



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
SECRETARIADASAUDEDOESTADO
-SESAPI**

**CadastrodoProponenteeR
epresentanteLegal**

AnexoI

I-IDENTIFICAÇÃODOPROPONENTE

1- Nome do Proponente: PREFEITURA MUNICIPAL DE AGRICOLANDIA -PI		2-CNPJ/CPF 06.554.976/0001-92		
3- Esfera Administrativa: M UNICIPAL		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: italoj.val@gmail.com			12-Site:	

II-IDENTIFICAÇÃODOREPRESENTANTE DOPROPONENTE

13-NomedoProponente: ITALO JAMES ALENCAR DE SOUZA		14-CPFdoRepresentante: 04310919359	
15-Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO, CENTRO			
16-Município: AGRICOLANDIA-PIAUI		17-CEP: 6444000	
18- C.I/Orgão Expedidor/Data: 50 33.762SSP/PI12/09/2008	19 - Cargo: PR EFEITO	20-Função: PREFEITO	21-Matrícula:

III-IDENTIFICAÇÃODOOUTROPARTÍCIPE

22-NomedoPartícipe:		23-CNPJ:		24-EsferaAdministrativa:	
25-Endereço:					
26-Município:	27-CEP:	28-DDD:	29-Telefone:	30-Fax:	

IV-IDENTIFICAÇÃODOREPRESENTANTE DOOUTROPARTÍCIPE

31-NomedoRepresentantedooutroPartícipe:			32-CPFdoDirigente:		
33-C.I/Orgão Expedidor/Data:	34-Cargo:	35-Função:	36-Matrícula:		
Localedata	AssinaturadoOutroPartícipe		AssinaturadoProponente		



**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: RECURSOS FINANCEIROS - APOIO FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	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

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


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
Valor Total do Convênio				200.000,00

	GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO -SESAPI	Cronograma de Desembolso	Anexo IV
---	---	---------------------------------	-----------------

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.	-	-	-	-	-	-



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

**Relação de Equipamento e
Material Permanente**

Anexo V

I-RELAÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

Especificação	Unidade	Qtde	Valor Unit.	Valor Total	Local de Destino
APORTE FINANCEIRO - CUSTEIO ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE, AGRICOLANDIA/PI.	%	100	100.000,00	100.000,00	AGRICOLANDIA/PI
Total Geral					200.000,00

II-DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do Proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto ao GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ e, sob as penas do estabelecido no Código Penal Brasileiro, art. 299, que inexistem quaisquer débitos em mora com o Tesouro Estadual ou situação de inadimplência junto a qualquer Órgão ou Entidade da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos na forma deste Plano de Trabalho, o qual atesto sua veracidade.

Local e Data:

Nome do Proponente:

III-APROVAÇÃO

Aprovo o presente Plano de Trabalho, na forma proposta, estando de acordo com o objeto e os custos envolvidos.