



DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES							
1.1 Algum profissional de saúde alguma vez comentou que o falecido sofreu ou tinha algum dos problemas abaixo? Para cada opção marque: 1-SIM; 0-NÃO; 98-RECUSOU-SE A DIZER; 99-NÃO SABE							
<input type="checkbox"/> 1.1a-Asma	<input type="checkbox"/> 1.1c-Câncer, qual	<input type="checkbox"/> 1.1d-Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1.1v-Obesidade	<input type="checkbox"/> 1.1h-Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1.1i-Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> 1.1j-Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> 1.1g-Diabetes
<input type="checkbox"/> 1.1n-HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 1.1q-DEMÊNCIA	<input type="checkbox"/> 1.1p-Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> 1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual	<input type="checkbox"/> 1.1r-Doença de Chagas	<input type="checkbox"/> 1.1s-Problema por bebida		
SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE							
2.1 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?							
<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.7 O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)?							
<input type="checkbox"/> sim, por quantos dias?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.9 Qual a localização das lesões de pele?							
<input type="checkbox"/> todo o corpo	<input type="checkbox"/> extremidades	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> peito / abdômen	<input type="checkbox"/> outra localização, especifique	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.10 O falecido teve feridas?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.11 As feridas tinham líquido claro ou pus?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.13 O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.14 O pus escorria da úlcera?							
<input type="checkbox"/> sim, por quantos dias?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.21 Os olhos do falecido ficaram amarelados?							
<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.25 O falecido teve o rosto inchado?							
<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.26 O falecido teve as pernas inchadas?							
<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.27 O falecido teve o corpo todo inchado?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.29 O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.30 O falecido teve um nódulo (caroço) na axila?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.31 O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.43 O falecido teve dor no peito no mês anterior à morte?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.44 Quanto tempo a dor durou?							
<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> de 30 minutos a 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.47 O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.50 Tinha sangue nas fezes?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.51 Esse sangramento nas fezes durou até o dia que morreu?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.52 O falecido parou de urinar?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.53 O falecido estava vomitando na semana antes do óbito?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.55 Havia sangue no vômito?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.56 O vômito era cor de café?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.57 O falecido teve dificuldade ao engolir?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.58 Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir?							
<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.59 A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?							
<input type="checkbox"/> líquidos	<input type="checkbox"/> sólidos	<input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.60 O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.60a O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?							
<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	

versão v-d

2

2.61 O falecido teve dor na barriga?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.62 Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?							
<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.63 A dor era embaixo ou em cima na barriga?							
<input type="checkbox"/> embaixo na barriga	<input type="checkbox"/> em cima na barriga	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.64 O falecido teve barriga inchada ou saliente mais que o usual?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.66 Quão rapidamente o falecido desenvolveu essa barriga saliente/inchada?							
<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.67 O falecido teve uma massa/caroço na barriga?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.68 Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?							
<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.68a O falecido tinha fígado aumentado?							
<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.71 O falecido teve dores de cabeça ou dor atrás dos olhos na semana anterior ao óbito?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.72 O falecido teve o pescoço endurecido?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.73 Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?							
<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.74 Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.75 A perda de consciência começou de forma rápida ou lenta?							
<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.77 Ficou inconsciente até o óbito?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.82 O falecido teve convulsões (ataque/epilepsia)? (demonstre)							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.83 Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões?							
<input type="checkbox"/> minutos ou	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.84 O falecido ficava inconsciente imediatamente após as convulsões?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.85 O falecido teve paralisia em alguma parte do corpo?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
2.87 Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada?(Leia a lista em sequência e MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)							
<input type="checkbox"/> Lado esquerdo (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Um braço apenas	<input type="checkbox"/> Parte de cima do corpo	<input type="checkbox"/> Todo o corpo	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer			
<input type="checkbox"/> Lado direito (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Uma perna apenas	<input type="checkbox"/> Parte de baixo do corpo	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.88a O falecido teve perda progressiva de memória, principalmente para acontecimentos recentes?							
<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.88b O falecido teve perda de memória que interferia nas atividades de vida diária?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				

versão v-d

3

PERGUNTAS PARA AS MULHERES							
3.1 A falecida teve inchaço ou nódulo na mama?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.2 A falecida teve ferida (úlcera) na mama?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.3a A falecida menstruava?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.3 A falecida parou de menstruar devido a menopausa?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.4 Após parar de menstruar na menopausa a falecida teve algum sangramento vaginal?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.5 Se não estava na menopausa, a falecida sangrava entre os períodos menstruais?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.6 Teve sangramento vaginal muito forte (excessivo) na semana antes do óbito?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.7 No momento do óbito, a menstruação estava atrasada?							
<input type="checkbox"/> sim, por quantas semanas?	<input type="checkbox"/> semanas	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
3.9 A falecida teve uma dor forte na barriga pouco tempo antes de morrer?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
3.10 Quando morreu, a falecida estava							
<input type="checkbox"/> grávida	<input type="checkbox"/> durante um aborto	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
<input type="checkbox"/> em trabalho de parto	<input type="checkbox"/> até 6 semanas após parto ou aborto						

versão v-d

3

TABACO E BEBIDA ALCOÓLICA							
4.1 O falecido era fumante?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
4.2 Se sim, fumava o que?							
<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Cachimbo	<input type="checkbox"/> Fumo de mascar	<input type="checkbox"/> Forma local de tabaco	<input type="checkbox"/> Cigarro eletrônico	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique:	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.4 Quantos cigarros/outra tipo o falecido fumava por dia?							
<input type="checkbox"/> número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe					
4.5 Em alguma época da vida teve o hábito de fumar, ou seja, era ex-fumante?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
4.6a Se sim, há quanto tempo o falecido havia parado de fumar?							
<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
4.6b Se sim, quantos cigarros/outra tipo fumava por dia nessa época?							
<input type="checkbox"/> número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe					
4.7 Tomava bebida alcoólica?							
<input type="checkbox"/> sim, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses ou	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
4.8a Com que frequência?							
<input type="checkbox"/> vezes por	<input type="checkbox"/> (dia, semana, mês ou ano)	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
REGISTROS DE SAÚDE							
6.1 O falecido procurou atendimento de saúde fora de casa enquanto esteve doente?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
6.2 Onde ou de quem buscou atendimento de saúde? (marque todos os que se aplicam)							
<input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> Parente ou amigo (fora do domicílio)	<input type="checkbox"/> Curandeiro	<input type="checkbox"/> Médico particular	<input type="checkbox"/> Unidade ou Centro de saúde ou PSF	<input type="checkbox"/> Hospital público	<input type="checkbox"/> Parteira treinada	<input type="checkbox"/> Hospital privado
<input type="checkbox"/> Farmácia, farmacêutico, loja, mercado	<input type="checkbox"/> Outro tipo de assistência. Especifique:	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe				
6.3 Anote o nome do hospital, ambulatório, centro de saúde ou clínica onde buscou o último atendimento:							
6.4 Você tem algum resultado de exames/atendimento do falecido?							
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não						
6.5 Se sim, tire uma foto ou anote o resultado do exame/atendimento.							
6.6 Anote as duas datas mais recentes dos atendimentos de saúde:							
1.	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	2.				
6.7 Anote a data do último exame/atendimento							
<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe						
6.7a Onde o falecido morreu?							
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> A caminho do hospital / outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Em casa	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique:	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
Palavras de interesse - assinale apenas as que foram mencionadas durante o relato do respondente							
7.1	<input type="checkbox"/> Doença crônica do rim	7.7	<input type="checkbox"/> Falência do fígado	7.14	<input type="checkbox"/> Demência	7.21	<input type="checkbox"/> COVID-19
7.2	<input type="checkbox"/> Diálise	7.8	<input type="checkbox"/> Malária	7.16	<input type="checkbox"/> Dengue	7.22	<input type="checkbox"/> Teste positivo para COVID-19
7.3	<input type="checkbox"/> Febre	7.9	<input type="checkbox"/> Pneumonia	7.17	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	7.23	<input type="checkbox"/> Teste negativo para COVID-19
7.4	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IAM)	7.10	<input type="checkbox"/> Falência renal (rim)	7.18	<input type="checkbox"/> Doença mental	7.24	<input type="checkbox"/> Respirador
7.5	<input type="checkbox"/> Problemas do coração	7.12	<input type="checkbox"/> Infecção de urina	7.19	<input type="checkbox"/> UTI		
7.6	<input type="checkbox"/> Icterícia	7.13	<input type="checkbox"/> Doença de Chagas	7.20	<input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar		
OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR							
7.21 Data do final da entrevista							
<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> minutos	<input type="checkbox"/> segundos	<input type="checkbox"/> não sabe				
Hora do final da entrevista							
<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> minutos	<input type="checkbox"/> segundos	<input type="checkbox"/> não sabe				

versão v-d

4

(<https://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/noticias/orientacoes-para-emissao-de-declaracao-de-obito-frente-a-pandemia-de-covid-19/questionario-autopsia-verbal/imprima-e-preencha-o-documento>)

**Resolução SS - 133, de 20-8-2021**

Dispõe sobre a coordenação do Comitê Científico para apoio ao enfrentamento da pandemia de COVID 19 e suas consequências, a que se reporta a Resolução SS-131, de 19 de agosto de 2019, e dá providências correlatas.

O Secretário da Saúde, considerando:

- o disposto Artigo 2º, da Resolução SS – 131, de 19 de agosto de 2021,

Resolve:

Artigo 1º - Fica designado, nos termos do Parágrafo 1º, do artigo 2º, da Resolução SS nº 131, de 19 de agosto de 2021, para exercer a coordenação do Comitê Científico para apoio ao enfrentamento da pandemia de COVID 19, o membro abaixo:

- Paulo Rossi de Menezes, RG 6.868.690-0

Artigo 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**Resolução SS nº 134, de 20-8-2021**

Estabelece a transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, em consonância ao programa 0930 - Atendimento Integral e Descentralizado no SUS/SP, decorrentes de Demandas Parlamentares, para o financiamento de ações e serviços para assistência integral à saúde da comunidade e dá providências decorrentes.

O Secretário da Saúde, considerando:

- o que dispõem os artigos 165 e 166 da Constituição da República e 175 e 176 da Constituição do Estado de São Paulo;

- o Decreto 53.019, de 20-05-2008 que em seu art. 3º contempla a previsão de transferência aos Fundos Municipais de recursos destinados a atender situações emergenciais ou de riscos sanitários e epidemiológicos vinculada à observância das disposições de ato normativo a ser emanado pela Secretária de Estado da Saúde;

- a Resolução SS 55, de 21-05-2008 que, em seu art.1º, prevê as transferências aos Fundos Municipais de Saúde para programas e projetos municipais no âmbito da atenção básica, componentes de programas e estratégias do Sistema Único de Saúde do Estado - SUS/SP e outras ações e situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos por intermédio de resolução específica;

- a necessidade de prover aos Municípios recursos financeiros que garantam a necessária e adequada assistência à saúde à população;

- que os recursos a serem transferidos aos Municípios - Anexo I, referem-se as Demandas Parlamentares de 2021 e integram o orçamento da Pasta;

- a necessidade de adoção de estratégias que assegurem os níveis de eficiência e eficácia na gestão do Sistema Único de Saúde,

Resolve:

Artigo 1º - Efetuar transferência de recursos financeiros, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para cumprimento das Demandas Parlamentares, conforme Anexo I, para fortalecer as ações e serviços de assistência à saúde da comunidade, em consonância ao programa 0930 - Atendimento Integral e Descentralizado no Sistema Único de Saúde - SUS /SP.

Parágrafo Único - É vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais, conforme o art. 166, parágrafo 10º da Constituição Federal.

Artigo 2º - Os recursos financeiros, referidos no artigo 1º, serão repassados aos Fundos Municipais de Saúde, em parcela única, vinculadas sua utilização, pelos gestores municipais, no custeio de ações de saúde e investimento, voltadas diretamente à assistência à saúde.

Artigo 3º - Caberá ao Gestor Municipal, para efeito de prestação de contas, apresentar, à Secretaria de Estado da Saúde, no Relatório de Gestão Anual, de forma destacada e detalhada, as ações e serviços realizados com os recursos financeiros indicados no Anexo I, obedecidas as demais condições da Resolução SS 55, de 21-05-2008.

Artigo 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ANEXO I**

(a que se reporta a Resolução SS-134, de 20 de agosto de 2021)

DEMANDA	MUNICÍPIO	CONVENIADO	OBJETO	VALOR
2021.007.31955	SERTÃOZINHO	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Custeio	R\$ 200.000,0