



Ofício nº 0 /2021-Gab

Agricolândia, 29 de Novembro de 2021.

**Ilmo.: Sr. FLORENTINO ALVES  
VERAS NETO Secretário Estadual de  
Saúde, Secretaria de Estado da Saúde  
do Piauí. Avenida Pedro Freitas, 2052,  
vermelha 64.018-000 - Teresina – Piauí**

**Assunto: Recurso à Atenção Primária em Saúde**

Ao tempo em que cumprimentamos Vossa Excelência, venho por meio deste solicitar ao Secretário que coloque em pauta na próxima reunião de CIB(COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE), Aprovação do Recurso de 200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS), pelo Governo do Estado do Piauí para apoio à Atenção Primária em Saúde para o município de Agricolândia - PI. Venho por meio deste dar ciência à Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação.

Sem mais para o momento, reitero votos de elevada estima, consideração e apreço.

Atenciosamente,

  
**ITALO JAMES ALENCAR DE SOUZA**

Prefeito municipal



**GOVERNODOESTADODOPIAUI**  
**SECRETARIADASAÚDEDOESTADO**  
**-SESAPI**

**CadastrodoProponenteeR**  
**epresentanteLegal**

**AnexoI**

**I-IDENTIFICAÇÃODOPROONENTE**

1- Nome do Proponente: PREFEITURA MUNICIPAL DE AGRICOLANDIA -PI		2-CNPJ/CPF 06.554.976/0001-92		
3- Esfera Administrativa: MUNICIPAL		4- Status Jurídico:		
5- Endereço: AV. HUGO NAPOLEAO, 395 CENTRO				
6- Município: AGRICOLANDIA-PIAUI	7- CEP: 64440-000	8- DDD: 86	9- Telefone: 3297-1190	10- Fax:
11 - e-mail: <a href="mailto:italoj.val@gmail.com">italoj.val@gmail.com</a>			12- Site:	

**II-IDENTIFICAÇÃODO REPRESENTANTE DO PROPONENTE**

13- Nome do Proponente: ITALO JAMES ALENCAR DE SOUZA		14- CPF do Representante: 04310919359	
15- Endereço: <b>RUA SETE DE SETEMBRO, CENTRO</b>			
16- Município: AGRICOLANDIA-PIAUI		17- CEP: 6444000	
18- C.I./Orgão Expedidor/Data: 33.762SSP/PI12/09/2008	19 - Cargo: PR EFEITO	20- Função: PREFEITO	21- Matrícula:

**III-IDENTIFICAÇÃODO OUTRO PARTICIPE**

22- Nome do Partícipe:		23- CNPJ:		24- Esfera Administrativa:	
25- Endereço:					
26- Município:	27- CEP:	28- DDD:	29- Telefone:	30- Fax:	

**IV-IDENTIFICAÇÃODO REPRESENTANTE DO OUTRO PARTICIPE**

31- Nome do Representante do outro Partícipe:			32- CPF do Dirigente:				
33- C.I./Orgão Expedidor/Data:		34- Cargo:		35- Função:		36- Matrícula:	
Local e data		Assinatura do Outro Partícipe			Assinatura do Proponente		



**GOVERNO  
DO ESTADO  
DO PIAUÍ  
SECRETARIA  
DE SAÚDE  
DO ESTADO  
- SESAPI**

**Dados do Projeto**

**Anexo II**

**I - INFORMAÇÕES BANCÁRIAS**

1 - Banco: BA NCODO	2 - Agência: 888-5	3 - Conta Corrente nº: 30.027-6	4 - Praça de Pagamento: COFINANCIAMENTO DO ESTADO
------------------------	-----------------------	------------------------------------	--

**II - DADOS DO PROJETO**

5 - Título do Projeto: <b>RECURSOS FINANCEIROS - APOIO FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE</b>	6 - Período: Início e Término: 01/12/2021 à 30/06/2022
---	---

7 - Descrição Sintética do Objeto:

**APOIO FINANCEIRO PARA APOIO FINANCEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

8 - Justificativa da Proposição:

**O PRESENTE PLEITO TEM COMO PRINCIPAL OBJETIVO FORTALECER A GESTÃO MUNICIPAL NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, CONTRIBUINDO DE FORMA CONSIDERAVELMENTE PARA REDUZIR AS VULNERABILIDADES, VISANDO ASSIM MELHORAR O ACESSO E O CUIDADO CONTINUADO DA POPULAÇÃO, OBJETIVANDO ASSIM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E A GARANTIA DE ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE.**

**III - DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO CONCEDENTE (Preenchimento pelo Concedente)**

9 - Programa:

10 - Projeto/Atividade:

11-Natureza	0	0
12-Fonte	0	13-Valor R\$0,00
	0	R\$0,00

	<b>Cronograma de Execução Física e Plano de Aplicação de Recursos</b>	<b>Anexo III</b>
<b>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO -SESAPI</b>		

**I-CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS METAS FÍSICAS**

Meta	Etapa/Fase	Especificação	Unidade de Medida	Qtde	Início	Término
100%	01	Pessoas Físicas	%	100	01/12/2021	30/06/2022
100%	02	Estrutura Física	%	100	01/12/2021	30/06/2022
100%	03	Equipamentos	%	100	01/12/2021	30/06/2022

**II-PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS, POR NATUREZA DE DESPESA**

Natureza	Discriminação	Valor		
		Concedente	Proponente - Contrapartida	
			Financeira	Não

				Financeira
3390.36	Pessoas Físicas	50.000,00	0,00	0,00
	Estrutura Física	50.000,00	0,00	0,00
	Equipamentos	100.000,00	0,00	0,00
	Subtotais	200.000,00	0,00	0,00
<b>Valor Total do Convênio</b>				<b>200.000,00</b>

	<b>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO</b> <b>- SESAPI</b>	<b>Cronograma de Desembolso</b>	<b>Anexo IV</b>
---	--	---------------------------------	-----------------

### CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Concedente - Ano: 2022

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
APOIO FINANCEIRO A PORTE FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE AGRICOLANDIA/PI.	-	-	-	-	-	200.000,00

  

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
APOIO FINANCEIRO A PORTE FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE AGRICOLANDIA/PI.	-	-	-	-	-	-

