**Ofício nº......... Campo Grande, de de 2023.**

**Ao Senhor Secretário de Estado da Casa Civil**

**NESTA**

Encaminhamos para análise a presente **Indicação de Emenda Parlamentar**, nos seguintes termos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EXERCÍCIO ORÇAMENTÁRIO:** 2023 | **TIPO DE EMENDA:** | **[ ]** INDIVIDUAL | **[ ]** COLETIVA |

|  |
| --- |
| **AUTOR (A) / AUTORES (AS):** |

|  |
| --- |
| **ÓRGÃO ESTADUAL EXECUTOR:**  [ ] SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES  [ ] SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS - SEAD  [ ] SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO – SED  [ ] ......................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*BENEFICIÁRIO:** | |
| **CNPJ**:  \*se for emenda para a Saúde, via Município, informar o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde | |
| **Endereço:** | |
| **Responsável pelo acompanhamento da Emenda** | |
| **Telefone:** | **E-mail:** |
| \***Se for instituição de saúde anexar:** **a)** consulta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a ser emitida pelo link <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>, **b)** Estatuto constando que a Instituição presta serviços de saúde.  \* **No caso de OSC anexar:** **a)** comprovante de inscrição no Conselho Municipal ou Estadual (Conselho de Assistência Social, da Criança e do Adolescente, do Idoso; **b)** Estatuto com finalidade social adequado à Lei 13019/2014 e alterações. | |

|  |
| --- |
| **MODALIDADE DE TRANSFERÊNCIA/REPASSE: [ ]** FUNDO A FUNDO **[ ]** OUTROS |

|  |
| --- |
| **OBJETO:**  \* Inserir o nome do projeto, o que será aplicado, quantidade de beneficiários atendidos, etc  \* Exemplos: Aquisição de equipamentos/materiais permanentes, veículo, veículo ambulância tipo A, B, D, materiais de consumo, etc.  \* Para recurso Fundo a Fundo Custeio o objeto é “Custeio – Ações e Serviços em Saúde” |

|  |
| --- |
| **FINALIDADE:**  **[ ]** INVESTIMENTO (Ex.: Aquisição de equipamentos/materiais permanentes, veículos, reforma, ampliação, construção)  (obs: Escolhida a finalidade INVESTIMENTO, é necessário preencher e anexar o MODELO “A)”  **[ ]** CUSTEIO (Ex.:**:** Pessoal, diárias, material de consumo, serviços de terceiros de pessoa física e/ou jurídica, custos indiretos) |

|  |
| --- |
| **MUNICÍPIO / REGIÃO / COMUNIDADE / ENTIDADE ATENDIDA/NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **VALOR DA EMENDA:**  **R$** | **VALOR DA CONTRAPARTIDA / RECURSOS COMPLEMENTARES: R$** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**xxxxxxxxxxxxxxx**

**DEPUTADO (A) ESTADUAL**

**MODELO A**

**INFORMAÇÕES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO / FINALIDADE** | | | |
| XXXXXX | | | |
| **DESCRIÇÃO** | | | |
| **NOME/ESPECIFICAÇÃO (preencher com especificações mínimas/não direcionar para marca/modelo)** | **QUANTIDADE** | **VALOR (R$)** | |
| **UNITÁRIO** | **TOTAL** |
| XXXX | XXXX | XXXX | XXXXX |
| **TOTAL GERAL** (incluir a contrapartida ou recursos complementares, se houver) | | | **R$ XXXX** |
| **BENEFICIÁRIO ALVO** | | | |
| XXXXX | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**xxxxxxxxxxxxxxx**

**DEPUTADO (A) ESTADUAL**

**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO OFÍCIO E ANEXO DA**

**INDICAÇÃO PARLAMENTAR**

1. Para **Instituições** é necessário anexar a este ofício a consulta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES acessando no link: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> e o Estatuto (onde deverá constar que a Instituição presta serviços de saúde);
2. Os valores dos equipamentos/materiais permanentes, materiais de consumo e veículo constantes no presente ofício, deverão estar de acordo com os orçamentos a serem apresentados posteriormente.

É importante verificar tais orçamentos para que os valores sejam informados corretamente.

