



Memorando Nº 023/GAB-FMS/SEMUSA/2023

Data: 15 de fevereiro de 2023

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Secretaria Municipal Planejamento – Coord. de Gestão Orçamentária.

ASSUNTO: Solicitação de Abertura de Crédito Adicional Suplementar por Superávit Financeiro

JUSTIFICATIVA

Considerando abertura do exercício financeiro de 2023 e a necessidade em dar continuidade nas ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde;

Considerando a Portaria nº 4471/2021, anexa, que regulamenta sobre as transferências financeiras do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dispõe quando o objeto a ser executado se referir a Equipamentos, Insumos, Medicamentos, Prestação de Serviços, Veículos e Obras, com recursos provenientes de emendas parlamentares;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e traz como corresponsabilidade do Estado, a participação no financiamento das ações de atenção básica nos municípios.

Considerando Declaração de Superávit Financeiro no valor de R\$ 1.302.820,28 (um milhão trezentos e dois mil oitocentos e vinte reais e vinte oito centavos), vinculado a conta corrente n. 624.019-0 Agência 1823, Caixa Econômica Federal, bem como a conta corrente n.

129-2 Agência 1179, Banco do Brasil, faz-se necessário a inserção do valor, PARCIAL, ao abamento vigente buscando assegurar as atividades do Fundo Municipal de Saúde – FMS,indo o valor vinculado à:

Conta Corrente 16.129-2:

- Recursos Próprio (Fonte: 2.500.0200) – R\$ 223.969,58
- Rendimentos Bancários (Fonte: 2.659.0000) – R\$ 114.292,14

Conta Corrente 624.019-0 – REPASSE PARA CUSTEIO SAÚDE

- Farmácia Básica – Rec. Próprio (Fonte: 2.500.0200) – R\$ 72.334,28
- Farmácia Básica – Rec. Estadual (Fonte: 2.621.0000) – R\$ 754.001,69



**ESTADO DE RONDÔNIA - BRASIL
PREFEITURA DE CACOAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUSA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Co-financiamento Estadual ATB (Fonte: 2.621.0000) – R\$ 137.222,59
- Decisão Judicial MAC (Fonte: 2.659.0000) – R\$ 1.000,00

Atenta-se que os valores que representam o montante de R\$ 754.001,69 (setecentos e cinquenta e quatro mil, um real e sessenta e nove centavos) referem-se ao repasse do Governo do Estado Rondônia para o custeio da Farmácia Básica, o valor de R\$ 137.222,59 (cento e trinta e sete mil, duzentos e vinte e dois reais e cinquenta e nove centavos) corresponde ao repasse do Governo Estado, através de Co-financiamento, o qual tem o objetivo geral de fortalecer e valorizar a Atenção Primária à Saúde – APS do município, o montante de R\$ 114.292,14 (cento e quatorze mil duzentos e noventa e dois reais e quatorze centavos) refere-se aos rendimentos bancários das aplicações de recurso próprio e o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) é oriundo de outros recursos vinculados;

Considerando a necessidade de suplementação orçamentária, será inserido ao orçamento o valor de R\$ 1.298.850,70 (um milhão, duzentos e noventa e oito mil, oitocentos e cinquenta reais e setenta centavos) sendo nas ações: 2.290 – MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – BLAFB, 2.214 – ATENDIMENTO A REDE BÁSICA DE SAÚDE – BLATB, 2.275 - ATENDIMENTO A REDE ESPECIALIZADA EM SAÚDE – BLMAC e 2.216 - ATENDIMENTO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO HOSPITALAR MUNICIPAL – BLMAC para manutenção das atividades desenvolvidas pela Gestão do Fundo Municipal de Saúde, Unidades Hospitalares e Unidades Básicas de Saúde;

