Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia do Norte
Rua Benedito Mascarenhas, 44 – Centro
Santa Luzia do Norte – Alagoas
CNPJ: 09.664.964/0001-09

# PLANO DE TRABALHO

| | |
|---|---|
| **1. IDENTIFICAÇÃO GERAL** | |
| Título da Proposta: | Emenda Parlamentar Impositiva |
| Ente Proponente: | Fundo Estadual de Saúde/AL |
| Ente Beneficiário: | Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia do Norte |
| CNPJ: | 09664964000109 |
| Endereço: | Rua Benedito Mascarenhas, Nº44 |
| Telefone: | 82988471374 |
| E-mail: | sec.saude.sln@gmail.com |

**Responsável Legal:**

| | |
|---|---|
| Nome: | Silvan da Silva Clemente |
| CPF: | 04536535454 |
| RG: | 04536535454 |
| Endereço: | Rua Santa Luzia, Nº 156 |
| CEP: | 57130000 |
| Telefone: | 82988471374 |
| E-mail: | |

**Instrumento Jurídico:**
(x) Portaria
( ) Convênio
( ) Termo de Cooperação
( ) Transferência Especial
( ) Outro

| | |
|---|---|
| **Número do Processo A** | **E:02000.0000018572/2026** |

**2. IDENTIFICAÇÃO DA EMENDA PARLAMENTAR**

| | |
|---|---|
| Nome da Emenda: | FCR 023 |
| Tipo de Emenda: | Com finalidade definida |
| Origem: | Decreto de Alreração nº (aguardando publicação |
| Autor da Emenda: | Fátima Canuto |
| Ano da Emenda: | 2026 |
| Código da Emenda (SIA | aguardando |
| Valor Total da Emenda | R$ 500.000,00 |

| | |
|---|---|
| Tipo de Recurso: | Custeio - PAP |
| Fonte de Recurso: | 500 - Recursos não Vinculados de Impostos |

**3. COMPATIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA E PLANEJAMENTO**

| | |
|---|---|
| Plano Plurianual (PPA) | Declara-se, para os devidos fins, que o objeto da presente emenda possui compatibilidade orçamentária e está em consonância com o planejamento estabelecido no Plano Plurianual (PPA), nos termos da Lei nº 9.068, de 17 de novembro de 2023. |
| Lei Orçamentária Anua | Declaro para os devidos fins que a presente proposta está em consonância com a Lei nº 9.796/2026 - LOA 2026. |
| Natureza de Despesa: | 334141 |

**4. OBJETO DA EMENDA**

Descrição clara, precisa e detalhada do objeto a ser executado com os recursos da emenda parlamentar, indicando:

- Finalidade pública;
- Benefício à população;
- Localidade(s);
- Resultados esperados.

| |
|---|
| Garantir o custeio das ações e serviços da rede de atenção primária em saúde municipal, mediante ao fortalecimento dos atendimentos pelas equipes a comunidade, possibilitando cuidado integrado através dos atendimentos multidiciplinar, otimizando os diagnósticos em tempo oportuno, viabilizando exames e procedimentos dentro do território, visando reduzir o tempo de espera, a ampliação do acesso e a garantia do cuidado integrado e multidisciplinar. |

Quando a emenda for para investimento (equipamentos e materiais permanentes):

| Descrição do item | Valor unitário | Quantidade | Valor total |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**5. JUSTIFICATIVA**

Apresentar a motivação técnica e social da execução do objeto, demonstrando:

- Diagnóstico do problema:
- Relevância:
- Conformidade com políticas públicas:
- Alinhamento com programas:

