

MINISTÉRIO DA SAÚDE**NOTA TÉCNICA Nº 405/2018-COGPAB/DAB/SAS/MS****1. ASSUNTO**

Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes

2. ANÁLISE

O Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), no intuito de apoiar a realização de solicitações de credenciamento de novas equipes em acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem por meio desta, dispor sobre a padronização das solicitações de credenciamento.

Para a solicitação de credenciamento de serviços e equipes, os Municípios e Distrito Federal devem seguir as seguintes orientações:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes, pelos Municípios/Distrito Federal:

a. O projeto a ser elaborado deverá contemplar os seguintes aspectos:

Território	População coberta. Mapeamento das áreas.
Composição de equipe	Categoria profissional e carga horária dos membros que irão compor a equipe. Tipo de equipe.
Infraestrutura da UBS	Características da estrutura física. Ambientes e equipamentos de apoio disponíveis na UBS de acordo com o tipo de equipe.
Rede de Atenção à Saúde	Serviços disponíveis no município, ou a necessidade de encaminhar para outro município, para garantia da referência e 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).
Ações desenvolvidas	Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pela(s) equipe(s) no âmbito da atenção básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional e suas especificidades regionais.
Gestão de Processo de Trabalho das Equipes	Descrição do processo de gerenciamento e apoio ao trabalho das equipes, educação permanente, monitoramento e avaliação, planejamento por parte da gestão local.
Monitoramento e avaliação	Descrição dos instrumentos utilizados no processo de monitoramento e avaliação.
Anexar Ata do Conselho Municipal de Saúde	

Observação: para Unidades Móveis Odontológicas não é necessário o envio de projeto e sim da *Proposta de implantação de Unidade Odontológica Móvel – UOM* conforme modelo em anexo.

- b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes/proposta de implantação de UOM deverá ser aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- c. As equipes que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II – Após aprovação do projeto nas instâncias intergestoras locais, o município deverá encaminhar o mesmo, via ofício, à Secretaria Estadual de Saúde.

Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, ao receber o projeto de credenciamento das equipes/proposta de implantação de UOM dos municípios, realizar:

- I - Análise do projeto e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- II - Após aprovação na CIB, encaminhar ao Ministério da Saúde via ofício, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, e o formulário de solicitação de credenciamento preenchido, conforme disponibilizado em anexo. No caso da UOM, encaminhar ofício juntamente com a proposta de implantação e a resolução CIB;
- III - No caso do Distrito Federal, a proposta de projeto de credenciamento das equipes deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Observação: Com o objetivo de unificar o processamento das solicitações de credenciamento, o DAB aceitará **exclusivamente as resoluções das CIB**, juntamente com os formulários, extinguindo o aceite das declarações de incentivo.

Ao receber a documentação das Secretarias Estaduais de Saúde, cabe ao Ministério da Saúde realizar a análise do pleito, de acordo com o teto de equipes e critérios técnicos. Se a solicitação for deferida, será tramitada uma portaria de credenciamento, a qual está condicionada à disponibilidade orçamentária.

A solicitação de credenciamento de Equipes de Saúde no Sistema Prisional e dos polos do Programa Academia da Saúde são realizadas via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), disponível em: <http://saips.saude.gov.br/> Após solicitação do Município pelo sistema, a proposta é analisada pelo Ministério da Saúde. Se a solicitação for deferida, será tramitada uma portaria de credenciamento, a qual está condicionada à disponibilidade orçamentária.

Após a publicação da Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), num prazo de 4 (quatro) meses, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso o prazo não seja cumprido.

ANEXO I

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE EQUIPES

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO).

Solicitação de credenciamento das Equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Básica (eAB) e de Saúde Bucal (eSB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua (eCR).

MUNICÍPIO	eSF	eAB	ACS	eSB		NASF			eCR			
				I	II	I	II	III	I	II	III	

* Informar apenas o quantitativo de equipes que estão solicitando credenciamento, por município(s).

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

ANEXO II

MODELO RESOLUÇÃO CIB PARA CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHAS

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO), ASSINADO PELO SECRETÁRIO.

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 de _____ equipes de Saúde da Família Ribeirinhas do município _____

Selecione a solicitação que deseja:	Número / quantidade
Credenciamento de uma nova equipe	
Mudança de tipo de equipe	

Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)
--

I - Identificação das equipes:

- Nome (não esquecer de informar se tem equipe de Saúde Bucal);
- INE (em caso de equipes já existentes)
- CNES UBS vinculada;
- Número de pessoas e comunidades atendidas pela equipe;
- Principais rios em que as comunidades atendidas estão localizadas;

II – 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	Nº 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)	Nº de comunidades atendidas por esta embarcação	Nº de pessoas atendidas por esta embarcação

III - 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 III

MODELO RESOLUÇÃO CIB PARA CREDENCIAMENTO DAS UBS FLUVIAL

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO), ASSINADO PELO SECRETÁRIO.

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 de XXX UBS Fluvial do município XXX:

Selecione a solicitação que deseja:	Número / quantidade
Credenciamento de uma nova UBS	
Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)	

I - Identificação da UBS:

- Nome (não esquecer de informar se tem equipe de Saúde Bucal);
- INE (em caso de equipes já existentes)
- CNES UBS Fluvial;
- Número de pessoas e comunidades atendidas pela equipe;
- Principais rios em que as comunidades atendidas estão localizadas;

II – 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	Nº 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)	Nº de comunidades atendidas por esta embarcação	Nº de pessoas atendidas por esta embarcação

III - 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 IV

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE MODALIDADE DE EQUIPES

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO).

Solicitação de mudança de modalidade de Equipes de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua (eCR)

MUNICÍPIO	eSB				NASF						eCR						
	TOTAL ATUAL*		TOTAL SOLICITADO**		TOTAL ATUAL*		TOTAL SOLICITADO**				TOTAL ATUAL*			TOTAL SOLICITADO**			
	I	II	I	II	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	

* Informar o total de equipes credenciadas atualmente de acordo com sua modalidade/tipo.

** Informar o total de equipes conforme a modalidade que o gestor pretende ter após a validação da solicitação da mudança de modalidade.

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

ANEXO V

MODELO DE PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO), ASSINADO PELO SECRETÁRIO.

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.:xxxxxxx, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal 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:
<hr/>					
2.	População			a	ser
coberta: _____					
3.	Ações	e	atividades/procedimentos	a	serem ofertados:
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

4. Esta Secretaria Municipal 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 de 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 de Saúde; e

e) realizar ata de aprovação da proposta de credenciamento da UOM pela CIB (*enviar cópia*).

5. Esta Secretaria Municipal de Saúde afirma ainda ter conhecimento de que o repasse do incentivo de custeio será descontinuado no caso de ser 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 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.

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Declaramos estar de acordo com as solicitações de credenciamento acima:

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

3. **CONCLUSÃO**

A Coordenação de Gerenciamento de Projetos da Atenção Básica (COGPAB/DAB/SAS/MS) coloca-se à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones (61) 3315-9077/5907/9009 ou pelo e-mail pagamento.pab@saude.gov.br



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Cruz Kafer, Coordenador(a) de Gerenciamento de Projetos de Atenção Básica**, em 10/04/2018, às 09:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Salame Neto, Diretor(a) do Departamento de Atenção Básica**, em 10/04/2018, às 10:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); 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 **3294919** e o código CRC **B516C42D**.