



**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- N° Agência e Conta Corrente 959 04013316-7		3 - EXERCÍCIO (ano/semestre) 2017 / 1º semestre	
		4 - CGC: 98661366/0001-06		5 - UF: RS	
PROJETOS/ATIVIDADES 06-Especificação/Descrição		07- INDICADORES FÍSICOS		08-PREVISÃO DE EXECUÇÃO	
		Unidade de Medida	Quantidade	Início	Término
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					
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)			