Considerando o grau de importância do tema abordado, solicitamos a gentileza em providenciar Projeto de Lei para abertura de Crédito Adicional Suplementar, via SUPERÁVIT FINANCEIRO, ao orçamento vigente, bem como inclusão no PPA, LDO e LOA conforme art. 42 e 43, da Lei 4.320/64, e art. 7º § 1º, da Lei nº. 5.148/PMC/2022, no valor de **R\$ 98.850,70 (um milhão, duzentos e noventa e oito mil, oitocentos e cinquenta reais e setenta centavos)**, para atender ao Fundo Municipal de Saúde:



A				B			
A CRIAR				A REDUZIR/VINCULAR			
Ficha	Cód.	Especificação	Valor (R\$)	Ficha	Cód.	Especificação	Valor (R\$)
13.001 10.303.0029.2.290		MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - BLAFB		Para Cobertura do referido crédito será utilizado recurso proveniente de Superávit Financeiro apurado no exercício de 2022, no valor de R\$ 964.558,56 (novecentos e sessenta e quatro mil,			
2.500.0200		Recursos de Impostos – ASPS 15% – Exercícios Anteriores					



ESTADO DE RONDÔNIA - BRASIL
PREFEITURA DE CACOAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUSA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
Cacoal
AQUI TEM TRABALHO, AQUI TEM PROGRESCO!

3.3.90.30.00	Material de Consumo	R\$ 72.334,28	<p>quinhentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e seis centavos) vinculado a C/C n. 624.020-4 Agência 1823 - Caixa Econômica Federal. Em conformidade com o disposto no Art. 43, § 1º, Inciso I da Lei 4.320/64.</p>
2.621.0010	SUS Estadual – Exercícios Anteriores		
3.3.90.30.00	Material de Consumo	R\$ 754.001,69	
13.001 10.301.0029.2.214	ATENDIMENTO A REDE BÁSICA DE SAÚDE - BLATB		
2.621.0010	SUS Estadual – Exercícios Anteriores		
3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	R\$ 60.000,00	
3.3.90.30.00	Material de Consumo	R\$ 77.222,59	
13.001 10.302.0029.2.275	ATENDIMENTO A REDE ESPECIALIZADA EM SAÚDE - BLMAC		
2.659.0000	Outros Recursos Vinculados a Saúde – Exercícios Anteriores		
3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	R\$ 1.000,00	
13.001 10.302.0029.2.216	ATENDIMENTO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO HOSPITALAR MUNICIPAL - BLMAC		<p>Para Cobertura do referido crédito será utilizado recurso proveniente de Superávit Financeiro apurado no exercício de 2022, no valor de R\$ 334.292,14 (trezentos e trinta e quatro mil, duzentos e noventa e dois reais e catorze centavos), vinculados a conta corrente 16.129-2, agência 1179, Banco do Brasil. Em conformidade com o disposto no art. 3, § 1º Inciso I da Lei 4.320/64.</p>
2.500.0200	Recursos de Impostos – ASPS 15% - Exercícios Anteriores		
3.3.90.34.00	Outras Despesas de Pessoal Decorrentes de Contratos de Terceirização	R\$ 120.000,00	
4.4.90.52.00	Equipamentos e Material Permanente	R\$ 100.000,00	
2.659.0000	Outros Recursos Vinculados Saúde – Exercícios Anteriores		
3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	R\$ 114.292,14	
TOTAL			R\$ 1.298.850,70

Para cobertura do referido crédito será utilizado recursos provenientes de Superávit Financeiro

informe especificado na coluna B, de acordo com o disposto no art. 43, § 1º inciso I da Lei 4.320/64.

Atenciosamente,

Janayna Calumby Paulo Gomes
Secretaria Municipal de Saúde
Dec. n. 8.229/PMC/2021

Sara Lopes da Silva Rocha Lima
Gestora do Fundo Municipal de Saúde
Decreto n. 8.818/PMC/2022





Governo do Estado de
RONDÔNIA

Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

Portaria nº 4471 de 10 de dezembro de 2021

Dispõe sobre as transferências realizadas do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde quando o objeto a ser executado se referir a Equipamentos, Insumos, Medicamentos, Prestação de Serviços, Veículos e Obras, com recursos provenientes de emendas parlamentares.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições legais que lhe foram conferidas nos termos do art. Art. 41, inciso I da Lei Complementar nº. 965 de 20 de Dezembro de 2017, publicada no DOI-E n. 238 de 20 de Dezembro de 2017.

