



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária
Coordenação de Habilitação e Credenciamento da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 282/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

Trata-se de Nota Técnica explicativa com orientações sobre a solicitação de credenciamento e adesão de equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde (APS).

2. **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

As equipes de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária para ampliar o acesso, a qualidade, a resolutividade e o cuidado integral na APS. A implantação e a continuidade do trabalho das eSF apresentam resultados como: melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa; melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária; melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde, maior acesso e qualidade assistencial a serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos; eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família.

A expansão da APS proveniente do credenciamento e homologação das vários tipos de equipes, a implantação de novos serviços e a adesão aos programas da APS visam o aumento do acesso, da qualidade e cobertura, o atendimento aos grupos mais vulneráveis, o aprimoramento do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o desenvolvimento de atividades nos territórios adscritos às equipes, a maior integração dos serviços da APS com a Atenção Especializada e implantação de práticas de gestão e cuidado mais democráticas e participativas.

3. **NORMATIVAS**

O credenciamento das equipes, dos serviços e adesão aos programas da APS encontram-se regulamentado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no tópico “6 – DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA”, no item “III - Do credenciamento”, do Anexo 1, do Anexo XXII, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da “Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização”.

Com a instituição da Portaria GM/MS nº 242, de 13 de março de 2023, que altera o Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 nas disposições que tratam do credenciamento de equipes e serviços da APS; e a Portaria GM/MS nº 1.037, de 21 de maio de 2021, que dispõe sobre os critérios técnicos para a definição da ordem de prioridade da análise

de solicitações de credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas de Atenção Primária à Saúde (APS), o fluxo de credenciamento e adesão passa a ser desburocratizado, tendo como objetivo agilizar a implantação dos serviços da APS, ampliar a autonomia do gestor municipal ou distrital para qualificação e expansão dos serviços, reforçar o papel do Plano Municipal ou Distrital de Saúde e Programação Anual de Saúde como documentos norteadores das políticas locais de Atenção Primária.

Prestados os esclarecimentos acerca da regulamentação normativa bem como aos seus critérios técnicos para o credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas da APS, a presente nota técnica apresenta os fluxos para solicitação de credenciamento e adesão no âmbito da SAPS/MS, os modelos de documentos a serem utilizados pela gestão municipal e do Distrito Federal nas solicitações de credenciamento, por meio dos Anexos I ao XIII à esta Nota Técnica (0035371057), assim como as informações acerca do prazo máximo para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes, serviços credenciados e programas com adesão no escopo da APS.

4. DO FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO OU ADESÃO

Em acordo com o disposto no item “III – Do credenciamento”, do tópico 6 do Anexo 1, do Anexo XXII, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, as competências e procedimentos necessários por parte dos gestores dos entes municipais e do Distrito Federal, bem como os estaduais e do Ministério da Saúde deverão, no escopo da tramitação das solicitações de credenciamento e adesão, considerar às competências dos entes federados conforme segue.

4.1. COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.
- b) Aprovar os instrumentos de gestão, Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.
- c) Elaborar e enviar o ofício ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou para conhecimento da solicitação de credenciamento ou adesão pleiteada ao Ministério da Saúde, conforme modelo disponibilizado no Anexo III a esta Nota Técnica.

Posteriormente aos procedimentos indicados acima, a gestão municipal e do Distrito Federal deve consultar o Quadro do Anexo I e Anexo II a esta Nota Técnica, que detalha a forma/instrumento de solicitação ao Ministério da Saúde e teto de credenciamento, e seguir as orientações de acordo com as especificidades de cada tipo de equipe, serviço e programa.

4.1.1. A solicitação de credenciamento ao Ministério da Saúde deve ser realizada, exclusivamente, por meio do sistema Gerência APS no e-Gestor AB (<https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps>) das seguintes estratégias:

- I - Equipe de Saúde da Família - eSF;
- II - Equipe de Atenção Primária - eAP;
- III - Equipe de Saúde Bucal - eSB;
- IV - Equipe Multiprofissional - eMulti;
- V - Equipe de Consultório na Rua - eCR;
- VI - Agentes Comunitários de Saúde - ACS;
- VII - Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB; e
- VIII - Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

4.1.2. Para as **Equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP**, o fluxo para solicitação de credenciamento e alteração de tipologia e/ou carga horária ocorre por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Assim, cabe à gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal:

a) Acessar o sistema e cadastrar a proposta. A solicitação do gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá apresentar as seguintes informações:

I - para eAPP com carga horária compartilhada com eSF e eSB do território, o gestor deverá especificar o CNES ao qual a eAPP ficará vinculada, a quantidade de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) que será atendida e a unidade prisional de atuação;

II - para eAPP Essencial ou Ampliada, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe, a modalidade de carga horária, a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal, a quantidade de PPL a ser atendida pela equipe e a unidade prisional de atuação; e

III - para equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, o gestor poderá solicitar credenciamento caso já exista uma eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, ou concomitantemente à solicitação de credenciamento de uma nova eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, e deverá, ainda, especificar a modalidade de carga horária e a unidade prisional de atuação.

No caso de alteração de tipologia e/ou carga horária das eAPP:

IV - Indicar o estabelecimento de saúde - CNES, código Identificador Nacional de Equipes - INE, unidade prisional, a tipologia atual, a tipologia almejada, a modalidade de carga horária desejada e a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal (para as equipes que possibilitam a composição com este profissional).

Observação:

Após a publicação de portaria que altera a tipologia da eAPP no Diário Oficial da União, a gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal deverá adequar o tipo de equipe conforme a nova modalidade no SCNES, no prazo máximo de 2 (duas) competências do SCNES a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de suspensão do recurso até a regularização da situação.

4.1.3. Para as **Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR** e seus componentes extras, o fluxo para solicitação de credenciamento dá-se por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, de acordo com item 8 a esta Nota. Assim, cabe à gestão municipal:

a) Enviar o projeto de implantação à Secretaria Estadual de Saúde, sendo que esse poderá ser elaborado com base nos tópicos do Anexo VIII a esta Nota Técnica.

b) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento da eSFR, conforme modelo disponibilizado no Anexo IX a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal com identificação do nome e cargo.

c) Enviar cópia dos seguintes documentos:

I - Projeto de implantação da eSFR, conforme Anexo VIII;

II - Análise e Parecer do projeto de implantação da eSFR emitido pela gestão estadual;

III - Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme modelo disponibilizado no Anexo XI a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

4.1.4. Para as **Unidades Básicas de Saúde Fluviais - UBSF** e seus componentes extras, o fluxo para solicitação de credenciamento dá-se por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, de acordo com item 8 a esta Nota. Assim, cabe à gestão municipal:

