# Anexos


# ANEXO I

##  FORMULÁRIOS DE APOIO AO PLANEJAMENTO INTERNO DA SETORIAL (NÃO ENCAMINHAR À SEPLAN)

**QUADRO DE AÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Programa: |  |
| Nome da Ação: |  |
| Responsável pela Ação |  |
| Telefone: | E-MAIL: |
| Produto: | Unid. Medida: |
| Quantidade Medida (Meta Física) |  |
| Unidade Orçamentária |  |
| Esfera Orçamentária* Fiscal Seguridade
* Investimento
 |  |
| Função de Governo |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Regiões de Planejamento** | **Código** | **Quantidade de Produto****(Meta Física)** |
| **2026** | **2027** |
| Estado | 9900 |  |  |
| Alto Alegre | 0400 |  |  |
| Amajari | 1500 |  |  |
| Boa Vista | 0100 |  |  |
| Bonfim | 0500 |  |  |
| Cantá | 1100 |  |  |
| Caracaraí | 0200 |  |  |
| Caroebe | 1300 |  |  |
| Iracema | 1400 |  |  |
| Mucajaí | 0300 |  |  |
| Normandia | 0600 |  |  |
| Pacaraima | 0900 |  |  |
| Rorainópolis | 1200 |  |  |
| São João do Baliza | 0800 |  |  |
| São Luis do Anauá | 0700 |  |  |
| Uiramutã | 1000 |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

A soma das Metas Físicas da (s) Região (ões) deve ser igual ao Total da Meta Física da Ação (Quantidade de Produto).

## QUADRO DE MEDIDAS

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Programa: |  |
| Nome da Ação: |  |

|  |
| --- |
| **MEDIDA 1**( nome): |
| DESCRIÇÃO: |
|  | **2026** | **2027** |
| DATA DE INÍCIO |  |  |
| DATA DE FIM |  |  |
| RESPONSÁVEL |  |  |
| **Incluir Detalhamento do Valor da Medida** |
|  | **2026** | **2027** |
| TIPO DE RECURSO* Orçamentário
* Recursos não Orçamentários
* Recursos a Contratar
 |  |  |
| CATEGORIA* Despesa Corrente
* Despesa de Capital
 |  |  |
| DATA DE INÍCIO |  |  |
| DATA DE FIM |  |  |
| RESPONSÁVEL |  |  |

**Obs.: Para cada Medida, um formulário.**

## PROGRAMA DE APOIO ADMINISTRATIVO

|  |
| --- |
| Denominação: **PROGRAMA DE APOIO ADMINISTRATIVO** |
| Unidade Orçamentária: |

**Metas Físicas da Ação**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título/**Metas | **VALOR (R$ 1,00)** |
| **2026** | **2027** |
| **1. Manut. e Conserv. Bens Imóveis** |  |  |
| *Quantidades de bens e imóveis mantidos pela Setorial* |  |  |
|  |  |  |
| **2. Manut. de Serviços de Transporte** |  |  |
| *Quantidade de veículos mantidos pelaSetorial* |  |  |
|  |  |  |
| **3. Manut.de Serviços Administ.Gerais** |  |  |
| *Serviços Administrativos Mantidos (Padronizar: MF=1)* |  |  |
|  |  |  |
| **4. Administração de RecursosHumanos** |  |  |
| *Nº de Servidores administrados pela Setorial* |  |  |
|  |  |  |
| **5. Ações de Informática** |  |  |
| *Nº de Equipamentos de informática Existentes na Setorial* |  |  |
|  |  |  |

**Metas Financeiras**

|  |
| --- |
| a) Ação – **Manutenção e Conservação de Bens Imóveis** |
| Medida – Atividade referente à manutenção e conservação de imóveis, próprios do Estado, cedidos ou alugados, utilizados pelos Órgãos da administração Estadual. |
| b) Ação - **Manutenção de Serviços de Transporte** |
| Medida – Atividade relacionada à frota de veículos utilizada pelos Órgãos do Estado, envolvendo veículos próprios ou terceirizados. |
| c) Ação - **Administração de Serviços Gerais** |
| Medida – Realização de administrativas de cada Órgão. | ações | e | despesas | com | manutenção | das | atividades |
| d) Ação – **Administração de Recursos Humanos** |

|  |
| --- |
| Medida – Desenvolver atividades inerentes ao processo de pagamento de servidores e encargos sociais e outras despesas de pessoal. |
| e) Ação – **Ações de Informática** |
| Medida – Agregar as ações e despesas relacionadas com informática, sob a ótica meio, como apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos. |