CONSIDERANDO a previsão na Lei Complementar nº 141/2012 de que o co-financiamento em ações e serviços de saúde dar-se-á por transferências financeiras entre os fundos financeiros;

CONSIDERANDO o Decreto nº 26.607, de 02 de Dezembro de 2021, no qual, acresce o Capítulo XV-A ao Decreto nº 26.165, de 24 de junho de 2021, que "Regulamenta as transferências de recursos da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo do Estado de Rondônia e revoga o Decreto nº 18.221, de 17 de setembro de 2013" e traz a possibilidade da transferência fundo a fundo de emendas parlamentares para utilização na saúde pública.

CONSIDERANDO a necessidade de normalizar os procedimentos administrativos para a efetivação das transferências financeiras de recursos provenientes de emendas parlamentares e prestação de contas respectivas;

R E S O L V E :

Art. 1º Consolidar as normativas referentes às transferências financeiras do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, referentes a recursos provenientes de emendas parlamentares destinados à aquisição de equipamentos, insumos, medicamentos, prestação de serviços, veículos e obras para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o regulamento contido no Anexo I desta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria vigorará a partir da sua publicação no Diário Oficial do Estado.

FERNANDO RODRIGUES MÁXIMO

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I – PORTARIA Nº 4471/2021 - REGULAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

I - DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Para fins deste Regulamento, consideram-se:

I - Equipamentos e materiais permanentes: aqueles financiáveis por meio de propostas de projetos de órgãos e entidades públicas vinculadas à rede assistencial do SUS.

II - Insumos: Produtos e equipamentos, fornecidos por distribuidores, que visem atender às necessidades na saúde.

III - Medicamentos: Medicamentos conforme Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Reneme vigente.

IV - Prestação de Serviços: Prestação de serviços terceirizados realizados por pessoa física ou jurídica, de acordo com as necessidades da prefeitura e forma como o serviço será prestado.

V - Veículos: Veículos leves, Vans, Ambulâncias, ônibus e micro-ônibus.

VI - Obras: construção, reforma, recuperação ou ampliação.

VII- Projeto Básico - conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado, para caracterizar a obra ou serviço, ou complexo de obras ou serviços objeto do repasse, contendo o memorial descritivo.

VIII - Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil (SINAP)- sistema que estabelece regras e critérios para elaboração do orçamento de referência de obras e serviços de engenharia, contratados e executados com recursos dos orçamentos da União, para obtenção de referência de custo.

IX - Orçamento Detalhado do Custo Global da Obra – documento que registra de forma detalhada o custo unitário e global da obra especificando os quantitativos de serviços e fornecimentos propriamente avaliados;

§ 1º No caso do inciso I, poderá ser utilizada como referência para as aquisições, a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes (RENEM), relativamente às configurações e acessórios, os preços de referência e outras informações relacionadas aos equipamentos e materiais permanentes financiáveis contidos no Portal do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.fns.saude.gov.br/sigem.

§2º No caso do inciso IV deverá ser utilizado como referência os valores informados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP.

Parágrafo Único – É de responsabilidade exclusiva do município beneficiado custear com a respectiva diferença de valores em caso de não observância ao disposto no § 2º deste artigo, no qual, em caso de eventual pagamento a título de complementação deverá ser aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

II - DA HABILITAÇÃO

Art. 2º Para receber os recursos de que trata este regulamento, os Municípios deverão ser previamente habilitados pela SESAU/RO.

§1º O procedimento de habilitação será realizado por meio de processo administrativo próprio.

