Consoante à Cláusula de Vigência do Instrumento Convenial.		

ANEXO IV - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO

Repasso do Concedente					
1ª parcela	2ª parcela	3ª parcela	4ª parcela	5ª parcela	6ª parcela
6.221.057,00	5.661.057,00	5.501.357,00	6.510.570,00	6.699.030,00	6.699.030,00
7ª parcela	8ª parcela	9ª parcela	10ª parcela	11ª parcela	12ª parcela
6.699.030,00	6.699.030,00	6.699.030,00	6.699.030,00	6.699.030,00	6.699.030,00
13ª parcela	14ª parcela	15ª parcela	16ª parcela	17ª parcela	18ª parcela
6.699.030,00	6.699.030,00	6.699.030,00	6.699.030,00	8.555.477,00	8.555.477,00
19ª parcela	20ª parcela	21ª parcela	22ª parcela	23ª parcela	24ª parcela
8.555.477,00	8.555.477,00	8.555.477,00	8.555.478,00	8.555.478,00	8.555.478,00
25ª parcela	26ª parcela	27ª parcela	28ª parcela	29ª parcela	30ª parcela
8.555.478,00	8.555.478,00	8.555.478,00	8.555.478,00	15.713.355,35	15.713.355,35
31ª parcela	32ª parcela	33ª parcela	34ª parcela	35ª parcela	36ª parcela
15.713.355,35	15.713.355,35	13.744.738,60	9.503.530,13	7.534.913,38	7.534.913,38
37ª parcela	38ª parcela	39ª parcela	40ª parcela	41ª parcela	42ª parcela
7.534.913,38	7.534.913,38	14.375.585,78	14.375.585,78	14.375.585,78	14.375.585,78
43ª parcela	44ª parcela	45ª parcela	46ª parcela	47ª parcela	48ª parcela
14.375.585,78	14.375.585,78	14.375.585,78	7.534.913,38	7.534.913,38	7.534.913,38
49ª parcela	50ª parcela	51ª parcela	52ª parcela		
7.534.913,38	7.534.913,38	7.534.913,38	7.534.913,41		

Contrapartida do Tomador					
1ª parcela	2ª parcela	3ª parcela	4ª parcela	5ª parcela	6ª parcela
7ª parcela	8ª parcela	9ª parcela	10ª parcela	11ª parcela	12ª parcela

⁵ Relaciona os itens de despesas que serão necessárias para a realização do objeto conveniado conforme código de classificação da despesa, normatizada pelo Secretário do Tesouro Nacional.



ANEXO V- DECLARAÇÃO DO TOMADOR

Na qualidade de representante legal do proponente **DECLARO**, para fins de prova junto a Secretaria de Estado da Saúde, para efeitos e sob penas da lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional/ Estadual, ou qualquer outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede Deferimento,

Em ____/____/____.

Assinatura do Proponente

Nome e Assinatura do Contador Para Entidades
Filantrópicas e de Utilidade Pública

ANEXO VI- APROVAÇÃO

APROVO o Plano de Trabalho.

Curitiba, ____/____/____.

Carlos Alberto Gebrim Preto
SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE

Documento: **PLANODETRABALHO9TERMOADITIVOFUNEAS.pdf**.

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 08/06/2020 17:09.

Assinado por: **Rodrigo Alexandre Diniz** em 08/06/2020 16:59, **Helcio dos Santos** em 08/06/2020 17:10, **Marcello Augusto Machado** em 08/06/2020 17:29.

Inserido ao protocolo **16.258.392-1** por: **Cristiane Werner Ferreira Primo** em: 04/06/2020 11:56.



Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura.do> com o código:
ba996c5ce11525b0ecba590d664ed4ea.