

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA**

**DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA *Escolher um item.***

**PLANO DE AÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO INCENTIVO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AOS POVOS INDÍGENAS (IAE-PI) NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE *nome do estabelecimento* DO MUNICÍPIO DE *nome do município***  **PERTENCENTE AO ESTADO** Escolher um item.

O Distrito Sanitário Especial Indígena ***Escolher um item.***, neste ato representado pelo Coordenador(a) Distrital ***Clique aqui para digitar texto.***, nomeado por meio da Portaria nº XXXXXX***,*** publicada no DOU de ***Clique aqui para inserir uma data.;*** o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito ***Escolher um item.*** , representado pelo (a) Presidente Senhor (a) nome do presidente do CONDISI; a Secretaria ***Escolher um item.*** de Saúde de nome do município ou estado, representada por ***Clique aqui para digitar texto.***, Secretário (a) ***Escolher um item.*** de Saúde ***Clique aqui para digitar texto.***, resolvem firmar o presente Plano de Atividade, conforme descrito abaixo:

1. **DADOS CADASTRAIS:**
2. **DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DSEI** | | **CNPJ** | | **CNES DSEI** | |
| Escolher um item. | | Clique aqui para digitar texto. | | Clique aqui para digitar texto. | |
| **Endereço** | | | | | |
| Clique aqui para digitar texto. | | | | | |
| **Cidade** | **Estado** | | **CEP** | | **DDD/Telefone** |
| lique aqui para digitar texto. | Escolher um item. | | Clique aqui para digitar texto. | | Clique aqui para digitar texto. |
| **E-mail** | | | | | |
| Clique aqui para digitar texto. | | | | | |

1. **DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Estabelecimento** | | | **CNES ESTABELECIMENTO** | |
| Clique aqui para digitar texto. | | | Clique aqui para digitar texto. | |
| **Município** | | | **CNPJ** | |
| lique aqui para digitar texto. | | | Clique aqui para digitar texto. | |
| **Endereço** | | | | |
| Clique aqui para digitar texto. | | | | |
| **Cidade** | **Estado** | **CEP** | | **DDD/Telefone** |
| lique aqui para digitar texto. | Escolher um item. | Clique aqui para digitar texto. | | Clique aqui para digitar texto. |
| **E-mail** | | | | |
| Clique aqui para digitar texto. | | | | |

1. **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:**

A Portaria GM/MS nº 2.663 de 11 de OUTUBRO de 2017, estabelece que os entes federados que realizam atendimento à população indígena poderão receber repasse de recursos federais por meio do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) mediante adesão ao desenvolvimento de atividades que visem à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena.

O Plano de Metas deve estar em acordo ou consonância com no mínimo 02 (dois) dos objetivos estabelecidos no observado o disposto no Quadro 2 do Anexo XCVIII da Portaria citada e em concordância com a Programação Anual de Saúde (PAS), bem como metas para desenvolvimento das atividades propostas.

O Plano de Metas deverá ser enviado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), que posteriormente homologará o documento e o encaminhará à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

O Fundo Nacional de Saúde, mediante expressa autorização da Unidade Administrativa responsável pelo programa, adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidos na Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamento instruídos.

**3 - JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE:**

Clique aqui para digitar texto.

**4 - QUADRO DESCRITIVO DAS METAS E ATIVIDADES PARA APLICAÇÃO DO RECURSO DO IAE-PI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Metas para aplicação do recurso do IAE-PI para qualificação do uso do incentivo para a Saúde dos Povos Indígenas** | | **Período de Execução** | | **Recursos previstos para cumprimento da meta** |
| **Objetivo relacionado ao Artigo 2º da portaria:** Escolher um item. | | **Início** | **Final /Conclusão** |
| *Mês/Ano* | *Mês/Ano* |
| **Meta 1 para cumprimento do objetivo Y: *(descrever meta)*** | | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 1 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 2 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 3 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
|  | | | | Recurso parcial estimado:  R$ |
| **Meta 2 para cumprimento do objetivo Y: *(descrever meta)*** | | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 1 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 2 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 3 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
|  | | | | Recurso parcial estimado:  R$ |
| **Objetivo relacionado ao Artigo 2 da portaria: X** | | **Início** | **Final /Conclusão** |  |
| *Mês/Ano* | *Mês/Ano* |  |
| **Meta 1 para cumprimento do objetivo X: *(descrever meta)*** | | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 1 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 2 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 3 para alcance da meta 1 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
|  | | | | Recurso parcial estimado:  R$ |
| **Meta 2 para cumprimento do objetivo X: *(descrever meta)*** | | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 1 para alcance da meta 2 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 2 para alcance da meta 2 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
| Atividade 3 para alcance da meta 2 | *(descrever atividade)* | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. |  |
|  |  | Clique aqui para inserir uma data. | Clique aqui para inserir uma data. | Recurso parcial estimado:  R$ |
| **Recursos totais (R$) (preenchimento exclusivo do DASI)** | R$ | | |  |

**5 - RESULTADOS ESPERADOS:**

**6 - ASSINATURAS:**

Em, Clique aqui para inserir uma data.

O Plano de Atividades para aplicação do recurso do Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) do município lique aqui para digitar texto. pertencente ao estado Escolher um item. para o DSEI Escolher um item., foi assinado com a anuência dos seguintes atores:

Dirigente do Estabelecimento de Saúde

lique aqui para digitar texto.

Escolher um item.Escolher um item.

Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI

Escolher um item.Presidente do Conselho Distrital de Saúde IndígenaDSEI Escolher um item. Escolher um item.