§2º Para a habilitação referida no caput deste artigo, deverão ser apresentados à SESAU/RO, e anexados ao processo referido no §1º, os seguintes documentos:

I- Ofício do Prefeito Municipal solicitando e justificando a transferência financeira;

II- Plano de trabalho devidamente preenchido;

III- Ata ou protocolo de apresentação do plano de trabalho ao Conselho Municipal de

Saúde;

IV- cópia do ato de deliberação da CIB de aprovação do plano de trabalho;

V- No caso de obras definidas no art.1º, além dos documentos relacionados nos incisos de I a IV, deverá apresentar também:

a. Projeto Básico de Arquitetura e Engenharia, com memorial descritivo, aprovado pela vigilância sanitária de acordo com a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas alterações respectivas;

b. Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) do responsável técnico pelo projeto;

c. Declaração de responsabilidade pela colocação de placa nos moldes estabelecidos pela Secretaria de Obras Públicas do Estado;

d. comprovação de que o Município solicitante e/ou a instituição beneficiária dos valores solicitados é o legítimo proprietário do imóvel objeto do repasse, e que este se encontra livre e desembargado;

VII- declaração de ciência dos termos e condições deste Regulamento (anexo II);

§3º No caso do inciso V alínea d deste artigo, quando comprovada a existência de interesse público ou social, estando contida, obrigatoriamente, a cláusula de garantia de uso pelo prazo mínimo de vinte anos, serão admitidas as seguintes hipóteses alternativas à comprovação do exercício pleno dos poderes inerentes à propriedade do imóvel:

I- Posse de imóvel em área desapropriada ou em desapropriação pelo Município, Estado ou pela União;

II- Imóvel recebido em doação:

a. da União, do Estado ou do município já aprovada em lei, conforme o caso e se necessária, inclusive quando o processo de registro de titularidade do imóvel ainda se encontrar em trâmite;

b. de pessoa física ou jurídica, inclusive quando o processo de registro de titularidade do imóvel ainda se encontrar em trâmite, neste caso, com promessa formal de doação irretratável e irrevogável;

III- contrato ou compromisso irretratável e irrevogável de constituição de direito real sobre o imóvel, na forma de cessão de uso, concessão de direito real de uso, aforamento ou direito de superfície.

Parágrafo Único Os projetos e demais documentos elencados no inciso V, alíneas a, b, c, d, poderão ser entregues em até 6 (seis) meses à contar da data de aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no entanto, os repasses financeiros estarão condicionados ao cumprimento integral dos critérios de habilitação dispostos no Art. 2º.

III - DO PLANO DE TRABALHO

Art.4º O Plano de Trabalho dever ser integralmente preenchido, sem rasuras, contendo a especificação completa, com descrição clara, detalhada e precisa, dos Equipamentos, Insumos, Medicamentos, Prestação de serviços, Veículos e/ou das Obras a serem realizadas, e deve estar assinado por autoridade competente devidamente identificada.

IV- DO PLANO DE TRABALHO DE OBRAS

Art.5º O repasse dos recursos para a execução de obras, regido por este Regulamento, depende de prévia aprovação da área técnica da SESAU/RO do Plano de Trabalho proposto pelo Município interessado, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I- Identificação do objeto a ser executado;

II- descrição do objeto com justificativa da proposição

III- Plano de aplicação dos recursos financeiros;

IV- Cronograma de desembolso, identificando a conclusão de cada etapa da obra, conforme art. 9º desta Portaria;

V- DO PROJETO BÁSICO

Art.6º O Projeto Básico deve ser elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e, quando for necessário, o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, possibilitando a avaliação do custo da obra e a definição dos métodos e do prazo de execução.