O município possui uma rede de atenção primária em saúde bem estruturada, necessitando de manutenção na rotina das ações e serviços de saúde. Essa evidência e demonstrada através dos dados extraídos do SAIPS onde temos uma cobertura de 100% das equipes de APS, correspondendo a um número de mais de 400 atendimentos diários. Esses atendimentos se subdividem entre a equipe miníma da Estratégia de saúde da família, da equipe emulti estratégica, equipe de curativos especializados e da equipe de fisioterapia domiciliar, onde profissionais especializados complementam e encaminham e contra referenciam os pacientes dentro da rede de assitência. É importante destacar a operacionalização e efetividade do programa Telenordeste no município em todas as unidades básicas de saúde do município, o que demanda outras necessidades de organização da assitência, como: materias de consumo e a manutenção constante dos equipamentos para o pleno funcionamento, procedimentos de apoio ao diagnóstico, dentre outros. Neste contexto, a execussão da presente emenda parlamentar permitirá ampliar a oferta de serviços e fortalecer a capacidade assistencial beneficiando a população de mais de 6.900 pessoas, com impactos positivos na reduação de tempos de espera, ampliação do cuidado e e melhroria do cuidado integrado e multidiciplinar. A iniciativa apresenta viabilidade técnica e operacional, considerando a existência de rede assistencial secundária, fora do município que possibilita a regulação e encaminhamento, além de se encontrar em conformidade com os instrumentos de planejamento do SUS, especialmente o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, contribuindo para o fortalecimento das ações e serviços públicos de saúde e para a melhoria dos indicadores assistenciais, com potencial de ampliação da produção de consultas dentro da estratégia de saúde da família, bem como os especialsitas da rede, além da redução da demanda reprimida e qualificação da atenção à saúde da população. Serão realizadas acompanhamento nominal das pessoas hipertensas adscritas à equipe, ações de educação permanente para estimular e incentivar o autocuidado e co-responsabilização do usuário hipertenso, além de elaborar cronograma junto aos agentes comunitários de saúde para atualização cadastral, para amabs os indicadores.

**6. VINCULAÇÃO COM O PLANO DE SAÚDE E A PROGRAMAÇÃO ANNUAL D**

| | |
|---|---|
| Diretriz: | Assegurar a assistência integral à saúde da população com foco nos principais problemas de saúde. |
| Objetivo: | Ampliar e implementar o acesso a saúde na rede de atenção a saúde da APS, fortalecendo o atendimento pelas equipes . |
| Metas: | 1.Monitorar e Ampliar a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. 2.Ampliar a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. |
| Indicadores: | 1. Proporção de pessoas hipertensas com consulta e pressão arterial aferida no semestre. 2.Proporção de diabéticos com consulta e solicitação de hemoglobinas glicada no semestre. |

**6.1 Etapas de Execução**

| Etapa | Descrição | Prazo Inicial | Prazo Final |
|---|---|---|---|
| 1 | Apresentação e validação da documentação obrigatória, incluindo complementação do Plano de Trabalho, abertura de conta bancária específica da emenda e regular instrução do processo administrativo junto à Secretaria de Estado da Saúde. | Data da comunicação oficial da contemplação | Até 15 dias |
| 2 | Análise técnica da documentação pela Secretaria de Estado da Saúde e atendimento a eventuais diligências administrativas, quando | Após protocolo da documentação completa | Até 30 dias |
| 3 | Formalização administrativa da execução da emenda, incluindo registro | Após aprovação do Plano de Trabalho | Até 60 dias |
| 4 | Início da execução do objeto da emenda, mediante contratação de serviços, aquisição de bens ou implementação das ações assistenciais previstas, conforme o Plano de Trabalho aprovado. | Após disponibilização do recurso financeiro | Até 12 meses |
| 5 | Monitoramento da execução física e financeira do objeto, com acompanhamento dos resultados assistenciais | Durante a execução do objeto | Execussão contínua |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Prestação de contas da execução da emenda, mediante apresentação da documentação comprobatória e registro das informações nos instrumentos de gestão do SUS, especialmente no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA e no Relatório Anual de Gestão- RAG | Após conclusão da execução | Até o encerramento do exercício financeiro |

