



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 599/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.

2. **ANÁLISE**

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), no intuito de instituir fluxo de credenciamento desburocratizado, publicou a Portaria nº 1.710, de 8 de julho de 2019, que altera a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Assim, o Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), por meio desta nota técnica, apresenta os fluxos de solicitações de credenciamento de equipes e serviços que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Eventuais casos omissos serão resolvidos pelo titular máximo do órgão responsável pela Atenção Primária à Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

**1. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

O fluxo de solicitação de credenciamento aplica-se integralmente a todas as estratégias do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DESF/SAPS), com exceção das equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), que deverão seguir o fluxo descrito no tópico 1.2 desta nota técnica. Outros serviços de saúde vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde serão tratados em nota técnica específica.

**1.1. Credenciamento de Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, Equipe de Atenção Primária, Equipe de Consultório na Rua, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Gerente de Atenção Primária, Unidade Odontológica Móvel (UOM) e Agentes Comunitários de Saúde**

Compete à gestão municipal e distrital:

1. Prever no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde a diretriz, meta, objetivo ou ação relacionados à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde.
2. 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.
3. Elaborar ofício de solicitação de credenciamento conforme anexo I.
4. Elaborar ofício de comunicação para o Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite, conforme anexo II.

5. Enviar ao Ministério da Saúde o documento referenciado no item 3 e cópia do documento do item 4. Vale ressaltar que para o envio dos documentos não é necessário a ratificação, bem como homologação das solicitações de credenciamento.
6. Enviar o Ofício de Comunicação da solicitação de credenciamento, conforme descrito no item 4, ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

#### Observações:

- Para o Programa Saúde na Hora, a solicitação do credenciamento de equipes e gerentes deverá ser realizada diretamente no Sistema de Adesão do Programa, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>
- Para as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), além dos documentos acima descritos, é necessário o envio da Proposta de Implantação da UOM, conforme modelo no Anexo III.
- Para as Equipes de Atenção Básica Prisional e polos do Programa Academia da Saúde, a solicitação de credenciamento deverá ser realizada anexando os documentos acima descritos, em arquivo único PDF, diretamente no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), disponível em: <http://saips.saude.gov.br/>.

#### Compete ao Ministério da Saúde

Ao receber a documentação das Secretarias Municipal ou Distrital de Saúde:

- Realizar a análise do pleito de acordo com critérios técnicos.
- Tramitar portaria de credenciamento das solicitações deferidas, a qual está condicionada à disponibilidade orçamentária.

### **1.2. Credenciamento de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Unidades Básicas de Saúde Fluviais**

#### Compete à gestão municipal

- Enviar o projeto de credenciamento à Secretaria Estadual de Saúde, sendo que este poderá ser elaborado com base nos tópicos descritos abaixo.

<b><i>Território</i></b>	População coberta. Mapeamento das áreas.
<b><i>Composição de equipe</i></b>	Categoria profissional e carga horária dos membros que irão compor a equipe. Tipo de equipe.
<b><i>Infraestrutura da UBS</i></b>	Características da estrutura física. Ambientes e equipamentos de apoio disponíveis na UBS de acordo com o tipo de equipe.
<b><i>Rede de Atenção à Saúde</i></b>	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).
<b><i>Ações desenvolvidas</i></b>	Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pela(s) equipe(s) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional e suas especificidades regionais.
<b><i>Gestão de Processo de Trabalho das Equipes</i></b>	Descrição do processo de gerenciamento e apoio ao trabalho das equipes, educação permanente, monitoramento e avaliação, planejamento por parte da gestão local.

<b>Monitoramento e avaliação</b>	Descrição dos instrumentos utilizados no processo de monitoramento e avaliação.
<b>Anexar Ata do Conselho Municipal de Saúde</b>	

### Compete à gestão Estadual

- Analisar o projeto enviado pelo município.
- Encaminhar a solicitação do credenciamento para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- Encaminhar ao Ministério da Saúde, via ofício, a Resolução CIB conforme modelo disponibilizado nos Anexos IV e V, bem como o projeto elaborado pelo município.

### Compete ao Ministério da Saúde

Ao receber a documentação das Secretarias Estaduais de Saúde:

- Realizar a análise do pleito de acordo com critérios técnicos.
- Tramitar portaria de credenciamento das solicitações deferidas, a qual está condicionada à disponibilidade orçamentária.

### **1.3. Prazo para implantação das equipes e serviços credenciados**

Após a publicação de portaria de credenciamento das novas equipes e serviços no *Diário Oficial da União* (DOU), a gestão municipal e distrital deverá cadastrá-los no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), num prazo máximo de 4 (quatro) competências, a contar da data de publicação da referida portaria. Caso esse prazo não seja cumprido, haverá o descredenciamento das equipes ou serviços.

Os municípios que necessitarem de mais tempo para o cadastro das novas equipes e serviços no CNES deverão enviar ofício ao Ministério da Saúde, conforme modelo disponível no Anexo VI, solicitando prorrogação de prazo. Tal prorrogação pode ser de até 2 (duas) competências, devendo a solicitação chegar dentro do período de 4 (quatro) competências após a publicação da portaria de credenciamento.

Considerada como credenciamento de serviços, a homologação de adesão ao Programa Saúde na Hora também possui o prazo máximo de 4 (quatro) competências para cumprimento dos requisitos descritos na Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Caso o município necessite de prorrogação desse prazo, segue-se o mesmo fluxo descrito acima.