§1º O Projeto Básico deverá conter os seguintes elementos:

I) desenvolvimento da solução escolhida de forma a fornecer visão global da obra e identificar todos os seus elementos constitutivos com clareza;

II) soluções técnicas globais e localizadas, suficientemente detalhadas, de forma a minimizar a necessidade de reformulação ou de variantes durante as fases de elaboração do projeto executivo e de realização das obras e montagem;

III) identificação dos tipos de serviços a executar e de materiais e equipamentos a incorporar à obra, bem como suas especificações que assegurem os melhores resultados para o empreendimento, sem frustrar o caráter competitivo para a sua execução;

IV) informações que possibilitem o estudo e a dedução de métodos construtivos, instalações provisórias e condições organizacionais para a obra, sem frustrar o caráter competitivo para a sua execução;

V) subsídios para montagem do plano de licitação e gestão da obra, compreendendo a sua programação, a estratégia de suprimentos, as normas de fiscalização e outros dados necessários em cada caso;

VI) orçamento detalhado do custo global da obra, fundamentado em quantitativos de serviços e fornecimentos propriamente avaliados;

§2º Deverá constar do Projeto Básico, inclusive de suas eventuais alterações, a anotação de responsabilidade técnica e declaração expressa do autor das planilhas orçamentárias, quanto à compatibilidade dos quantitativos e dos custos constantes de referidas planilhas com os quantitativos do projeto de engenharia e os custos do SINAPI.

§3º O orçamento detalhado do custo global da obra, a ser apresentado pelo Município, deve ser fundamentado em quantitativos de serviços e fornecimentos propriamente avaliados, pois é a peça fundamental para que a administração municipal possa ter perfeito conhecimento dos valores atinentes ao empreendimento, a fim de verificar a adequação das propostas dos futuros licitantes e selecionar aquela mais vantajosa para a administração; além de propiciar visão a respeito da viabilidade do empreendimento e da adequação orçamentária.

VI- DAS COMPETÊNCIAS

Art.7º Compete ao Municípios, além do disposto neste Regulamento:

I- Garantir que os documentos fiscais, comprobatórios das despesas, sejam emitidos pelo credor com a devida identificação do número da Portaria Específica que concedeu o recurso; do número do contrato administrativo firmado com o Município; e do número do respectivo procedimento licitatório realizado.

II- Prestar informações e esclarecimentos, quando solicitados, necessários ao acompanhamento e controle da execução do objeto;

III- Responsabilizar-se pelos encargos de natureza tributária, previdenciária, trabalhista, bem como outros de qualquer natureza resultante da execução do objeto;

IV- Acompanhar e fiscalizar, concomitantemente, a execução dos contratos e convênios firmados com terceiros para a realização do objeto;

V- Atestar, por servidor público identificado por meio de nome completo, número do CPF e número de Identificação Funcional, o recebimento de materiais e a prestação de serviços nos documentos fiscais comprobatórios das despesas (originais).

VI- Designar responsável técnico e providenciar a Anotação de Responsabilidade Técnica - ART relativa às obras e/ou serviços de engenharia;

VII- Comunicar à SESAU/RO, tempestivamente, os fatos que poderão ou estão a afetar a execução normal do objeto.

VIII- Comprometer-se a concluir o objeto, se os recursos previstos no Plano de Trabalho forem insuficientes para a sua conclusão, sob pena de ressarcimento do prejuízo causado aos cofres públicos;

IX- Fixar em local visível, nos equipamentos hospitalares, identificação contendo o número da Portaria Específica que concedeu o repasse do recurso, modelo conforme anexo.

Art.8º Enquanto não utilizados, os recursos oriundos deste ajuste devem ser aplicados em caderneta de poupança de instituição financeira oficial, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, bem como em fundo de aplicação financeira a curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública federal, quando sua utilização estiver prevista para prazos menores, contanto que em todos estes casos não prejudique a consecução do objeto nos prazos pactuados e os rendimentos auferidos sejam aplicados nos fins do Convênio.

§1º Os saldos e rendimentos da aplicação a que se refere o caput deste artigo, também poderão ser utilizados em despesas que possuam relação direta com o objeto, mediante aprovação prévia da área técnica da SESAU/RO.

§2º Caso o custo para execução do objeto seja superior ao montante previsto no Plano de Trabalho, e aos rendimentos dos valores transferidos, a respectiva diferença no valor será custeada pelo próprio beneficiário.