1. No quadro das “Informações Técnicas” é necessário especificar os materiais a serem adquiridos (equipamentos/materiais permanentes, materiais de consumo), veículo, veículo ambulância tipo A, B ou D (constando as especificações mínimas do veículo a ser adquirido e os equipamentos que comporão a ambulância conforme Portaria nº 2048/GM, de 05/11/02).
2. As despesas relacionadas à execução de Parcerias deverão atentar ao regramento do artigo 42, 45 e 46 da Lei 13.019/2014 e alterações, e do artigo 35 ao 41 do Decreto Estadual 14.494/2016.
3. As indicações deverão ser enviadas para a Casa Civil, digitalizadas, em lote único, pelo e-mail [emendas@casacivil.ms.gov.br](mailto:emendas@casacivil.ms.gov.br)
4. Telefone da Superintendência de Emendas Parlamentares Estaduais e Federais: (67) 3318-1064.

**Exemplo 1:** Para equipamentos/materiais permanentes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **QUANTIDADE** | **VALOR (R$)** | |
| **UNITÁRIO** | **TOTAL** |
| Ar condicionado 12.000 btus | 02 | XXX | XXX |

**Exemplo 2:** Para materiais de consumo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **QUANTIDADE** | **VALOR (R$)** | |
| **UNITÁRIO** | **TOTAL** |
| Luva de procedimento sem talco - tamanho G | 50 | XXX | XXX |

**Exemplo 3:** Para veículo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **QUANTIDADE** | **VALOR (R$)** | |
| **UNITÁRIO** | **TOTAL** |
| Veículo 0km, bicombustível, direção hidráulica ou elétrica, ar condicionado, 04 portas, câmbio manual ou automático, motor no mínimo 1.3 | 01 | XXX | XXX |

**Exemplo 4:** Para veículo ambulância tipo “A”:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **QUANTIDADE** | **VALOR (R$)** | | |
| **UNITÁRIO** | | **TOTAL** |
| Veículo ambulância tipo "A", furgão original de fábrica, 0km, potência mínima 114 cv, tanque de combustível com capacidade mínima de 69 litros, direção hidráulica e/ou elétrica com os seguintes equipamentos: sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal. | 01 | XXX | XXX | |

**Exemplo 5: modelo completo área da saúde**

**INFORMAÇÕES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO / FINALIDADE** | | | |
| Transportar pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, por meio de ambulância Tipo "A" a ser adquirida. | | | |
| **DESCRIÇÃO** | | | |
| **NOME/ESPECIFICAÇÃO (preencher com especificações mínimas/não direcionar para marca/modelo)** | **QUANTIDADE** | **VALOR UNITÁRIO (R$)** | **VALOR TOTAL (R$)** |
| Veículo ambulância tipo "A", furgão original de fábrica, 0km, potência mínima 114 cv, tanque de combustível com capacidade mínima de 69 litros, direção hidráulica e/ou elétrica com os seguintes equipamentos: sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal. | 01 | 284.000,00 | 284.000,00 |
| **TOTAL GERAL** | | | **R$ 284.000,00** |
| **BENEFICIÁRIO ALVO** | | | |
| Pacientes do Município de Ribas do Rio Pardo que necessitam de transporte a outras localidades referenciadas. | | | |

**Exemplo 6: modelo completo para área da Assistência Social**

**INFORMAÇÕES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO / FINALIDADE** | | | |
| Executar o projeto (nome do projeto) que visa proporcionar aos beneficiários da OSC oficinas, ou locomoção adequada através da aquisição de veículos, ou cursos profissionalizantes, entre outros | | | |
| **DESCRIÇÃO** | | | |
| **NOME/ESPECIFICAÇÃO (preencher com especificações mínimas/não direcionar para marca/modelo)** | **QUANTIDADE** | **VALOR UNITÁRIO (R$)** | **VALOR TOTAL (R$)** |
| Uniformes kit (camisa, bermuda, meião)  Bola para futebol  Lanche  Custos Indiretos (água, luz, telefone, internet, etc) | 100  50  400  Mês | 50,00  100,00  12,00  1.500,00 | 5.000,00  5.000,00  4.800,00  18.000,00 |
| **TOTAL GERAL** | | | **32.800,00** |
| **BENEFICIÁRIO ALVO** | | | |
| 100 crianças e adolescente entre 06 e 15 anos, na região do bairro Tiradentes. | | | |