

MODELO DE RELATÓRIO FINAL

Logomarcas

**RELATÓRIO FINAL DO PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POR MEIO DO TRABALHO DE
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE**

Município/ UF

Ano

*A Secretaria Municipal/Distrital de Saúde deve acompanhar o desenvolvimento do projeto localmente, conforme o planejamento apresentado na proposta enviada ao Ministério da Saúde no processo de adesão ao Programa de Revitalização de Unidades Básicas de Saúde por meio do trabalho de Pessoas Privadas de Liberdade, instituído pela **Seção V, Capítulo I, Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. O acompanhamento é contínuo, e após a conclusão das atividades deve ser elaborado um Relatório Final que demonstre o cumprimento do objeto pactuado.*

A Seção V, Capítulo I, Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, determina que os municípios ou Distrito Federal participantes do Projeto apresentem um Relatório Final das atividades, conforme modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, que analisará o relatório afim de avaliar a execução do objeto do projeto. Nesse sentido, o presente modelo de Relatório Final do Projeto de Revitalização de Unidade Básica de Saúde por meio do trabalho de Pessoas Privadas de Liberdade cumpre a função de orientar os entes federativos. O município ou Distrito Federal poderá acrescentar outras informações ao Relatório Final que julgar pertinentes.

O Relatório Final deverá conter, no mínimo, os seguintes elementos:

- 1. Dados Gerais*
- 2. Resultados*
- 3. Anexos*

1. Dados gerais

1.1. Identificação

O município _____/UF teve sua adesão ao Programa de Revitalização de Unidades Básicas de Saúde por meio do trabalho de Pessoas Privadas de Liberdade aprovada pela Portaria GM/MS nº _____/202__.

A equipe de Coordenação Local do Projeto foi composta por (*informar quantidade*) Coordenador(es) e (*informar quantidade*) Supervisor(es) (se houver).

1.2. Unidade Básica de Saúde

No âmbito do Programa foi revitalizada a Unidade Básica de Saúde (*informar nome da UBS*) – CNES nº _____, no período de ____/____/____ a ____/____/____ (*informar período total entre o início e término de todas as atividades de revitalização*).

A data de início e término das atividades de revitalização em cada UBS corresponde apenas ao tempo de trabalho dos privados de liberdade no âmbito do Projeto (duração da revitalização/reforma propriamente dita). Neste item não deve ser contabilizado período de organização do Projeto, como reuniões intersetoriais, elaboração da documentação e proposta, entre outras etapas de gestão ou coordenação.

1.3. Privados de Liberdade

No âmbito do Projeto foram envolvidos (*informar quantidade*) trabalhadores privados de liberdade do(s) regime(s) aberto/semiaberto, com idade superior a 18 (dezoito) anos, conforme quadro abaixo.

Quadro 1. Descrição dos custodiados participantes do Projeto.

Unidade Prisional	Nº de privados de liberdade participantes	Regime (aberto/semiaberto)

1.4. Outros

A Secretaria de Saúde pode informar outros dados gerais que julgar pertinentes.

2. Resultados

O município _____/UF atesta o cumprimento do objeto referente ao Programa de Revitalização de Unidades Básicas de Saúde por meio do trabalho de Pessoas Privadas de Liberdade.

2.1. Atividades realizadas

A fim de cumprir o objetivo do projeto, os privados de liberdade participantes realizaram atividades de revitalização/recuperação/manutenção da UBS, conforme quadro abaixo.

Descrever quais atividades de revitalização/recuperação foram realizadas na UBS, identificando o local/sala da UBS. Exemplos: pintura, troca de lâmpadas, manutenção de fechaduras, realização de acabamento, limpeza pós revitalização, entre outros.

Quadro 2. Descrição das atividades realizadas na UBS.

Local da UBS	Atividade
<i>Fachada</i>	<i>Pintura</i>
<i>Sala de vacina</i>	<i>Pintura</i>
	<i>Troca de lâmpada</i>
<i>Toda a UBS</i>	<i>Limpeza pós-atividades</i>

2.2. Recursos orçamentários

O Ministério da Saúde repassou ao Fundo Municipal de Saúde de _____/UF o valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) no âmbito do Programa de Revitalização de Unidades Básicas de Saúde por meio do trabalho de Pessoas Privadas de Liberdade para o Projeto de Revitalização da UBS (*informar nome da UBS*) – CNES nº _____. A esse montante foram acrescidos R\$ _____, ____ do Tesouro Municipal/Estadual (se houver), totalizando R\$ _____, ____.

Esses recursos orçamentários foram executados para aquisição/aluguel de materiais/insumos utilizados na revitalização das UBS e pagamento dos recursos humanos envolvidos no Projeto, conforme quadro abaixo.

No âmbito do Projeto o salário de cada custodiado participante, por mês trabalhado, foi de R\$ _____, ____ . Também houve o pagamento mensal de R\$ _____, ____ referente a vale alimentação (se houver) e R\$ _____, ____ referente a vale transporte (se houver).

Informar no texto se houve pagamento a coordenadores ou supervisores do projeto e os valores pagos a cada integrante da equipe.

Informar no texto outros pagamentos a recursos humanos, os valores unitários e descrever sua função no Projeto.

Descrever sinteticamente os serviços e itens custeados no Projeto e seus valores, conforme sugestão abaixo (quadro 4).

Quadro 3. Descrição de serviços e itens custeados no Projeto.

Serviço / item	Valor Total (R\$)
<i>Folha de pagamento ao Fundo Penitenciário (salário + % Fundo)</i>	
<i>Materiais para revitalização</i>	
<i>EPIs</i>	
Valor Total do Projeto	R\$ _____, __

2.3. Avaliação

Descrever sinteticamente a avaliação do Projeto sob a perspectiva dos envolvidos, como gestores (saúde e administração penitenciária), custodiados participantes, trabalhadores dos serviços revitalizados, comunidade do território.

Informar se foi aplicada alguma metodologia avaliativa.

3. Anexos

3.1. Imagens

*Fotos, após a revitalização, dos **mesmos locais** enviadas no anexo I da proposta de projeto. Identificar cada imagem com o nome da UBS, o local/parte/sala a que se refere e a data da foto.*

A Secretaria de Saúde também pode enviar fotos de outros locais/partes/salas da UBS que não constavam no anexo I da proposta de Projeto, assim como imagens do processo/atividades de revitalização não concluídas.

3.2. Declaração da Secretaria Estadual responsável pela Administração Penitenciária

Anexar declaração da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênere) do pagamento total ao Fundo Penitenciário Estadual, sem débitos pendentes.

ATESTES

Atesto a veracidade das informações prestadas neste Relatório Final e me comprometo a enviar informações ou documentos adicionais se requisitados.

Informo ter ciência de que a verificação de parâmetros de que tratam as normas de execução do Programa de revitalização de Unidades Básicas de Saúde por meio do trabalho de Pessoas Privadas de Liberdade não dispensa o município _____/UF de comprovação da aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Município/UF, dia, mês, ano.

Coordenador Local do Projeto
CPF nº ou SIAPE nº
(assinatura não obrigatória do Coordenador)

Secretário Municipal de Saúde
(obrigatório: assinatura original e carimbo do Secretário com nº do ato de nomeação ou assinatura eletrônica com códigos verificadores que remetam a uma plataforma para comprovação da autenticidade)