- a) Enviar o projeto de implantação à Secretaria Estadual de Saúde, sendo que esse poderá ser elaborado com base nos tópicos do Anexo VIII a esta Nota Técnica.
- b) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento da UBSF, conforme modelo disponibilizado no Anexo X a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal com identificação do nome e cargo.
- c) Enviar cópia dos seguintes documentos:
 - I - Projeto de implantação da UBSF com plano de navegação e fotos da embarcação (no caso de UBSF com consultório odontológico, constar as fotos específicas do consultório odontológico e equipamentos), conforme Anexo VIII;
 - II - Análise e Parecer do projeto de implantação da UBSF emitido pela gestão estadual;
 - III - Título de Inscrição de Embarcação, com o número, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos) com data de validade vigente;
 - IV - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) com data de validade vigente;
 - V - Atestado de conclusão da obra inserido no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). Em caso de construção própria, enviar atestado de conclusão da obra assinado pelo Prefeito e/ou Secretário(a) Municipal de Saúde juntamente com Engenheiro Naval com identificação do CREA; e
 - VI - Resolução com a aprovação da CIB ou, se houver, pela CIR, conforme modelo disponibilizado no Anexo XI a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

4.1.5. Para o **Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb**, o fluxo para solicitação da antecipação do recurso de implantação dá-se por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, de acordo com item 8 a esta Nota. Assim, cabe à gestão municipal:

- a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento do serviço, dando ciência de que esta solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal de Saúde, à SES e à CIB, conforme modelo disponibilizado no Anexo IV a esta Nota Técnica. O ofício deve estar preenchido e assinado pelo gestor municipal com a identificação do nome e cargo.
- b) Termo de Compromisso do gestor responsável, conforme modelo disponibilizado no Anexo VI, assegurando o início do funcionamento do Sesb em até, no máximo, 90 (noventa) dias, a contar do credenciamento do SESB.

Após a elaboração dos documentos citados acima e envio ao protocolo digital, o gestor deverá solicitar o credenciamento do Sesb por meio do sistema Gerência APS no [e-Gestor AB \(https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps\)](https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps).

- I - Inserir Número Único do Processo (no formato 25000.xxxxxx/202x-xx);
- II - Selecionar o Tipo de recurso de implantação (Capital ou Custeio) a ser repassado em parcela única. Exemplos: capital - aquisição de equipamentos ou custeio - aquisição de insumos;

III - Informar as especialidades, no mínimo 02 (duas) e no máximo 03 (três), que serão ofertadas à população.

Após publicação da portaria de credenciamento e para fins de recebimento de recursos financeiros de custeio mensal, o gestor deverá comprovar o funcionamento do Sesb por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde. A solicitação de habilitação do Sesb deverá estar acompanhada dos seguintes documentos:

- a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde ofício informando o número do CNES do serviço e as especialidades com classificações do Serviço Especializado 114 - Atenção em Saúde Bucal, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal com identificação do nome e cargo;
- b) Fotos que comprovem o atendimento à padronização de identidade visual conforme o Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente; e
- c) Fotos do consultório com os equipamentos instalados.

4.1.6. Para o **Centro de Especialidades Odontológicas - CEO**, o fluxo para solicitação da antecipação do recurso de implantação dá-se por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, de acordo com item 8 a esta Nota. Assim, cabe à gestão municipal, estadual ou Distrito Federal:

- a) Apresentar a proposta de implantação do CEO ao Conselho Municipal de Saúde, Conselho Distrital de Saúde ou Conselho Estadual de Saúde.
- b) Após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Distrital de Saúde ou Conselho Estadual de Saúde, encaminhar à CIB indicando se o pleito é para CEO Tipo 1 (com três cadeiras), CEO Tipo 2 (com quatro a seis cadeiras) ou CEO Tipo 3 (com sete ou mais cadeiras).
- c) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício do gestor assinado solicitando o adiantamento do incentivo financeiro para implantação do CEO discriminando: o nome e o endereço da unidade de saúde.
- d) Enviar cópia dos seguintes documentos:

I - Projeto de implantação do CEO aprovada pela CIB no qual conste as seguintes informações: características populacionais do município; características da Atenção Primária; modalidade de gestão (municipal, estadual ou distrital); características físicas do estabelecimento de saúde incluindo equipamentos, recursos humanos, especialidades ofertadas, população beneficiada e área de abrangência. Incluir qual município, região ou microrregião é referência, mencionando a população coberta;

II - Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite; e

III - Termo de Compromisso do gestor responsável, conforme modelo disponibilizado no Anexo VII, assegurando o início do funcionamento do CEO em até, no máximo, 90 (noventa) dias após o recebimento do incentivo, sob pena de devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos.

Após publicação da portaria de recursos financeiros destinados à implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, o gestor deverá solicitar a habilitação do CEO por meio do sistema Gerência APS no [e-Gestor AB \(https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps\)](https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps). A solicitação deverá estar acompanhada dos seguintes documentos a serem enviados ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde:

- a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de habilitação do CEO, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal, estadual ou distrital com identificação do nome e cargo.
- b) Planilha de verificação de atendimento às condições estabelecidas para a habilitação dos CEO, conforme o Anexo da Portaria GM/MS nº 283, de 22 de fevereiro de 2005,

devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo gestor.

c) Fotos dos ambientes do CEO dos itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente.

d) Fotos dos consultórios com os equipamentos instalados.

Observação:

O fluxo de implantação e credenciamento do serviço está estabelecido pela Portaria GM/MS nº 283, de 22 de fevereiro de 2005, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28, de setembro de 2017. Outras informações sobre o CEO, acessar o passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal, disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf.

4.1.7. Para o **Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD**, o fluxo para solicitação de credenciamento ocorre por meio de sistema de informação específico de LRPD no [e-Gestor AB](#). Assim, cabe à gestão municipal, estadual ou Distrito Federal:

a) Identificar o município ou o estado pleiteante.

b) Informar a localização do LRPD e a sua natureza jurídica.

c) Identificar a área de abrangência do serviço que será ofertado, indicando qual município, região ou microrregião será referência, mencionando, inclusive, a população coberta.

d) Informar os quantitativos de procedimentos que serão ofertados por mês.

e) Emitir Termo de Compromisso assinado pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado, que deverá ser escaneado e salvo no sistema.

Observação:

Outras informações sobre o serviço de LRPD, acessar a Nota Técnica nº 20/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS e o material do passo a passo do LRPD, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passoapassoegestorsb.pdf>.

4.1.8. Para a **Unidade Odontológica Móvel - UOM**, o fluxo para solicitação de credenciamento dá-se por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, de acordo com item 8 a esta Nota. Assim, cabe à gestão municipal e Distrito Federal:

a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de credenciamento do serviço, dando ciência de que esta solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à SES e à CIB, conforme modelo disponibilizado no Anexo IV a esta Nota Técnica. O ofício deve estar preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.

b) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o Projeto de Implantação da UOM, conforme modelo disponibilizado no Anexo V a esta Nota Técnica. O ofício deve estar preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.

4.1.9. Para o incentivo de custeio para a **Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei - PNAISARI**, o fluxo para solicitação dá-se por meio de documento digitalizado a ser enviado ao serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, de acordo com item 8 a esta Nota. Assim, cabe à gestão municipal, estadual ou Distrito Federal:

a) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o Plano Operativo e Plano Anual de Ação, conforme modelo disponibilizado no Anexo XII a esta Nota Técnica, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital e do gestor do órgão gestor do sistema socioeducativo com identificação do nome e cargo.

b) Resolução com a ciência do Plano Operativo na CIB ou, se houver, pela CIR e no Conselho Municipal de Saúde.

c) Resolução ou Ata da reunião com aprovação do Plano Operativo no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

d) Inserir nas equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária (eAP) de referência para o atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, pelo menos 1 (um) profissional de Saúde Mental acrescido a sua composição mínima, conforme subseção V da seção IV da Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 02 de junho de 2021.

