



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS**

RESOLUÇÃO Nº 17/2017

“DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO PLANO DE APLICAÇÃO DO RECURSO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.”

O PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, Sr. Erich Schneider de Oliveira, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Municipal nº 1141/1993 e suas alterações, e considerando a deliberação dos membros do CMS, em reunião ordinária do dia 12 de abril de 2017, resolve:

Art. 1º) Aprovar o PLANO DE APLICAÇÃO do Recurso Agentes Comunitários de Saúde, aplicados no Incentivo Financeiro Adicional e aquisição de Uniformes., num montante de R\$ 30.420,00 (trinta mil, quatrocentos e vinte reais).

Art.2º) Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação no Quadro de Atos da Prefeitura Municipal de Vera cruz – RS.

Vera Cruz, 12 de abril de 2017.

ERICH SCHNEIDER DE OLIVEIRA
Conselheiro Presidente do CMS

PLANO DE APLICAÇÃO (Recurso Agentes Comunitários de Saúde)

		13ª Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul		
1- Nome do Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DE VERA CRUZ FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		2- Nº Agência e Conta Corrente 959 04013316-7	3 - EXERCÍCIO (ano/semestre) 2017 / 1º semestre	
PROJETOS/ATIVIDADES 06-Especificação/Descrição		4 - CGC: 98661366/0001-06	5 - UF: RS	
1- Verba Estadual ACSs	17 (jan-dez)	R\$ 1.014,00	Abril/2017	Maio/2017
2- Verba Estadual ACSs	07 (fev-dez)	R\$ 929,50		
3- Verba Estadual ACSs	02 (mar-dez)	R\$ 845,00		
4- Uniformes	31	R\$ 4.985,50		

09- NATUREZAS DA DESPESA		10-Concedente SES (Estado)	11- Participação do Município	12- Participações dos Recursos da União	13- Total
Código	ELEMENTO DE DESPESA	R\$ 30.420,00			R\$ 30.420,00
	Incentivo Financeiro Adicional (jan-dez)	R\$ 17.238,00			
	Incentivo Financeiro Adicional (fev-dez)	R\$ 6.506,50			
	Incentivo Financeiro Adicional (mar-dez)	R\$ 1.690,00			
	Uniformes	R\$ 4.985,50			
SUBTOTAL DE DESPESAS CORRENTES					
SUBTOTAL DE DESPESAS DE CAPITAL					
14- TOTAL GERAL					R\$ 30.420,00
15-AUTENTICAÇÃO ____ / ____ / 2017					
Eliana Maria Giehl Nome do Gestor do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE			Assinatura do Gestor do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
16- DATA DA APROVAÇÃO NO CMS:		____ / ____ / 2017 Ata CMS nº _____ (em anexo)			