§3º Os equipamentos e materiais permanentes adquiridos serão inseridos pelo Município, quando couber, no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no prazo de até 90 (noventa) dias, contados da data de seu recebimento, conforme a lista de códigos e equipamentos cadastráveis no sistema.

VII - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Art. 9º Os recursos financeiros de que trata este Regulamento serão transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, da seguinte forma:

I- parcela única:

a) no caso de aquisição de equipamentos, insumos, medicamentos, Prestação de serviços, materiais permanentes ou veículos;

b) e no caso de realização de obras até o valor de R\$500.000,00.

II- 03 (três) parcelas, no caso realização de obras, valores acima de R\$ 500.000,00 de acordo com os seguintes critérios:

a. A primeira parcela corresponde a 20% (vinte por cento) do valor estabelecido, mediante publicação de Portaria específica de transferência financeira e o atendimento de todos os requisitos elencados neste regulamento;

b. A segunda parcela, que corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor estabelecido, será repassada mediante a apresentação da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), e da Notificação disposta no artigo 17.

c. A terceira e última parcela será repassada após inspeção in loco/vistoria da SES, por profissional legalmente habilitado, por ocasião da efetivação entre 60% a 70% (setenta por cento) de conclusão da obra.

§1º Quando a execução da obra atingir 50%, o Município deverá emitir um ofício à Secretaria de Estado da Saúde comunicando a data prevista para o seu atingimento de 60% a 70% (setenta por cento), para fins de realização de inspeção in loco/vistoria e liberação da terceira parcela, a qual será anexada ao processo original.

§2º A terceira parcela ficará retida até o saneamento das seguintes impropriedades:

I- quando não houver comprovação da boa e regular aplicação das parcelas anteriormente recebidas, na forma da legislação aplicável, inclusive mediante procedimentos de fiscalização local, a

serem realizadas pela SESAU/RO;

II- quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos, atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas, práticas atentatórias aos princípios fundamentais de Administração Pública nas contratações e demais atos praticados na execução do objeto;

III- quando o Município executor deixar de adotar as medidas sancionadoras apontadas pela SESAU/RO.

§3º Não haverá qualquer tipo de ressarcimento ao Município por pagamentos realizados às próprias custas decorrentes de retenção da terceira parcela a que se refere o parágrafo anterior.

§4º Quando houver omissão/atraso na emissão do alerta de cientificação descrito no § 1º, o Gestor Municipal deverá encaminhar uma justificativa formal e por escrito à SESAU/RO, que será analisada fundamentadamente pela área técnica respectiva, a fim de liberar ou não o percentual faltante com a natureza de ressarcimento.

§5º Em caso de não-aplicação dos recursos ou início efetivo de obras financiadas por transferência no período de 1 (um) ano após a transferência da segunda parcela, o Município deverá restituir ao Fundo Estadual de Saúde os recursos que lhe foram repassados, acrescidos de atualização monetária prevista em lei.

§6º A fim de garantir o repasse do recurso financeiro estipulado no Cronograma de Desembolso, o FES/SESAU-RO empenhará o valor total a ser repassado no exercício vigente e, no caso de Portaria com vigência plurianual, efetuará o registro no sistema FPIE dos valores programados para cada exercício subsequente, em conta contábil específica.

§7º O registro a que se refere o parágrafo anterior implicará obrigatoriedade de ser consignado crédito nos orçamentos seguintes para garantir a execução do objeto da Portaria.

§8º Os recursos financeiros serão transferidos à conta única dos Fundos Municipais de Saúde. Após a entrada da receita, os municípios deverão transferir para conta específica.

VIII- OS PRAZOS DE VIGÊNCIA

Art. 10 O prazo de vigência de execução dos objetos oriundos dos repasses regidos por esta Portaria será de:

I- 01 (um) ano para equipamentos, materiais permanentes, medicamentos, insumos, Prestação de serviços e veículos;

II- 01 (um) ano para obras financiadas por transferência em parcela única; e III- 02 (dois) anos para obras financiadas por transferência em parcelas.

