



MUNICÍPIO DE PORTO SEGURO / BA

CHECKLIST DE PROCESSO DE PAGAMENTO – PROGRAMA MAIS MÉDICOS
(Lei Federal nº 12.871/2013, Portaria SGTES/MS nº 28/2019 e Portarias Interministeriais MS/MEC)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO E DADOS FINANCEIROS

ÓRGÃO / SECRETARIA:	EMPENHO Nº:	
PROCESSO ADM. / R.T. Nº:	TERMO DE ADESÃO/ PORTARIA MS Nº:	
Nº CONVÊNIO / ACORDO:	BENEFICIÁRIO MÉDICO INTERNO:	
CPF / CRM / RMS:	UNIDADE DE SAÚDE:	
VALOR TOTAL (R\$):	DATA DA ANÁLISE:	____/____/20____

2. ANÁLISE DO EMPENHO

Nº	ITEM DE VERIFICAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	SIM	NÃO
01	Classificação Orçamentária <i>Verificação do elemento de despesa, programa de trabalho e fonte de recursos.</i>	[]	[]
02	Dados da Licitação / Ata de Registro de Preços <i>Indicação da modalidade licitatória, certame, Ata de Registro de Preços ou Contrato vinculado.</i>	[]	[]
03	Descrição e Valor <i>Detalhamento fiel do fornecimento e/ou serviços compatíveis com a dotação orçamentária.</i>	[]	[]
04	Dados do Credor <i>Razão social da /prestador/fornecedor, CNPJ/CPF e dados bancários cadastrados.</i>	[]	[]
05	Data da Emissão <i>Conferência da emissão prévia da nota de empenho antes do fornecimento ou execução dos serviços.</i>	[]	[]
06	Assinaturas e carimbos de identificação <i>Assinatura do ordenador de despesas e responsável financeiro.</i>	[]	[]
07	Empenho a Posteriori <i>Verificação da não ocorrência de empenho posterior à entrega ou prestação dos serviços (Art. 60, Lei 4.320/64).</i>	[]	[]

3. ANÁLISE DA LIQUIDAÇÃO

Nº	ITEM DE VERIFICAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	SIM	NÃO
01	Data da Emissão <i>Data da emissão do documento fiscal emitida dentro do prazo de validade.</i>	[]	[]
02	Atesto da Liquidação <i>Assinatura qualificada, datada e carimbo de identificação conforme a Instrução Normativa CGM-PMPS 001/2014.</i>	[]	[]
09	Grafia e Tinta <i>Integridade física do documento sem rasuras, emendas ou adulterações.</i>	[]	[]
10	Assinaturas e carimbos de identificação no Empenho e Liquidação <i>Termos de empenho e liquidação devidamente assinados pelos servidores e autoridades responsáveis.</i>	[]	[]

4. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS E REGULARIDADE LEGAL

Nº	ITEM DE VERIFICAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	SIM	NÃO
01	Termo de Adesão e Compromisso do Município e do Médico ao Programa Mais Médicos (PMMB) <i>Conforme diretrizes da Lei Federal nº 12.871/2013 e Portarias do Ministério da Saúde.</i>	[]	[]
02	Portaria de Homologação / Alocação do Profissional emitida pelo Ministério da Saúde (SGTES/MS) <i>Comprovação de vinculação oficial do médico participante ao Município de Porto Seguro.</i>	[]	[]
03	Relatório de Frequência Mensal / Folha de Ponto Atestada e Assinada pela Chefia Imediata <i>Comprovação do cumprimento da carga horária de 40h semanais (atividades assistenciais e teóricas).</i>	[]	[]
04	Comprovante de Concessão de Auxílio-Moradia (Recibo/Contrato ou Folha de Pagamento do Auxílio) <i>Conforme regulamentação municipal e normativas da SGTES/MS quanto às obrigações do Município.</i>	[]	[]
05	Relatório Mensal de Atividades e Produção do Sistema e-SUS APS / SISAB <i>Aferição do desempenho e registro dos atendimentos médicos realizados no mês de referência.</i>	[]	[]
06	Certidões Negativas de Débitos e Regularidade CPF/Fiscal do Profissional/Credor <i>Verificação de regularidade junto às fazendas públicas e órgãos de controle.</i>	[]	[]

5. OBSERVAÇÕES PERTINENTES DA INSTRUÇÃO PROCESSUAL

6. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E FIDEDIGNIDADE PROCESSUAL

"Eu, abaixo assinado, na qualidade de servidor responsável pela instrução e montagem do presente processo de pagamento de materiais e serviços, **DECLARO**, sob as penas da lei (com amparo nos artigos 299 do Código Penal e diretrizes da Lei nº 14.133/2021), que examinei rigorosamente os autos, e que as informações e documentos contidos no processo condizem integralmente com os dados apresentados neste formulário de verificação, encontrando-se a despesa regular e apta para a fase de liquidação e pagamento."

"A Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ao mesmo tempo em que assegura a transparência dos atos administrativos, resguarda o caráter interno dos documentos preparatórios, nos termos do art. 7º, §3º. **Assim, eventual comunicação a terceiros deve observar procedimento próprio, mediante ato formal da autoridade competente.**"

RESPONSÁVEL PELA MONTAGEM DO PROCESSO

Nome / Cargo / Matrícula

Porto Seguro - BA, ____ de _____ de 20____.

ÓRGÃO / SECRETARIA:	EMPENHO Nº:
PROCESSO ADM. / R.T. Nº:	TERMO DE ADESÃO / PORTARIA MS Nº:
Nº CONVÊNIO / ACORDO:	BENEFICIÁRIO / MÉDICO INTERNO:
CPF / CRM / RMS:	UNIDADE DE SAÚDE (USF):
VALOR TOTAL (R\$): R\$	DATA DA ANÁLISE: ____ / ____ / 20____