**QUADRO DE MEDIDAS**

|  |
| --- |
| DESCRIÇÃO DA MEDIDA: |
|  | **2026** | **2027** |
| DATA DE INÍCIO |  |  |
| DATA DE FIM |  |  |
| RESPONSÁVEL |  |  |
| **Incluir Detalhamento do Valor da Medida** |
|  | **2026** | **2027** |
| TIPO DE RECURSO* Orçamentário
* Recursos não Orçamentários
* Recursos a Contratar
 |  |  |
| CATEGORIA* Despesa Corrente
* Despesa de Capital
 |  |  |
| DATA DE INÍCIO |  |  |
| DATA DE FIM |  |  |
| RESPONSÁVEL |  |  |

# ANEXO II

## FORMULÁRIOS PARA ALTERAÇÃO DE PROGRAMA (ENCAMINHAMENTO OBRIGATÓRIO À SEPLAN)

**QUANDO DA INCLUSÃO, ALTERAÇÃO DE PROGRAMA / INDICADOR E ATRIBUTOS DE PROGRAMA**

|  |
| --- |
| Nome do Programa de Governo: |
| Tipo de Programa:* Finalístico  Gestão de Políticas Públicas  Apoio Administrativo  Serviços do Estado
 |
| Natureza do Programa de Governo* Setorial Multissetorial
 |
| Descrição do Objetivo: |
| Login do Responsável: |
| Unidade Orçamentária Responsável: |
| Público-Alvo: |

|  |
| --- |
| **Observação:**No caso de Alteração, preencher apenas o item objeto de alteração |

## ATRIBUTOS DO INDICADOR

|  |
| --- |
| Nome do Indicador: |
| Unidade de Medida: |
| Índice Recente: Data de Apuração (mês/ano): / Fonte de Apuração: |
| Índice desejado no final do PPA:**Índice desejado para o Exercício: 2026 2027**  |
| Base Geográfica de Apuração do Índice:  Federal  Estadual* Municipal  Outras
 |
| Periodicidade:  Mensal  Bimestral  Trimestral  Quadrimestral* Semestral  Anual  Outros
 |

|  |
| --- |
| Fórmula de Cálculo: |

|  |
| --- |
| **Observação:**No caso de Alteração, preencher apenas o item referente à atualização do índice para 2026 e 2027 |

**QUANDO DA INCLUSÃO / ALTERAÇÃO DE AÇÃO**

**ATRIBUTOS DA AÇÃO**

|  |
| --- |
| Programa: |

|  |
| --- |
| Nome do Projeto/Ativ./OE (Título da Ação): |
| Código da Função:Código da Subfunção: |
| Produto (Bens ou Serviços): |
| Unidade de Medida: |
| Unidade Orçamentária Responsável: |

|  |
| --- |
| **Observação:**1. No caso de Alteração, preencher apenas o item objeto de alteração. |

# ANEXO III

**FORMULÁRIO DE EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU ALTERAÇÃO DE PROGRAMA (ENCAMINHAMENTO OBRIGATÓRIO À SEPLAN)**

## EXCLUSÃO DE PROGRAMA

Somente deve-se optar por excluir um Programa, caso o problema ao qual se pretendia enfrentar fora solucionado ou redefinido, passando assim a ser enfrentado por outro Programa.

|  |
| --- |
| **Nome do Programa:** |
| Exposição de razões: |

## INCLUSÃO DE PROGRAMA

A inclusão de um novo Programa no Plano Plurianual deve ocorrer apenas quando for identificada uma demanda ou problema social relevante que não esteja contemplado por nenhuma programação existente. Nesses casos, é fundamental que a proposta de novo Programa esteja devidamente alinhada às causas identificadas e ao público-alvo a ser atendido.

|  |
| --- |
| **Nome do Programa:** |
| Exposição de razões: |

## ALTERAÇÃO DE PROGRAMA

* Exposição das razões quando da **exclusão** de ação
1. Indique obrigatoriamente o nome do Programa
2. Use um formulário para cada Ação
3. Faça quantas cópias forem necessárias

|  |
| --- |
| Nome do Programa: |
| **Nome da Ação:** |
| Exposição de razões: |
|  |

* + Alterações vinculadas aos **atributos** do **programa**
* Indique obrigatoriamente o nome do Programa
* Preencha apenas os itens objeto de alteração
* Use um formulário para cada Programa
* Faça quantas cópias forem necessárias

|  |
| --- |
| **Nome do Programa:** |
| **Nome:** |
| Exposição de razões: |
| **Objetivo:** |
| Exposição de razões |
| **Público Alvo:** |
| Exposição de razões: |
| **Indicador:** |
| Exposição de razões: |
|  |

* + Alterações vinculadas aos **atributos** da **ação**
1. Indique obrigatoriamente o nome do Programa
2. Preencha apenas os itens objeto de alteração
3. Use um formulário para cada Ação
4. Faça quantas cópias forem necessárias

|  |
| --- |
| **Nome do Programa:** |
| **Nome da Ação:** |
| **Exposição de razões:** |
| **Unidade de Medida:** |
| **Exposição de razões:** |
| **Tipo:** |
| **Exposição de razões:** |

### Contato para correspondência:

CGMOA: cgmoa@planejamento.rr.gov.br