**7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA**

| Etapa | Valor (R$) | Mês/Ano |
|---|---|---|
| Preparação operacional da execução da emenda, incluindo planejamento assistencial, organização dos fluxos de atendimento e formalização dos instrumentos administrativos necessários | 10.000,00 | Até 1 mês |
| Início da execução das ações e serviços de saúde previstos no Plano de Trabalho, com realização de atendimentos | 250.000,00 | de 2 a 4 meses |

| | | |
|---|---|---|
| Ampliação e continuidade da execução do objeto, com manutenção da oferta regular dos serviços assistenciais, monitoramento da produção e acompanhamento da execução | 200.000,00 | de 5 a 9 meses |
| Consolidação da execução do objeto, avaliação dos resultados assistenciais e | **40.000,00** | **de 10 a 12 meses** |

**8. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

| Natureza da Despesa | Especificação | Valor (R$) |
|---|---|---|
| 339430 | material de consumo | 50.000,00 |
| 339032 | Material, bem ou serviço de distribuição gratuita | 400.000,00 |
| **339030** | Material de consumo | 50.000,00 |

**9. MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA**

**Informações bancárias:**

| | |
|---|---|
| Agência:**2049** | Conta:**000567601359-8** |
| Instituição Bancária: | **caixa econômica** |

OBS: Conta exclusiva por emenda

**10. EXECUÇÃO E RESPONSABILIDADES**

**Responsável pela Gest**

| | |
|---|---|
| Nome: | Silvan da Silva Clemente |
| CPF: | 04536535454 |
| RG: | 04536535454 |
| Endereço: | Rua Santa Luzia, nº156 |
| CEP: | 57130000 |
| Telefone: | 82988471374 |
| E-mail: | sylvanclementesilvan@hotmail.com |

**Responsável pela Execução:**

| | |
|---|---|
| Nome: | Mônica Leão de Cerqueira |
| CPF: | 05019309494 |
| RG: | 2001001200393 |
| Endereço: | Rua Imaculada Conceição. Nº 23 |
| CEP: | 53130000 |
| Telefone: | 82999452387 |
| E-mail: | monicastdonorte@gmail.com |

**Responsável pela Fiscalização:**

| | |
|---|---|
| Nome: | Josefa Cláudia Gomes Figueiredo |
| CPF: | 06234319475 |
| RG: | 41315286 |
| Endereço: | Rua Tiradentes, nº 03, centro - Santa Luzia do Norte |
| CEP: | 57130000 |
| Telefone: | 82999214200 |
| E-mail: | claudiagom22@gmail.com |

## 11. TRANSPARÊNCIA E RASTREABILIDADE

**Me comprometo por meio deste em:**

• Registrar integralmente a emenda;
• Disponibilizar informações em formato aberto no Portal da Transparência ou sítio eletrônico próprio (no caso de instituições);
• Manter atualização tempestiva dos dados;
• Permitir acesso irrestrito aos órgãos de controle;
• Observar integralmente a ADPF 854, a Resolução Normativa TCE/AL nº 5/2025 e a Nota Técnica DCT nº 1/2025.

## 12. PRESTAÇÃO DE CONTAS

Descrição dos documentos e relatórios que serão apresentados, observando:

• Normas do Tribunal de Contas do Estado de Alagoas;
• Instrumentos de Gestão do SUS;
• Prazos legais.

A prestação de contas será realizada por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA e do Relatório Anual de Gestão – RAG, com apresentação da execução física e financeira da emenda.

## 13. DECLARAÇÕES FINAIS

**Declaro para os devidos fins que:**

• O objeto não se encontra em execução prévia;
• Não há sobreposição com outras fontes de financiamento;
• As informações prestadas são verdadeiras;
• O plano atende às exigências constitucionais, legais e infralegais vigentes.

Local e Data: Santa Luzia do Norte, 25 de junho de 2026

gov.br Documento assinado digitalmente
SYLVAN DA SILVA CLEMENTE
Data: 25/06/2026 14:31:38-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinatura do Responsável Legal do Beneficiário

**Silvan da Silva Clemente**
**Secretario Municipal de Saúde**
**CPF: 04536535454**