#### **Prazo máximo para cadastro das equipes e serviços no CNES após publicação da portaria de credenciamento:**

<b>Data de publicação da Portaria de Credenciamento</b>	<b>Prazo máximo para cadastro (competência CNES)</b>	<b>Prazo máximo com prorrogação (competência CNES)</b>
De 01 a 31 de Janeiro	Maio	Julho
De 01 a 28/29 de Fevereiro	Junho	Agosto
De 01 a 31 de Março	Julho	Setembro
De 01 a 30 de Abril	Agosto	Outubro
De 01 a 31 de Maio	Setembro	Novembro
De 01 a 30 de Junho	Outubro	Dezembro
De 01 a 31 de Julho	Novembro	Janeiro
De 01 a 31 de Agosto	Dezembro	Fevereiro

Data de publicação da Portaria de Credenciamento	Prazo máximo para cadastro (competência CNES)	Prazo máximo com prorrogação (competência CNES)
De 01 a 30 de Setembro	Janeiro	Março
De 01 a 31 de Outubro	Fevereiro	Abril
De 01 a 30 de Novembro	Março	Maior
De 01 a 31 de Dezembro	Abril	Junho

Saiba mais:

O cronograma de envio da remessa CNES esta disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/aceso-rapido/cronograma.jsp>

O cronograma de envio de dados ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria nº 1.855, de 23 de novembro de 2008, está disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt1855\\_06\\_12\\_2018.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt1855_06_12_2018.html)

Para recebimento dos incentivos financeiros correspondentes às equipes e aos serviços que atuam na Atenção Primária à Saúde, efetivamente credenciados em portaria e cadastrados no CNES, os Municípios e Distrito Federal deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e a execução das atividades.

#### 1.4 Envio de documentação ao Ministério da Saúde

A documentação a ser encaminhada ao Ministério da Saúde deverá ser direcionada ao Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) e enviada via correio para o endereço: *Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, CEP: 70058900. Brasília-DF*. Exceto para o Programa Saúde na Hora, para as Equipes de Atenção Básica Prisional e para os polos do Programa Academia da Saúde que possuem sistemas específicos citados no tópico 1.1 desta nota técnica.

### 3. CONCLUSÃO

O Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) coloca-se à disposição para mais esclarecimentos por meio dos telefones (61) 3315-9044/9078 ou e-mail: [desf@saude.gov.br](mailto:desf@saude.gov.br)



Documento assinado eletronicamente por **Daniela de Carvalho Ribeiro, Coordenador(a)-Geral de Financiamento da Atenção Primária**, em 27/09/2019, às 17:51, 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 **Otávio Pereira D Avila, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 27/09/2019, às 18:04, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0011440333** e o código CRC **C3BEDA82**.

## ANEXO I

### MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

**Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipe de Atenção Primária (eAP), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Gerente de Atenção Primária, Unidade Odontológica Móvel (UOM) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Prezado Diretor do Departamento de Saúde da Família (DESF/SASPS/MS),

Venho por meio deste solicitar 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.

Conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), encaminho cópia do ofício enviado ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação de credenciamento.

Solicitação de credenciamento

MUNICÍPIO	eSF	eAP	ACS	Gerente	UOM	eSB		NASF-AB			eCR			
						I	II	I	II	III	I	II	III	

\* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados.

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

## ANEXO II

### MODELO DE OFÍCIO PARA CIÊNCIA DA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Prezados,

Venho por meio deste comunicar ao Conselho Municipal ou Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que este município fez a solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro 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.

Solicitação de credenciamento

MUNICÍPIO	eSF	eAP	ACS	Gerente	UOM	eSB		NASF-AB			eCR			
						I	II	I	II	III	I	II	III	

\* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados.

(Assinaturas do Gestor)  
Nome do gestor  
Cargo do Gestor

## ANEXO III

### MODELO DE PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

#### 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 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:

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

## ANEXO IV

### MODELO RESOLUÇÃO CIB PARA CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA

Resolução CIB nº XXX,

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 de XXX equipes de Saúde da Família Ribeirinhas do município XXX:

Selecione a solicitação que deseja:		Número / quantidade
<input type="checkbox"/>	<b>Credenciamento</b> de uma nova equipe	
<input type="checkbox"/>	<b>Mudança de tipo de equipe</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)</b>	

#### **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:

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

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

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

## III - Equipe ampliada:

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

## ANEXO V

### MODELO RESOLUÇÃO CIB PARA CREDENCIAMENTO DAS UBS FLUVIAL

Resolução CIB nº **XXX**,

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 de **XXX** UBS Fluvial do município **XXX**:

Selecione a solicitação que deseja:		Número / quantidade
<input type="checkbox"/>	<b>Credenciamento</b> de uma nova UBS	
<input type="checkbox"/>	<b>Adequação ao novo arranjo organizacional (Portaria nº 837/2014)</b>	

**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:

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

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

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

## III - Equipe ampliada:

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

## ANEXO VI

### MODELO DE OFÍCIO SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA CADASTRO DE EQUIPES E SERVIÇOS NO CNES

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

---

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano).

Prezado Diretor do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS),

Venho por meio deste solicitar a prorrogação do prazo por duas competências para cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde credenciados pela(s) Portaria(s) n°

\_\_\_\_\_ (informar o número da(s) portaria(s) de credenciamento).

(Assinaturas do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor