**ANEXO I – PLANO DE TRABALHO**

**NOME DO PROJETO: CONTROLE DE ZONOSES E DE POPULAÇÕES DE ANIMAIS DOMÉSTICOS (CÃES E GATOS).**

**1 – IDENTIFICAÇÃO**

* 1. **Nome da Organização da Sociedade Civil (OSC):**
	2. **Endereço da OSC:**

Rua/Avenida:

Bairro:

CEP:

Site:

E-mail da OSC:

Telefone da OSC:

* 1. **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica:**

Número do CNPJ:

Data de abertura do CNPJ:

Atividade econômica principal:

Atividade econômica secundária:

* 1. **Finalidade Estatutária (conforme descrito no Estatuto Social):**
	2. **Vigência do mandato da diretoria atual:**
	3. **Dados do presidente da OSC:**
	CPF:
	endereço residencial:
	telefone do presidente(celular e fixo):
	e-mail do presidente:
	4. **Responsável técnico das atividades:**
	Nome completo:
	RG:

CPF:

Número de registro profissional:

Validade do registro profissional:

Telefone de contato (celular e fixo):

E-mail:

**1.8 Responsável pela prestação de contas:**

Nome completo:

RG:
CPF:

Telefone para contato (celular e fixo):
e-mail:

**2 – OBJETIVO DO REPASSE**

Repasse de recursos para vigilância, prevenção, controle populacional e de zoonoses de relevância para a Saúde Pública (animal suspeito de zoonose que represente risco de transmitir doenças), bem como a prestação de serviços de esterilização de animais, de acordo com as normas de Saúde e Vigilância Sanitária, na Resolução nº 1015/CFMV, de 09 de novembro de 2012, na Resolução nº 722, de 16 de agosto de 2002, bem como na Lei Federal 13.019/2014.

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

**3 – AÇÕES**

1. Execução de procedimentos cirúrgicos de esterilização em cães de rua ou pertencentes a tutores em situação de risco de vulnerabilidade social inclusive em áreas indígenas, em localidades onde há maior risco de ocorrência de zoonoses de relevância em saúde pública e que exijam intervenção, com o objetivo de controlar a população de cães;
2. Transporte dos animais entre a residência do proprietário ou local onde o animal foi recolhido até o local da castração, bem como a devolução do animal ao seu local de origem;
3. Orientação ao proprietário quanto à guarda responsável de animais domésticos, assim como orientação quanto às zoonoses de importância em Saúde Pública;
4. Atendimento, nas dependências da contratada, durante o período pós-cirúrgico e, se necessário, retirada de pontos da cirurgia para acompanhamento exclusivo do procedimento relacionado à cirurgia e a cicatrização.
5. Atendimentos realizados obrigatoriamente por um médico veterinário, responsável pelas cirurgias e anestesias, bem comopor auxiliares capacitados para executar o manejo dos animais em todas as etapas dos procedimentos;
6. Realização de Exame clínico e laboratorial (hemograma) prévio ao procedimento cirúrgico, cabendo esta decisão ao médico veterinário.

**4 – METAS**

Realização de no mínimo 42 (quarenta e duas) cirurgias de esterilização (ovariosalpingohistectomia e orquiectomia) mensais, totalizando um valor mínimo anual de 504 cirurgias de esterilização (ovariosalpingohistectomia e orquiectomia) por entidade selecionada, preferencialmente em áreas indicadas como críticas pela incidência de zoonoses.

**5 – AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS**

- Envio de relatórios mensais com número de procedimentos realizados contendo local onde o animal foi encontrado, resumo dos procedimentos realizados, assinatura do veterinário, nome do proprietário e assinatura do proprietário

- Banco de dados (físico e digitalizado) com documentação (autorização de esterilização e ficha médica) de todos os animais esterilizados.

- Entrega de prontuários de internamento e cirurgia, com o objetivo de comprovar, documentalmente, a quantidade de animais esterilizados, com no mínimo: dados do paciente, medicações utilizadas, data da internação, técnica utilizada e dados complementares (notas fiscais). Os documentos devem ser individuais, datados e assinados pelo profissional médico veterinário responsável pelo procedimento. Tais documentos devem ser protocolados no setor de vigilância ambiental, a cargo do coordenador, até o dia 10 de cada mês durante a vigência do convênio.

**6 – PRAZO PARA EXECUÇÃO DAS AÇÕES E PARA CUMPRIMENTO DAS METAS**

12 meses após a data da assinatura.

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

**7- GRADE HORÁRIA DAS ATIVIDADES**

Horário Comercial.

**8- LOCAL DE DESENVOLVIMENTO**

Nome do local:

Endereço do local:

Responsável pelo local:

Local: ( )próprio ( )privado ( ) público

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

**9- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO PARA CADA OSC SELECIONADA (EM R$)**

**CONCEDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JANEIRO****2020** | **FEVEREIRO****2020** | **MARÇO****2020** | **ABRIL****2020** | **MAIO****2020** | **JUNHO****2020** |
|  |  | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA |
| **JULHO****2020** | **AGOSTO****2020** | **SETEMBRO****2020** | **OUTUBRO****2020** | **NOVEMBRO****2020** | **DEZEMBRO2020** |
| 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA |
| **JANEIRO****2021** | **FEVEREIRO****2021** |  |  |  |  |
| 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA | 6.600,00 SESAU5.900,00 SEDEMA |  |  |  |  |

Chapecó, 22 de janeiro de 2020.

Maristela BisogninSanti Rocha

Secretária Municipal de Saúde