4.1.10. Para o incentivo de custeio destinado à **Implementação de Ações de Atividade Física - IAF**, o fluxo para solicitação de credenciamento ocorre por meio de sistema de informação específico no [e-Gestor AB \(https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps\)](https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps). Assim, cabe à gestão municipal e do Distrito Federal:

a) Identificar os estabelecimentos de saúde elegíveis para o credenciamento ao IAF, sendo: 02 Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 01 Posto de Saúde e 32 Unidade Móvel Fluvial.

b) Selecionar os estabelecimentos de saúde, em ordem de prioridade, de acordo com o diagnóstico situacional identificado pela gestão.

4.1.11. Para o **Programa Academia da Saúde - PAS**, o fluxo para solicitação de credenciamento ocorre por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Assim, cabe à gestão municipal e do Distrito Federal:

a) Cadastrar o estabelecimento de saúde no SCNES com um dos seguintes códigos: 74 Polo Academia da Saúde, 01 Posto de Saúde, 02 Centro de Saúde/Unidade Básica ou 15 Unidade Mista; e no campo serviço de apoio do SCNES cadastrar o código 12 (Estrutura de Academia da Saúde) em um dos quatro estabelecimentos da APS descritos anteriormente.

b) Inserir justificativa(s) que embase(m) a solicitação de credenciamento ao custeio do estabelecimento.

c) Inserir o ofício com a solicitação de credenciamento do serviço, dando ciência de que esta solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde, à Comissão Intergestores Bipartite ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) para conhecimento da solicitação de credenciamento, conforme modelo disponibilizado no Anexo IV a esta Nota Técnica.

d) Inserir imagens com o polo identificado de acordo com os padrões visuais do PAS, disponíveis no Manual de Identidade Visual do Programa.

e) Responder ao questionário online disponibilizado no sistema.

Se o polo for construído com recurso do Ministério da Saúde:

I - Informar o número da proposta de investimento, cadastrada no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), para a construção do polo com recurso do Ministério da Saúde ou por meio de emenda parlamentar;

II - O endereço do polo cadastrado na solicitação de credenciamento ao custeio deverá ser o mesmo cadastrado no SISMOB; e

III - Estar com o parecer favorável para a etapa de execução e conclusão da obra no SISMOB.

Se o polo for construído com recurso do município:

- IV - Possuir estrutura física construída ou adaptada exclusivamente para o Programa, semelhante ou igual a uma das modalidades de polo do Programa;
- V - Inserir imagens com o polo identificado de acordo com os padrões visuais do PAS, disponíveis no Manual de Identidade Visual do Programa; e
- VI - Informar no questionário que o polo foi construído com recursos próprios.

Observação:

Cadastrar apenas 1 (uma) proposta por estabelecimento, independente da época de solicitação e do status da proposta.

As propostas em diligência serão rejeitadas após 90 dias sem a devolutiva com as adequações solicitadas.

4.2. COMPETE A GESTÃO ESTADUAL:

- a) Receber a solicitação de credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas dos municípios.
- b) Nos casos que se aplique, analisar o projeto de implantação das estratégias e emitir parecer técnico.
- c) Encaminhar a solicitação de credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas para aprovação da CIB ou CGSES/DF ou, se houver, pela CIR, nos casos que se aplique, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

4.3. COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- a) Realizar a análise do pleito de acordo com os critérios técnicos e normativos.
- b) Publicar a portaria de credenciamento ou adesão das solicitações deferidas, condicionada a disponibilidade orçamentária.
- c) Informar em relatório público na plataforma on-line [e-Gestor AB](#) o status das solicitações de credenciamento recebidas por meio de documento digitalizado.

5. DA ALTERAÇÃO DE TIPOLOGIA DE EQUIPES E ADESÃO AOS PROGRAMAS

Nos casos em que seja identificada a necessidade de alteração de tipologia de equipes e adesão aos programas da APS, serão adotadas as competências e orientações na forma que segue.

5.1. COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.
- b) Aprovar os instrumentos de gestão, Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.
- c) Elaborar e enviar o ofício ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para conhecimento da solicitação de alteração de tipologia das equipes e/ou adesão aos programas pleiteados ao Ministério da Saúde.
- d) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com a solicitação de alteração de tipologia das equipes e/ou adesão aos programas, conforme modelo disponibilizado no Anexo XIII, dando ciência de que esta solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, devidamente preenchido e assinado pelo gestor municipal ou distrital com identificação do nome e cargo.

5.1.1. No caso de alteração de equipe de Atenção Primária (eAP) para equipe de Saúde da Família (eSF):

- I - Identificar o código Identificador Nacional de Equipes - INE da(s) respectiva(s) da(s) equipe(s) de Atenção Primária credenciada(s) e homologada(s);
- II - Identificar o código Identificador Nacional de Equipes - INE da equipe de Saúde da Família (eSF) para posterior credenciamento e homologação.

Observação:

Destaca-se que a alteração de 02 (duas) eAP para 01 (uma) eSF dispensa a análise orçamentária em virtude da equivalência prevista em normativa. Contudo, a solicitação de alteração de 01 (uma) eAP para 01 (uma) eSF dependerá de disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. Ademais, será possibilitado manter o mesmo INE da eAP, alterando apenas o código da equipe, 76 (eAP) para 70 (eSF), após publicação de portaria, sem a necessidade de gerar outro Identificador Nacional de Equipes - INE.

5.1.2. No caso de alteração de equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada para eSB 40 horas:

- I - Identificar o código Identificador Nacional de Equipes - INE da(s) respectiva(s) da(s) equipe(s) de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada credenciada(s) e homologada(s);
- II - Identificar o código Identificador Nacional de Equipes - INE da equipe de Saúde Bucal (eSB) 40 horas para posterior credenciamento e homologação.

Observação:

Destaca-se que a alteração de 02 (duas) eSB com carga horária diferenciada para 01 (uma) eSB 40 horas dispensa de análise orçamentária em virtude da equivalência prevista em normativa. Contudo, a solicitação de alteração de 01 (uma) eSB com carga horária diferenciada para 01 (uma) eSB 40 horas dependerá de disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

Atenção:

Não há necessidade de solicitação de alteração de modalidade da equipe de Consultório na Rua e Equipe Multiprofissional. Ademais, a carga horária de 20 horas ou 30 horas das eSB ou eAP serão verificadas no SCNES, não sendo necessária a solicitação do município ao Ministério da Saúde.

5.1.3. No caso da alteração do tipo de adesão ao Programa Saúde na Hora:

- I - Identificar o código CNES, os códigos Identificador Nacional de Equipes - INE, o tipo de adesão da Unidade Saúde da Família credenciada e a modalidade pretendida.

Atenção:

Não há necessidade de solicitação de alteração de modalidade do Programa Saúde na Hora nos casos retratados no Art. 52. da Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 02 de junho de 2021.

