**PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DA CIRCULAÇÃO DO CORONAVÍRUS (COVID – 19)**

**Município: .....................................................................................**

**ANEXO II**

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**Órgão: Secretaria Municipal de Saúde de ........**

**Unidade: Fundo Municipal de Saúde de .............**

**Função: 10 – Saúde**

**Sub Função: 122 - Administração Geral (sugestão)**

**Programa: Preferencialmente, escolher um programa existente na Gestão da Secretaria de Saúde). Exemplo: Gestão do SUS (se tiver)**

**Atividade: 2.---- - “Enfrentamento da Emergência - COVID-19”**

**Legislação: (citar a(s) legislação(ões) que deu(eram) origem aos recursos que cobrirão a Programação Orçamentária)**

**I - Receitas Estimadas por Bloco e Fontes de Recursos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bloco de Financiamento | Transferências Federal | Transferências  Estadual | Recursos Próprios | TOTAL |
| Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde |  |  |  |  |
| Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |

**II - Despesas Previstas por Bloco / Grupo (Sub Função)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO (SUB FUNÇÃO)** | **BLOCO** | | | | **TOTAL** |
| **Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde** | | **Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde** | |
| **Pessoal + Encargos** | **Outras Despesas de Custeio** | **Equipamentos e Materiais Permanentes** | **Obras e Instalações** |
| Atenção Básica (301) – Atenção Primária |  |  |  |  |  |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302) - Assistência Especializada |  |  |  |  |  |
| Suporte Profilático e Terapêutico (303) - Assistência Farmacêutica |  |  |  |  |  |
| Vigilância Sanitária (304) – Vigilância em Saúde |  |  |  |  |  |
| Vigilância Epidemiológica (305) – Vigilância em Saúde |  |  |  |  |  |
| Alimentação e Nutrição (306) |  |  |  |  |  |
| Administração Geral (122) – Gestão do SUS |  |  |  |  |  |
| Outras Sub Funções |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

**OBS.: O total da Despesa Prevista deve ser igual ao total da Receita Estimada.**

**III - Classificação das Despesas por Elemento da Despesa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código do Elemento de Despesa** | **Especificação** | **Valor** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

**OBS.: O total da Despesa por Elemento de Despesa deve ser igual ao total da Receita Estimada.**

............................................., .................. de ..................................de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefeito Municipal Secretário Municipal de Saúde