**ANEXO 3**

**MODELO DE PLANO DE APLICAÇÃO - SAÚDE INDÍGENA**

| **Plano de Aplicação de Recursos Estaduais para Saúde Indígena**  **Portaria 635/2021 - Anexo III - Capítulo III** | | |
| --- | --- | --- |
|
| **MUNICÍPIO** |  | |
| **Entidade executora** |  | |
| **Endereço/CEP** |  | |
| **CNPJ** |  | |
| **Nome do responsável/cargo** |  | |
| **Telefone/e-mail** |  | |
| Considerando a necessidade de efetuar o plano de aplicação de recursos disponíveis pelo Incentivo Financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Básica aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul definido pela **Portaria 635/2021 - Anexo III - Capítulo III**.  Considerado o saldo de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do incentivo supracitado já disponível no Fundo Municipal de Saúde do município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. **Reúnem-se para formulação conjunta do plano de aplicação:** | | |
| Representação | Nome | Contato |
| Gestão municipal |  |  |
| Lideranças indígenas/Conselho Local de Saúde Indígena |  |  |
| Coordenadoria Regional de Saúde |  |  |
| Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/Equipe de Saúde da Família |  |  |

| **QUADRO EXECUTOR** | | |
| --- | --- | --- |
| **EIXO AO QUAL O ITEM ESTÁ VINCULADO** |  | I. Gestão/Atenção; |
|  | II. Educação permanente; |
|  | III. Redução das vulnerabilidades sociais; |
|  | IV. Fortalecimento do controle social. |
| **DESCRIÇÃO** |  |  |
| **QUANTIDADE** |  |  |
| **VALOR TOTAL** |  |  |
| **DESCRIÇÃO DETALHADA DO IMPACTO À SAÚDE** |  |  |
|  | | |
| **EIXO AO QUAL O ITEM ESTÁ VINCULADO** |  | I. Gestão/Atenção; |
|  | II. Educação permanente; |
|  | III. Redução das vulnerabilidades sociais; |
|  | IV. Fortalecimento do controle social. |
| **DESCRIÇÃO** |  | |
| **QUANTIDADE** |  | |
| **VALOR TOTAL** |  | |
| **DESCRIÇÃO DETALHADA DO IMPACTO À SAÚDE** |  | |
|  | | |

Reunidos na data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a comissão formada conforme definições da Portaria SES-RS 635/2021 assinam esse plano de aplicação de recursos contendo \_\_\_\_ páginas rubricadas, em que consta o quadro executor com valor total estimado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Gestão Municipal

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

Liderança Indígena/Conselho Local de Saúde Indígena

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

Coordenadoria Regional de Saúde

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

Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/Equipe de Saúde da Família

| **TRAMITAÇÃO DO PLANO** | |
| --- | --- |
| **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE** | O presente plano passou por apreciação do Conselho Municipal de Saúde na reunião \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizada na data de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Anexar cópia da ata do Conselho Municipal de Saúde em que o plano foi apreciado. |
| **APROVAÇÃO DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE** | A Coordenadoria Regional de Saúde procedeu parecer que considera o plano:  ( ) APROVADO  ( ) APROVADO, COM ADEQUAÇÕES. (Adequações necessárias e justificativa deverão estar descritas no parecer)  ( ) NÃO APROVADO. (Justificativa deverá estar descrita no parecer)  \*ANEXAR PARECER DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE |
| **DATA DE APROVAÇÃO DO PLANO PELA CRS** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (DATA UTILIZADA PARA COMPUTAR VALIDADE DO PLANO E DEMAIS PRAZOS ESTABELECIDOS NA PORTARIA SES-RS 635/2021) |