Alterações de Equipes e Programas que exigem o envio de ofício ao Ministério da Saúde:

- eAP para eSF
- eSB CH diferenciada para eSB 40h
- SNH Simplificado para SNH 60h/60h eSB/ 75h
- SNH 60h para 60h eSB para 75h

5.2. **COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

- a) Realizar a análise do pleito de acordo com as documentações necessárias, conforme critérios técnicos e normativos.
- b) Publicar a portaria de credenciamento das solicitações deferidas, condicionada a disponibilidade orçamentária.

c) Informar em relatório público na plataforma on-line [e-Gestor AB](#) a situação das solicitações de alteração de tipologia de equipes e adesão aos programas da APS.

6. DO CANCELAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO FEITO NO E-GESTOR AB

Nos casos em que seja identificada a necessidade de cancelamento da solicitação de credenciamento feito no [e-Gestor AB](#) aos programas e estratégias da APS, serão adotadas as competências e orientações na forma que segue.

6.1. COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL E DO DISTRITO FEDERAL:

a) Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à revisão da qualificação e/ou cobertura de equipes e serviços de saúde.

b) Aprovar os instrumentos de gestão com as alterações no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

c) Elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício com o pedido de cancelamento da solicitação de credenciamento de equipes e serviços, com cópia da aprovação do Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, devidamente preenchido e assinado com identificação do nome e cargo.

6.2. COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

a) Realizar a análise do pleito de acordo com as documentações necessárias, conforme critérios técnicos e normativos.

b) Informar em relatório público na plataforma on-line [e-Gestor AB](#) a situação das solicitações de cancelamento.

7. DO CANCELAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

Nos casos em que seja identificada, por parte da gestão municipal ou distrital, a necessidade de cancelamento da solicitação de credenciamento para o custeio do PAS, serão adotadas as competências e orientações na forma que segue.

7.1. COMPETE A GESTÃO MUNICIPAL E DO DISTRITO FEDERAL:

a) Encaminhar a solicitação para o e-mail da área técnica, justificando o motivo do cancelamento da solicitação de credenciamento do custeio do PAS. A documentação deverá estar em formato PDF e em arquivo único. O documento deverá estar preenchido e assinado com a identificação do nome e cargo do gestor local.

7.2. COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

a) Realizar a análise do pleito e rejeitar a solicitação no SAIPS.

8. DO ENVIO DE DOCUMENTOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE NOS CASOS DAS SOLICITAÇÕES VIA OFÍCIO

Para protocolar o pedido ou documento ao Ministério da Saúde, é necessário:

I - Acessar a página do serviço "Protocolar documentos junto ao Ministério da Saúde"; conforme link abaixo;

II - Fazer login no [Portal Gov.br](#);

III - Escolher o tipo de solicitação;

IV - Preencher o formulário da solicitação;

V - Anexar os documentos necessários, conforme orientações do formulário de solicitação;

VI - Conferir os dados e concluir a solicitação.

Endereço eletrônico disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/protocolar-documento-junto-ao-ministerio-da-saude>>.

Contato Protocolo Geral do Ministério da Saúde - Divisão de Arquivo e Protocolo (DARP/COGD/CGDI/SAA/SE) por meio do telefone: (61) 3315-2111/2298 e pelo e-mail: protocologeral@saude.gov.br.

Observação:

As solicitações de credenciamento e adesão encaminhadas por meio de documento digitalizado que deveriam ser realizadas em sistema de informação específico, conforme Anexo I, serão recusadas e arquivadas.

Se o documento protocolado for complementar a uma solicitação já realizada, informar no item "Complementação de Protocolo Anterior" o Número Único do Protocolo (NUP) do processo aberto anteriormente.

Para consulta das solicitações de credenciamentos realizadas por meio de documento digitalizado, orienta-se acessar o site: [e-Gestor AB](#); selecionar os itens "Relatórios Públicos" à "Financiamento APS" à "Solicitações de Credenciamento"; selecionar "Solicitações via Documento Físico".

9. DOS PRAZOS PARA CADASTRAMENTO DAS EQUIPES E SERVIÇOS CREDENCIADOS NO SCNES

Após publicação de portaria de credenciamento das novas equipes e serviços no Diário Oficial da União (DOU), a gestão municipal e distrital deverá cadastrá-las no SCNES, observando os critérios exigidos para homologação dos códigos Identificador Nacional de Equipes (INE) e/ou Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), num **prazo máximo de 3 (três)** competências consecutivas, a contar da data de publicação da referida portaria, exceto a adequação do tipo de equipe - eAPP. Caso esse prazo não seja cumprido, haverá o descredenciamento das equipes ou serviços, conforme disposto no item "III - do Credenciamento", do tópico "6 – DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA", do Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

O quadro abaixo apresenta o prazo máximo para cadastramento das equipes e serviços no SCNES:

PRAZO MÁXIMO PARA CADASTRO DAS EQUIPES E/OU SERVIÇOS NO SCNES APÓS PUBLICAÇÃO DA PORTARIA DE CREDENCIAMENTO	
DATA DE PUBLICAÇÃO DA PORTARIA DE CREDENCIAMENTO	PRAZO MÁXIMO PARA CADASTRO (COMPETÊNCIA CNES)
De 01 a 31 de Janeiro	Março
De 01 a 28/29 de Fevereiro	Abril
De 01 a 31 de Março	Maior
De 01 a 30 de Abril	Junho
De 01 a 31 de Maio	Julho
De 01 a 30 de Junho	Agosto
De 01 a 31 de Julho	Setembro
De 01 a 31 de Agosto	Outubro
De 01 a 30 de Setembro	Novembro
De 01 a 31 de Outubro	Dezembro
De 01 a 30 de Novembro	Janeiro
De 01 a 31 de Dezembro	Fevereiro

O cronograma de envio da remessa CNES está disponível para acesso público por meio do sítio eletrônico: <https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Cronograma>. E o cronograma de envio de dados ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria

SAPS/MS nº 4, de 28 de janeiro de 2021, está disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-4-de-28-de-janeiro-de-2021-301404483>.

Para recebimento dos incentivos financeiros correspondentes às equipes e aos serviços que atuam na APS, efetivamente credenciados em portaria e cadastrados no SCNES, os municípios e Distrito Federal deverão alimentar os dados no sistema de informação da APS vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e a execução das atividades, conforme disposto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Bem como às disposições específicas detalhadas no Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; no Capítulo V do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017; e na Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 02 de junho de 2021.

10. **CONCLUSÃO**

Após publicação da presente nota técnica, as informações contidas na **Nota Técnica Nº 715/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS** e **Nota Técnica Nº 241/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS** perderão vigência de aplicação.

Eventuais casos omissos constatados na aplicação do disposto nesta Nota Técnica serão resolvidos pelo titular máximo da SAPS/MS.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS coloca-se à disposição para outros esclarecimentos.