Parágrafo Único No caso de obras cuja execução seja planejada para período superior a 02 (dois) anos, tal situação deverá ser especificada no Plano de Trabalho e ratificada pela equipe técnica da SES.

Art. 11 Em situações excepcionais, o prazo de vigência descrito no artigo anterior poderá ser prorrogado, com a finalidade única e exclusiva de conclusão do objeto, sendo admissíveis até duas posteriores prorrogações por igual período em, no máximo:

I- 06 (seis) meses para equipamentos, materiais permanentes, medicamentos, insumos, Prestação de serviços, veículos e para obras financiadas por transferência em parcela única;

II- 01 (um) ano para obras financiadas por transferência em parcelas.

IX- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 13 O Município que receber recursos na forma estabelecida neste Regulamento estará sujeito a prestar contas da sua boa e regular aplicação, no Relatório de Gestão Municipal (RGMS), conforme Lei Complementar nº 141/2012 e Portaria nº 750, de 29 de Abril de 2019.

§1º Quando a prestação de contas não for encaminhada no prazo estabelecido, o Município está obrigado a realizar o recolhimento dos recursos, incluídos os rendimentos da aplicação no mercado financeiro, atualizados monetariamente e acrescidos de juros de mora, na forma da Legislação Estadual.

§2º Para os casos em que não tenha havido qualquer execução física, nem utilização dos

recursos, o recolhimento deverá ocorrer sem a incidência dos juros de mora.

§3º Se, ao término do prazo estabelecido, o Município não apresentar a prestação de contas e/ou não devolver os recursos nos termos do § 1º, a SESAU/RO registrará a inadimplência por omissão do dever de prestar contas, comunicará o fato à Procuradoria Geral do Estado que adotará outras medidas para reparação do dano ao erário.

§4º Cabe ao prefeito sucessor prestar contas dos recursos provenientes de repasses recebidos pelos seus antecessores.

§5º Na impossibilidade de atender ao disposto no parágrafo anterior, deverá apresentar à SESAU/RO justificativas detalhadas que demonstrem o impedimento de prestar contas e as medidas adotadas para o resguardo do patrimônio público.

§6º Os documentos que contenham as justificativas e medidas adotadas serão inseridos em expediente administrativo específico.

§7º Quando ocorrer impossibilidade de prestar contas decorrente de ação ou omissão do antecessor, o novo administrador solicitará à SESAU/RO a instauração de tomada de contas especial.

Art. 14 O Relatório de Gestão será elaborado quadrimestralmente e entregue a Secretaria de Estado de Saúde, devendo conter os itens a seguir:

I- Envio eletrônico dos dados ao DigiSUS;

II- Comprovação da apresentação do RGMS quadrimestral em Audiência Pública na Casa Legislativa do município e no Conselho Municipal de Saúde;

III- Extratos bancários quadrimestrais, inclusive saldo anterior e demonstrativo de aplicações da fonte estadual;

IV- Descritivo detalhado das despesas realizadas por entidades contratadas e/ou conveniadas ao SUS, que tenham recebido transferências financeiras do município, com recursos oriundos da fonte estadual.

Art. 14 Fica estabelecido o prazo de 60 dias, a contar do último dia do quadriestre anterior, para entrega do Relatório de Gestão Municipal de Saúde a Secretaria de Estado de Saúde.

Art. 15 A prestação de contas será composta dos seguintes documentos:

I- Declaração expressa de cumprimento do objeto;

II- Cópia da ata de deliberação do Conselho Municipal de Saúde, quanto à execução física e quanto ao seu atingimento.

