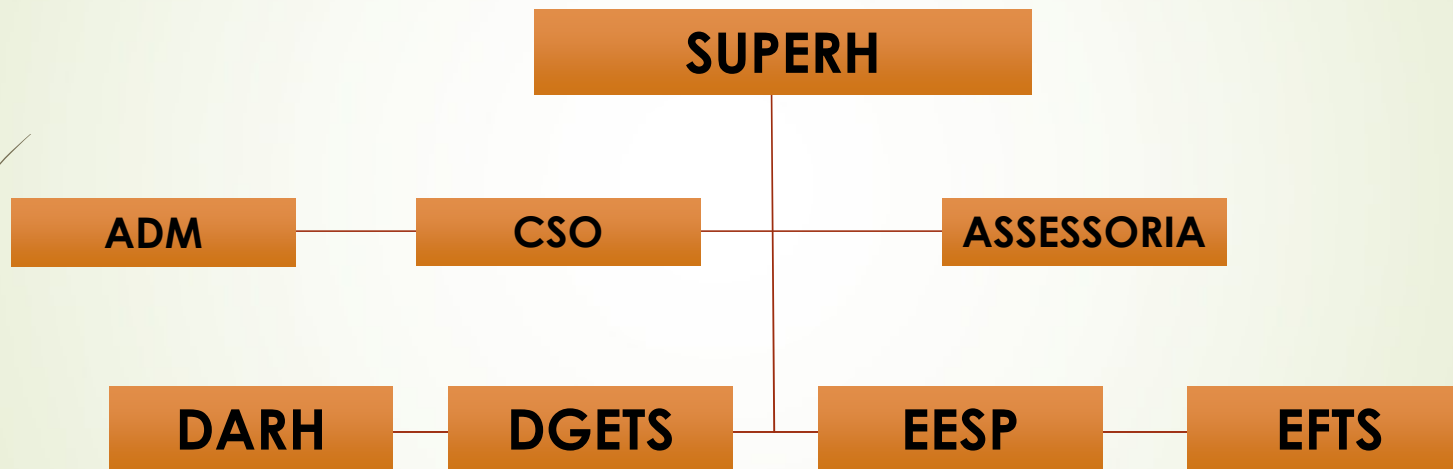




Secretaria Estadual de Saúde – SESAB
Superintendência de Recursos Humanos - SUPERH

Maria do Rosário Costa Muricy

Estrutura Administrativa de Recursos Humanos da SESAB



Considerações

- O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal (*CF1988: preconiza a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximo dos cidadãos e de seus problemas de saúde*);
- Com a transferência para os municípios, dos recursos materiais (hospitais e outras unidades de saúde) e humanos (profissionais da saúde já ambientados as características regionais dos respectivos municípios), transferiu-se também a responsabilidade pela gestão, controle e prestação de serviços públicos essenciais.

Considerações

- Após a municipalização o Governo do Estado/SESAB continua arcando com o pagamento da desses profissionais “cedidos municipalizados”;
- É de responsabilidade dos entes municipais a fiscalização de frequência e qualidade dos serviços prestados;
- Necessidade de estreitamento das relações entre o Governo do Estado/SESAB e os municípios, de acordo com o estabelecido no Art. 15 Lei nº 8.080/90:

“Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.”

Investimento Estadual – Recursos Humanos

				R\$ mês
Especificação	Cedidos Municipalizados	Cedidos por Convênios	Cedidos Decreto	Totais
Quantitativo	2256	43	640	2939
Investimento	8.507.137,87	305.145,00	2.033.926,60	10.846.209,47

FOLHA DE FREQUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE _____

_____/ 2017

Matrícula	Nome	Cargo Permanente	Local de Trabalho	CH*

* CH - Carga horária semanal

00 - Frequência Integral	05 - Saída Antecipada Justificada	10 - Serviço Externo	15 - Acidente Trabalho
01 - Folga	06 - Ausência Justificada	11 - Licença Médica	16 - Falecimento de Parente 1º grau
02 - Falta	07 - Férias	12 - Auxílio Doença	17 - Viagem
03 - Abono do Coordenador Imediato	08 - Atestado Comparcimento	13 - Licença Casamento	18 - Ponto Facultativo
04 - Atraso Justificado	09 - Atestado Médico	14 - Licença Maternidade / Paternidade	19 - Outros Afastamentos

Dia	Manhã				Tarde				Noite			
	Ent.	Assinatura	Saída	Cód.	Ent.	Assinatura	Saída	Cód.	Ent.	Assinatura	Saída	Cód.
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Obs.: Intervalo para almoço das ____ às ____h

Justificativas	ATESTO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
	Em: ____/____/____

Contatos

- *E-mail:*

superhcedidosmunicipalizados@saude.ba.gov.br

- *Telefone: 71 3115-4236*