11. **CONTATOS DOS DEPARTAMENTOS E COORDENAÇÕES TÉCNICAS**

Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária - CGFAP/SAPS

Coordenação de Habilitação e Credenciamento da Atenção Primária - COHC/CGFAP/SAPS
Telefone: (61) 3315-9063 / E-mail: financiamento.saps@saude.gov.br

Departamento de Saúde da Família e Comunidade - DESCO/SAPS

Coordenação-Geral de Saúde Bucal - CGSB/DESCO/SAPS - eSB, Sesb, CEO, LRPD e UOM
Telefone: (61) 3315-9145 / E-mail: cosab@saude.gov.br

Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade – CGESCO/DESCO/SAPS

Telefone: (61) 3315-6224/5905 / E-mail: cgesco.desco@saude.gov.br

Coordenação de Gestão e Apoio Estratégico da Atenção Primária - CGAEP/CGESCO/DESCO/SAPS

Telefone: (61) 3315-6224/5905 / E-mail: cgaep.desco@saude.gov.br

Coordenação de Acesso e Equidade - CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS - eCR, PNAISARI, eSFR e UBSF

Telefone: (61) 3315-8886/8852/8840 / E-mail: caeq@saude.gov.br

Coordenação de Ações Interprofissionais - CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS - eMulti

Telefone: (61) 3315-9053/9034 / E-mail: emulti.aps@saude.gov.br

Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde - DEPPROS/SAPS

Programa Academia da Saúde

Telefone: (61) 3315-9012 / 9039 / E-mail: academiadasaude@saude.gov.br

Ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde

Telefone: (61) 3315-6227 / 6442 / E-mail: incentivoaf@saude.gov.br

Departamento de Gestão do Cuidado Integral - DGCI/SAPS

Telefone: (61) 3315-9153 / 9155 / E-mail: dgci@saude.gov.br

**Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde - DGAPS/SAPS
- Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**

Telefone: (61) 3315-9090 / E-mail: dgaps.saps@saude.gov.br



Documento assinado eletronicamente por **Tatiane Tavares Menezes, Bolsista**, em 17/08/2023, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dirceu Ditmar Klitzke, Coordenador(a)-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária**, em 21/08/2023, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nésio Fernandes de Medeiros Junior, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 21/08/2023, às 18:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0032966798** e o código CRC **4CA1451A**.

Referência: Processo nº 25000.162120/2019-49

SEI nº 0032966798

Coordenação de Habilitação e Credenciamento da Atenção Primária - COHC
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

ANEXO I

FORMA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE EQUIPES, SERVIÇOS E ADESÃO AOS PROGRAMAS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Equipe / Serviço / Programa	Tipo de Solicitação	Forma/ Instrumento de Solicitação
Equipes de Saúde da Família (eSF)	On-line	<u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Equipes de Atenção Primária (eAP)	On-line	<u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Equipes de Saúde Bucal (eSB)	On-line	<u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Equipe Multiprofissional (eMulti)	On-line	<u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Equipes dos Consultórios na Rua (eCR)	On-line	<u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)	On-line	<u>SAIPS</u>
Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	Documento Digitalizado	<u>Ofício enviado ao Protocolo Geral do MS Anexo VIII, IX e XI</u>
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	Documento Digitalizado	<u>Ofício enviado ao Protocolo Geral do MS Anexo VIII, X e XI</u>
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	On-line	<u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb)	Documento Digitalizado / On-line	<u>Ofício enviado ao Protocolo Geral do MS Anexo IV e VI</u> <u>e-Gestor AB</u>
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Documento Digitalizado / On-line	<u>Ofício enviado ao Protocolo Geral do MS Anexo VII</u> <u>Gerencia APS / e-Gestor AB</u>
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	On-line	<u>e-Gestor AB</u>
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	Documento Digitalizado	<u>Ofício enviado ao Protocolo Geral do MS Anexo IV e V</u>
Informatiza APS	On-line	<u>e-Gestor AB</u>
Saúde na Hora (SnH)	On-line	<u>e-Gestor AB</u>
Incentivo de Custeio para as equipes integradas a programas de formação profissional da APS	On-line	<u>e-Gestor AB</u>
Incentivo de Custeio para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)	Documento Digitalizado	<u>Ofício enviado ao Protocolo Geral do MS Anexo XII</u>
Incentivo de Custeio destinado à Implementação de Ações de Atividade Física (IAF)	On-line	<u>e-Gestor AB</u>
Programa Academia da Saúde (PAS)	On-line	<u>SAIPS</u> <u>Anexo IV</u>

ANEXO II

TETO DE CREDENCIAMENTO DE EQUIPES, SERVIÇOS E ADESÃO AOS PROGRAMAS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Equipe / Serviço / Programa	Cálculo	Descrição
eSF	População IBGE / 2.000 habitantes	Para os todos municípios e Distrito Federal, conforme PNAB.
eAP	(População IBGE / 2.000 habitantes) x 2	O alcance do teto considera a somatória de (eSF+eSFR+(eAP/2)) credenciadas. Destaque à Portaria GM/MS nº 4.259, de 8 de dezembro de 2022.
eSB 40 horas	(eSF+eSFR+(eAP/2)) credenciadas	Para os todos municípios e Distrito Federal, conforme PNAB.
eSB carga horária diferenciada	(eSF+eSFR+(eAP/2)) x 2 credenciadas	Destaque à Portaria GM/MS nº 4.259, de 8 de dezembro de 2022.
eMulti Estratégica	A cada 01 a 04 equipes (eSF, eSFR, eCR, eAP) homologadas	
eMulti Complementar	A cada 05 a 09 equipes (eSF, eSFR, eCR, eAP) homologadas	Para os todos municípios e Distrito Federal, conforme Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023.
eMulti Ampliada	A cada 10 equipes (eSF, eSFR, eCR, eAP) homologadas	
eCR	População em situação de rua (SISAB ou CadÚnico) / 500	Para os municípios e Distrito Federal, conforme quantitativo de população em situação de rua registrado em sistemas de informação. Destaque à Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021.
eAPP 06 horas	Mínimo de 01 e Máximo de 300 pessoas	Para os todos municípios e Distrito Federal com população privada de liberdade.
eAPP 20 horas	Mínimo de 101 e Máximo de 1.700 pessoas	
eAPP 30 horas	Mínimo de 1.701 e Máximo de 2.700 pessoas	Para os todos municípios, Distrito Federal e estados com população privada de liberdade.
eSFR	População IBGE / 2.000 habitantes	
UBSF	-	Para os todos municípios pertencentes à Amazônia Legal e ao Bioma Amazônia e Pantanal (Pantanal Sul-Mato-Grossense).
ACS	População IBGE / 400	Para os demais municípios e Distrito Federal.
	(População IBGE da área urbana / 400) + (População IBGE da área rural / 280)	Para os municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso.
Sesb	-	Para os municípios com até 20.000 habitantes com alcance de, no mínimo, 75% dos indicadores, conforme Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023.
CEO	-	Para os municípios e estados de acordo com a aprovação da CIB.
LRPD	-	É permitida uma solicitação por município, Distrito Federal e estado.
UOM	-	Para os municípios que receberam doação do Ministério da Saúde.

Informatiza APS	eSF e eAP informatizadas	Equipes que, em pelo menos uma das três competências anteriores à solicitação de adesão tiverem enviado informações ao Ministério da Saúde via sistema de prontuário eletrônico.
SnH	-	Para os todos municípios e Distrito Federal, de acordo com os critérios mínimos do programa.
Formação profissional da APS	Até 02 residentes de cada categoria (medicina, enfermagem, cirurgião-dentista) para cada equipe homologada	Para os municípios e Distrito Federal com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional
PNAISARI	-	Para os todos municípios, Distrito Federal e estados com Unidades Socioeducativas, conforme Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014
IAF	Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde (código 01, 02, 32) - Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde vinculados à PAS	Para os todos municípios e Distrito Federal.
PAS	Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde da APS	Para os todos municípios e Distrito Federal

ANEXO III

MODELO DE OFÍCIO PARA CIÊNCIA DA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E ADESÃO

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Atenção Primária (eAP), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Equipe Multiprofissional (eMulti), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Incentivo de Custeio para as equipes integradas a programas de formação profissional da APS, Programa Informatiza APS, Programa Saúde na Hora, Incentivo de Custeio para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, Incentivo de Custeio destinado à Implementação de Ações de Atividade Física (IAF) e Programa Academia da Saúde (PAS)

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL OU DISTRITAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

Ao Conselho Municipal ou Distrital de Saúde
À Secretaria Estadual de Saúde ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal
À Comissão Intergestores Bipartite

Assunto: Credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas de Atenção Primária à Saúde.

Prezados (as),

Comunico ao Conselho Municipal ou Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que este _____ (município ou Distrito Federal) fez a solicitação de credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde constam no (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Solicitação de credenciamento ou adesão:

Tipologia da Equipes e/ou Serviços e/ou Programas da Atenção Primária	Quantitativo

* Informar a tipologia da equipe, serviços e/ou programa e o quantitativo solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinatura)
Nome do gestor (a)
Cargo do gestor (a)

ANEXO IV

MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

Unidade Odontológica Móvel (UOM), Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) e Programa Academia da Saúde (PAS)

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL OU DISTRITAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: Credenciamento de serviço de Atenção Primária à Saúde.

Prezado (a) Secretário (a) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS),

Solicito o credenciamento do (a) _____ (Unidade Odontológica Móvel - UOM, Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb e Programa Academia da Saúde - PAS).

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no _____ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, dou ciência a este Ministério da Saúde de que enviei documento ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, para conhecimento desta solicitação de credenciamento.

(Assinatura)

Nome do gestor (a)

Cargo do gestor (a)

ANEXO V

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL – UOM

O Município de _____ - UF ____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, propõe a implantação do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel – UOM, vinculado à(s) Equipe(s) de Saúde da Família CNES nº _____, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal ou Distrital de Saúde, Sr(a) _____, CPF nº _____ e RG nº _____, e solicita a Vossa Excelência a adoção das medidas necessárias para a realização do repasse financeiro destinado à implantação e ao custeio mensal referente à UOM acima mencionada.

A UOM apresentará as seguintes características:

1. Área ou região de referência: _____
 2. População a ser coberta: _____
 3. Ações e atividades/procedimentos a serem ofertados: _____
-
-

Esta Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde assume o compromisso de:

a) Prover a UOM com os instrumentais e materiais permanentes odontológicos previstos na Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;

b) Prover a UOM com os recursos humanos necessários para seu funcionamento, conforme estabelecido na Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;

c) Realizar a manutenção da UOM, manter os equipamentos doados e os instrumentais e materiais permanentes adquiridos e ainda manter a identificação visual e o grafismo da UOM que lhe for entregue de acordo com o padrão definido pelo Ministério da Saúde durante todo o tempo de vida útil da UOM;

d) Realizar ata de aprovação da proposta pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Esta Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde afirma ainda ter conhecimento de que o repasse do incentivo de custeio será descontinuado caso seja comprovado por meio dos sistemas de informação, por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde ou

por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS qualquer uma das seguintes situações:

a) Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes vinculadas a essa Unidade Odontológica Móvel – UOM, conforme previsto na Seção X - Do Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal (ESF Modalidade 1 e 2), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;

b) Descumprimento da carga horária estabelecida para os profissionais das eSB conforme previsto na Seção I - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento;

c) Ausência de Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família cadastrada no município;

d) Ausência de Unidade Odontológica Móvel cadastrada para o trabalho das equipes; e

e) Ausência de qualquer um dos equipamentos doados pelo Ministério da Saúde, conforme descrito na Seção X - Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), do Capítulo I – Dos Profissionais que atuam na Atenção Básica, do Título II – Do custeio da Atenção Básica, disposta na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento.

Declaramos estar de acordo com as solicitações de credenciamento acima:

(Assinatura)

Nome do gestor (a)

Cargo do gestor (a)

ANEXO VI

MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO PARA SERVIÇO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE BUCAL

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: Termo de Compromisso para Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb).

O Município/estado de _____ / UF ____ (nome do município / estado), inscrito no CNPJ sob o nº _____, com endereço à _____ (rua/avenida, nº, bairro), por intermédio da _____ (Secretaria Municipal de Saúde), que tem como gestor (a), _____ (nome do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde), brasileiro(a), _____ (estado civil), natural de _____ (município / estado), CPF: _____ e RG: _____, responsável pela implantação do Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb, com endereço na _____ (rua/avenida, nº, bairro), _____ (município/estado), por este TERMO, constante na Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, Art. 514-A, que institui o componente Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb, no âmbito das ações estratégicas da Atenção Primária à Saúde – APS (Redação dada pela PRT GM/MS nº 751 de 20.06.2023), em fase de implantação, assume os seguintes compromissos:

1 – Assegurar o início do funcionamento do Sesb do município de _____ (nome do município / estado) em até, no máximo, 90 (noventa) dias após o recebimento do incentivo de implantação da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, Art. 514-G, contando com todos os recursos estabelecidos no Art. 514-C da referida Portaria;

2 – Dentro do mesmo prazo estipulado no item 1 deste Termo de Compromisso, enviar por meio de sistema de informação específico a ser disponibilizado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à APS, solicitação de habilitação conforme Art. 514-E e Nota Técnica explicativa com orientações sobre a solicitação de credenciamento e adesão, no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), de equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde.

3 – Declaro ainda ter pleno conhecimento das consequências decorrentes do descumprimento do presente termo, retratada na Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, Art. 514-L, 514-M e 514-N.

(Assinatura)

Nome do gestor (a)

Cargo do gestor (a)

ANEXO VII

MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO PARA CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL, ESTADUAL OU DISTRITAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: Termo de Compromisso para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Município/estado de _____ - UF ____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, com endereço à _____ (rua/avenida, nº, bairro), por intermédio da _____ (Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde), que tem como gestor (a), _____ (nome do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde / Secretário (a) Estadual de Saúde), brasileiro(a), _____ (estado civil), natural de _____ (município / estado), CPF: _____ e RG: _____, responsável pela implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo _I ou II ou III, com endereço na _____ (rua/avenida, nº, bairro), _____ (município/estado), por este TERMO, constante na Portaria Nº 283, de 22 de fevereiro de 2005, no Art. 2, Incisos IV e V, que dispõe sobre a antecipação do incentivo financeiro de implantação para Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo _I ou II ou III_, em fase de implantação, assume os seguintes compromissos:

1 – Assegurar o início do funcionamento do CEO Tipo _I ou II ou III do município de _____ (nome do município / estado) em até, no máximo, 03 (três) meses após o recebimento do incentivo de implantação da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017, Art. 202, contando com todos os recursos estabelecidos no Art. 580 da Portaria Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 (origem Portaria Nº 599, de 23 de março de 2006, Art. 2º, III), sendo que na hipótese do descumprimento do que aqui foi estabelecido, restituirá ao Fundo Nacional de Saúde os recursos repassados;

2 – Dentro do mesmo prazo estipulado no item 1 deste Termo de Compromisso, enviar planilha de verificação de atendimento às condições estabelecidas na Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017, Art. 203, § 3º (origem PORTARIA Nº 599 DE 23 DE MARÇO DE 2006, Art. 3º e Anexo I e Anexo da Portaria de origem nº. 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005), devidamente formalizada nos termos exigidos nas referidas portarias;

3 – Declaro ainda ter pleno conhecimento das consequências decorrentes do descumprimento do presente termo, retratada na Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, Art. 296, e na Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017, nos termos dos Art. 4º e 5º.

(Assinatura)

Nome do gestor (a)

Cargo do gestor (a)

ANEXO VIII

MODELO DE PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL

Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

1. TIPO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

eSFR Tipo de Solicitação	Quantidade	INE
Credenciamento de uma nova equipe		
Mudança de Modalidade		
Ampliação (Adequação à Portaria n° 837, de 09/05/2014)		

UBSF Tipo de Solicitação	Quantidade	INE
Credenciamento de uma nova equipe		
Ampliação (Adequação à Portaria n° 837, de 09/05/2014)		

2. INFORMAÇÕES BÁSICAS DA EQUIPE

Nome da equipe	
CNES da UBS	
INE	
Número de Comunidades Atendidas	
Número de Pessoas Atendidas	
Número de Famílias Atendidas	

3. RIOS E COMUNIDADES ATENDIDAS

INE	Nome da Comunidade	Localização	Rio	N° de Pessoas atendidas	N° de Famílias

4. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

4.1 EQUIPE MÍNIMA

Categoria Profissional	Carga Horária	Comunidade Atendida	N° de Pessoas atendidas	N° de Famílias

4.2 EQUIPE AMPLIADA

Justificativa: Descrever a necessidade de ampliação da equipe e apresentar as justificativas.

Categoria Profissional	Quantidade	Atividades Desenvolvidas	N° de Comunidades	N° Pessoas atendidas

4.2.1 RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Profissional	Forma de Seleção	Forma de Contratação	Regime de Trabalho	Carga Horária

5. MAPA DA REGIÃO ATENDIDA

Observação: criar legenda no mapa com identificação da UBS, comunidades atendidas, unidades de apoio, principais rios e percurso.

6. PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS

6.1 CRONOGRAMA MENSAL

Dias	Percurso	Distância/Tempo de Deslocamento	Comunidade Atendida	Período Estimado de Permanência	Nº de Pessoas atendidas	Nº de Famílias
1º						
2º						
...						

Observação: É possível a descrição dos dias de planejamento, reuniões, educação permanente e rotina de atendimento na UBS/UBSF.

6.2 CRONOGRAMA ANUAL*

Comunidade Sede	Comunidades	Deslocamento	Período de Atendimento													
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		

*Necessário apenas para UBSF.

7. INFRAESTRUTURA DA UBS

Observação: Apresentar as características da estrutura física. Ambientes e equipamentos de apoio disponíveis na UBS de acordo com o tipo de equipe.

8. COMPONENTES EXTRAS

8.1 UNIDADES DE APOIO

Justificativa: Descrever a necessidade de ampliação da equipe e apresentar as justificativas.

Nome da Unidade de Apoio	INEP/CNES*	Nome da Comunidade	Localização	Rio	Nº de Pessoas atendidas

*Em caso de escolas – INEP e Unidades de Saúde – CNES.

8.1.1 FOTOS DAS UNIDADES DE APOIO

Observação: As fotos devem possuir legenda, juntamente com identificação. No caso de escolas, indicar o INEP. No caso de estabelecimentos de saúde, indicar o CNES.

8.2 EMBARCAÇÕES

Justificativa: Descrever a necessidade de ampliação da equipe e apresentar as justificativas.

Nome da Embarcação	Nome da Comunidade	Localização	Rio	Nº de Pessoas atendidas

8.2.1 FOTOS DAS EMBARCAÇÕES

Observação: As fotos devem possuir legenda, juntamente com identificação.

9. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Observação: Serviços disponíveis no município ou a necessidade de encaminhar para outro município, para garantia da referência, contrarreferência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, além da forma de dispensação de medicamentos (se na própria unidade ou em outro estabelecimento).

10. AÇÕES DESENVOLVIDAS

Observação: Descrição das ações a serem desenvolvidas pelas equipes e a organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados. É possível apresentar as informações em formato de planilha com a descrição das atividades e ações, considerando que se trata em parte da carteira de serviços da APS.

11. GESTÃO DE PROCESSO DE TRABALHO

Observação: Descrição do planejamento, educação permanente, sistema de informação utilizados, entre outros itens pertinentes ao processo de trabalho da equipe.

12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Observação: Descrição de como a gestão municipal apoiará a equipe no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Primária e na qualificação do trabalho das equipes.

13. FOTOS DA EMBARCAÇÃO*

De acordo com o item X do Art. 34 da Seção IV - Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, a estrutura física mínima deve dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo.

*Necessário apenas para UBSF.

ANEXO IX

MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: Credenciamento de Equipes e Serviços da Atenção Primária.

Prezado (a) Secretário (a) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS),

Solicito o credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no _____ (Plano Municipal ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de setembro de 2017 que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, encaminho cópia da Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite.

Solicitação de credenciamento:

eSFR	Quantidade	Código do INE
Credenciamento de uma nova equipe		
Mudança de tipo de equipe		
Ampliação (Adequação à Portaria nº 837, de 09/05/2014)		
Componentes Extras:		
Unidade de Apoio		
Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinatura)
Nome do gestor (a)
Cargo do gestor (a)

ANEXO X

MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO VIA DOCUMENTO FÍSICO

Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: Credenciamento de Serviços da Atenção Primária.

Prezado (a) Secretário (a) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS),

Solicito o credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no _____ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de setembro de 2017 que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, encaminho cópia dos seguintes documentos:

- Projeto de implantação da UBSF com planos e fotos da embarcação;
- Título de Inscrição de Embarcação, com o número, expedido pela autoridade marítima competente com data de validade vigente;
- Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior com data de validade vigente;
- Atestado de conclusão da obra inserido no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB);
- Resolução com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite.

Solicitação de credenciamento:

UBSF	Quantidade	Código do CNES
Credenciamento de uma nova UBS		
Ampliação (Adequação à Portaria nº 837, de 09/05/2014)		
Componentes Extras:		

Unidade de Apoio		
Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

* Informar apenas o quantitativo de serviços solicitados com algarismos arábicos. Atenção: Não utilizar algarismos romanos.

(Assinatura)
Nome do gestor (a)
Cargo do gestor (a)

ANEXO XI

MODELO RESOLUÇÃO CIR/CIB PARA CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO

Resolução CIR/CIB nº _____,

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Seção III - Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense, do Capítulo II – Das Equipes de Saúde da Família, disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Seção IV - Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), do Capítulo II – Das Equipes de Saúde da Família, disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Resolve homologar o pleito do município _____ conforme quadro:

eSFR	Quantidade	Código do INE
Credenciamento de uma nova equipe		
Mudança de tipo de equipe		
Ampliação (Adequação à Portaria nº 837, de 09/05/2014)		
Componentes Extras:		
Unidade de Apoio		
Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

UBSF	Quantidade	Código do CNES
Credenciamento de uma nova UBS		
Ampliação (Adequação à Portaria nº 837, de 09/05/2014)		
Componentes Extras:		

Unidade de Apoio		
Embarcação		
Microscopista		
Agente Comunitário de Saúde		
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem		
Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal		
Profissional de nível superior		

1. Identificação das equipes:

Nome da equipe	
Código do INE	
Código do CNES da UBS ou UBSF	
Número de pessoas atendidas pela equipe	
Número de comunidades atendidas pela equipe	
Número de famílias atendidas pela equipe	

2. Rios e comunidades atendidas

INE	Nome da Comunidade	Localização	Rio	Nº de Pessoas atendidas	Nº de Famílias

3. Logística:

a) Unidades de apoio (ou satélites) para o atendimento descentralizado:

Justificativa:	(justificar a necessidade da quantidade solicitada)		
Nome da Unidade de Apoio	Localização da comunidade	Nome de comunidades atendidas naquela unidade de apoio	Nº de pessoas atendidas naquela unidade de apoio

b) Embarcações de pequeno porte exclusivo para deslocamento da equipe:

Justificativa:	(justificar a necessidade da quantidade solicitada)		
Número da embarcação	Localização (rios que a embarcação percorrerá)	Nome de comunidades atendidas por esta embarcação	Nº de pessoas atendidas por esta embarcação

4. Equipe ampliada:

Justificativa:	(justificar a necessidade da quantidade de profissionais acrescidos à equipe mínima)			
Profissional	Quantidade	Atividades desenvolvidas pelo profissional	Nº de comunidades atendidas pela atuação deste profissional	Nº de pessoas atendidas pela atuação deste profissional

ANEXO XII

MODELO DE PLANO OPERATIVO E PLANO ANUAL DE AÇÃO PARA O RECEBIMENTO DO INCENTIVO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL OU DISTRITAL

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no município/estado;

- Caracterização das unidades, expondo o nome das unidades socioeducativas, o tipo de unidade (se é internação, internação provisória ou semiliberdade) e a média anual de adolescentes; e

- Indicar a composição do Grupo de Trabalho Intersetorial – GTI.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Dados gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em conflito com a lei que cumpre medidas de meio aberto, quando esse serviço existir no município, e medidas de meio fechado, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde

Descrever como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com o Órgão gestor do Sistema Socioeducativo, coordenarão o processo de implantação das diretrizes e como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa

É imprescindível colocar as informações sucintas sobre a Rede de Atenção à Saúde disponível no território.

Indicar o número do INE/CNES da equipe de referência da Atenção Primária à Saúde e da Equipe de Saúde Bucal para cada unidade socioeducativa do município.

Um exemplo de como expor as informações pode ser observado no seguinte quadro:

Unidade Socioeducativa	Equipe de referência da Atenção Primária à Saúde	Nº do INE/CNES

Ressalta-se que o(s) profissional(is) de saúde mental deverá(ão) ser inserido(s) no INE da equipe de saúde de referência, com a(s) carga(s) horária(s) mínima de 4hs semanais.

Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

Profissionais de Saúde que atuam dentro das unidades socioeducativas	Carga horária	Nº do CNES	Órgão responsável pela contratação do profissional – Sec. de Saúde ou do Sistema Socioeducativo

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes

Nos pontos de atenção à saúde trata de informações de suma importância para a organização da atenção à saúde do adolescente na rede. Sendo assim, devem constar dados essenciais como:

- Indicação dos serviços de Atenção Primária à Saúde e média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde. Tais informações podem ser expostas como no exemplo deste quadro:

Unidade Socioeducativa	Atenção Primária à Saúde	Média Complexidade	Alta Complexidade

- Indicação da organização de fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;
- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

Expor os fluxos de dispensação de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo.

7. Parcerias governamentais e não governamentais previstas

Descrever as parcerias já existentes e as necessárias e fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em atendimento socioeducativo constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento

Descrever as participações de cada uma das secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no cofinanciamento para a construção do Plano Anual de Ação e implementação da política.

9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

Descrever como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com o órgão gestor do Sistema Socioeducativo – por meio do grupo intersetorial, farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes.

- Indicar os responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto.
- Indicar como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

PLANO ANUAL DE AÇÃO

1. Identificação:

Município	Estado

2. Identificação da(s) Unidade(s) Socioeducativa(s) e Unidade(s) de Saúde de referência:

Unidade Socioeducativa Nº do CNES (se houver)	Unidade de Atenção Primária à Saúde de referência Nº do CNES	Equipe de Saúde Nº do INE	Média mensal de adolescentes na unidade socioeducativa	Identificação do Profissional de Saúde Mental/ Formação/Carga horária (esse profissional deve estar inserido no INE da equipe de saúde de referência)

*Acrescentar mais linhas, se necessário.

3. Plano de intervenção:

Linhas de Ação	A. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; B. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; C. Saúde bucal; D. Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas; E. Prevenção e controle de agravos; F. Educação em saúde; G. Direitos humanos, promoção da cultura de paz, prevenção de violências e assistência a vítimas; H. Outra			
Linha de ação:				
Problemática:				
Ação	Meta	Prazo	Responsável	

*Acrescentar mais quadros de linha de ação, conforme necessidade

(Assinatura - Secretaria Municipal de Saúde) (Assinatura - Gestão do Socioeducativo)
Nome do gestor (a) Nome do gestor (a)
Cargo do gestor (a) Cargo do gestor (a)

ANEXO XIII

MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE TIPOLOGIA DE EQUIPES E ADESÃO AOS PROGRAMAS VIA DOCUMENTO FÍSICO

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL OU DISTRITAL

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Assunto: Alteração de tipologia de equipes e adesão aos programas da Atenção Primária.

Prezado (a) Secretário (a) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS),

Solicito a alteração de tipologia de equipes e adesão aos programas da Atenção Primária à Saúde, já homologados, conforme detalhado abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no _____ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde.

Em atendimento ao previsto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 28 de setembro de 2017 que trata da “Política Nacional de Atenção Básica- Operacionalização”, dou ciência a este Ministério da Saúde de que enviei documento ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, para conhecimento desta alteração de tipologia de equipes e adesão aos programas.

Solicitação de alteração de tipologia de equipes e adesão aos programas:

Tipologia Vigente			Tipologia Requerida		
Tipologia Atual	INE/CNES	Portaria de Homologação	Nova Tipologia	INE	CNES
eAP	1 – 2 – (se houver)		eSF		-
eSB carga horária diferenciada	1 – 2 – (se houver)		eSB 40 horas		-
SNH 60h Simplificado; SNH 60h; ou SNH 60h com saúde bucal			SNH 60h; SNH 60h com saúde bucal; ou SNH 75		

(Assinatura)

Nome do gestor (a)

Cargo do gestor (a)