**ANEXO I**

**PLANO DE APLICAÇÃO**

Em vermelho, orientações para o município

**1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICIPIO**

Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefeito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestor do fundo municipal de saúde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ do FMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. DESCRIÇÃO DO OBJETO** (assinale apenas uma opção):

Reforma

Ampliação

Reforma e Ampliação

Construção de Unidade de Saúde de Pequeno Porte

Nome do equipamento assistencial ambulatorial público a ser reformado e/ou ampliado ou da unidade de saúde de pequeno porte a ser construída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNES (para reforma e ampliação) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÃO SE APLICA (para construção)

DISTRITOS OU BAIRROS BENEFICIADOS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA ESTIMADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**

3.1 No caso em que o OBJETO seja REFORMA E/OU AMPLIAÇÃO (assinale uma ou mais opções):

Situação insalubre dos ambientes

Necessidade de intervenção sob risco de desassistência à população do território de saúde de abrangência

Risco de perda ou dano de materiais e equipamentos em caso de infiltrações na edificação

Readequação de ambientes

Depreciação excessiva das condições da edificação e seus ambientes

Outras (descrever objetivamente):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3.2 No caso em que o OBJETO seja CONSTRUÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE PEQUENO PORTE (assinale uma ou mais opções):

Substituição de imóvel atualmente alugado, ou imóvel público, em condições inadequadas

Ampliação de equipes e/ou serviços de saúde

Ampliação do acesso à população

Ofertar melhores condições de trabalho às equipes de saúde

Outras (descrever objetivamente):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**4. VALOR TOTAL PREVISTO PARA EXECUÇÃO DO OBJETO PLEITEADO**

R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Valor Por Extenso)

**5. AUTENTICAÇÃO DO MUNICÍPIO**

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PREFEITO MUNICIPAL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado(a) pelo(a) Prefeito(a) Municipal \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde, Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu Fundo Municipal de Saúde, instituído pela Lei Municipal nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doravante denominado FMS, na forma da Resolução CIB nº. 037/2025 e Portaria 033-R/2025, firma o presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, pelo qual assume as RESPONSABILIDADES a seguir transcritas, junto ao Fundo Estadual de Saúde doravante denominado FES inscrito no CNPJ-06.893.466/0001-40, com sede na Rua Eng. Guilherme José Monjardim Varejão, 225 – Ed. Enseada Plaza - Enseada do Suá - Vitória - ES, conforme se segue:

O **MUNICÍPIO** assume as seguintes **RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS**:

1. Assumir a **exclusiva responsabilidade pela correta aplicação dos recursos** repassados pelo FES, incluindo a regularidade dos projetos técnicos, do processo de licitação e do empenho, liquidação e pagamento da despesa necessária para a execução dos projetos contemplados, além da obtenção de licenças, certificados, registros e demais documentos e obrigações necessários à fiel execução do objeto pleiteado, na forma da Portaria 033-R/2025;

2. Elaborar, por si, ou por terceiros, os projetos e estudos técnicos necessários à execução dos investimentos municipais, cumprindo todas as normas técnicas e legais aplicáveis, assumindo **inteira responsabilidade pela fiscalização da execução**, quando contratada ou delegada a terceiros e pelo respectivo recebimento dos objetos, quando concluídos, com vistas a garantir que o empreendimento alcance o desempenho e a qualidade apresentada pelos projetos;

3. Aplicar os recursos transferidos pelo FES, em conta corrente específica do BANESTES, vinculada ao CNPJ do FMS, a ser indicada pelo município, sendo vedada a utilização de forma ou fim diverso do estabelecido na Portaria 033-R/2025, ainda que em caráter de emergência, obedecendo a todo regramento estabelecido no Decreto nº. 5038-R, de 17 de Dezembro de 2021, que regulamenta transferências voluntárias de investimento, Fundo a Fundo, destinados à construção, reforma e ampliação de estabelecimentos públicos no SUS e dá outras providências;

4. Os recursos transferidos pelo FES deverão ser utilizados exclusivamente em despesas classificadas no bloco com natureza da despesa “Investimentos”;

5. Registrar em sua contabilidade analítica, os atos e fatos administrativos de gestão dos recursos alocados por força deste TERMO e manter arquivo individualizado de toda documentação comprobatória das despesas realizadas em virtude deste TERMO, garantindo que os documentos sejam emitidos em nome do FMS, ficando à disposição dos órgãos de controle, coordenação e supervisão;

6. O presente TERMO DE RESPONSABILIDADE segue assinado.

(Município)/ES, \_\_\_\_ de Abril de 2025

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

PREFEITO DO MUNICÍPIO GESTOR DO FUNDO

MUNICIPAL DE SAÚDE