III- Relação de Pagamentos, em ordem cronológica, evidenciando: a data efetiva do pagamento (aquele que consta no extrato bancário), a data/periódico da execução do serviço ou da entrega do material, a data registrada no documento fiscal, o número e valor do documento fiscal, o número do contrato administrativo, o número do procedimento licitatório, o nome empresarial do credor, o título do estabelecimento (nome de fantasia) do credor, o CNPJ/CPF do credor e o nome do correntista que recebeu o pagamento em conta corrente bancária;

IV- Copias dos documentos fiscais, apresentadas em ordem cronológica, autenticadas por servidor público municipal devidamente identificado com nome completo, número do CPF e número de Identificação Funcional

V- Relação dos bens adquiridos, com número patrimonial, indicando o seu destino final;

VI- Relatório circunstanciado com relação de pacientes beneficiados por ações de prestação de serviços, conforme previsto no Art. 1º, inciso IV, que conste nome, cartão nacional do SUS e código de procedimento realizado.

VII- Fotografias que permitam visualizar e identificar os equipamentos, materiais permanentes e os veículos entregues à Prefeitura Municipal;

VIII- Fotografias que permitam visualizar e identificar a evolução da obra (antes, durante e depois), de acordo com as metas e etapas descritas no Plano de Trabalho;

IX- Cópia do Certificado de Registro de Veículos (CRV);

X- Comprovante de recolhimento do saldo de recursos, quando houver; e

XI- Documento expedido pela Vigilância Sanitária responsável pela inspeção, que ateste o cumprimento dos requisitos exigidos pela legislação sanitária, de acordo com o tipo preconizado para a construção e, em conformidade com seu respectivo projeto arquitetônico;

§1º Os documentos de despesas originais (faturas, notas fiscais ou outros documentos de despesa) deverão ser mantidos em arquivo próprio, ficando a disposição dos órgãos de controle interno e externo por um período de 05 (cinco) anos da data do protocolo de entrega da prestação de contas.

§2º - Para fins de prestação de contas é vedada a apresentação cópias documentos fiscais cujos originais:

I- Estejam sem descrição completa e detalhada dos bens adquiridos ou dos serviços prestados, ou seja, com descrições genéricas e abstratas;

II- Estejam sem ateste expresso de recebimento/execução firmado por servidor público municipal devidamente identificado com nome completo, número do CPF e número de Identificação Funcional;

III-Não tenham sido emitidos em nome do ente beneficiário, ou sem o seu CNPJ;

IV-Tenham sido emitidos pelo credor sem identificação do número da Portaria Específica que concedeu o recurso; sem o número do contrato administrativo firmado com o ente beneficiário; ou sem o número do respectivo procedimento licitatório.

§3º O descumprimento de quaisquer das vedações descritas do parágrafo acima não será considerado falha meramente formal, implicando impugnação da despesa na prestação de contas e, consequentemente, devolução dos recursos recebidos pelo Município, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias - atualizados monetariamente, desde a data do recebimento (data inicial) até a data efetiva da devolução (data final) em cumprimento aos arts. 19, 54 e 55 da Lei Complementar Estadual nº 154/96 e/c arts. 11 e 56 da Instrução Normativa nº 069/2020 - TCERO e Instrução Normativa nº 4/2021/GAB/CRE, sem prejuízo das providências legalmente cabíveis, desde que, neste prazo, não sejam sanadas as irregularidades apontadas.

§4º Caso a prestação de contas não seja aprovada, exauridas todas as providências cabíveis para regularização da pendência ou reparação do dano, a SESAU/RO, registrará o fato nos sistemas do Estado, com posterior encaminhamento do processo à Procuradoria Geral do Estado para os devidos efeitos de sua competência.

X - DA DEVOLUÇÃO DE RECURSOS

Art. 16 Os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, não utilizadas no objeto pactuado, serão devolvidos à SESAU, no prazo estabelecido nesta Portaria.

Parágrafo Primeiro - A devolução descrita nesse parágrafo deverá ser realizada mediante Depósito ou Transferência Bancária, na Conta Corrente 7540-X, Agência 2757-X, CNPJ 04.287.520/0001-88.

Parágrafo Segundo - O cálculo de devolução dos recursos deverá ser realizado no site <https://tcero.tce.br/> > Serviços > Atualização de Débitos > Inserir no Campo "Mês/Ano Inicial" a data em que o Recurso foi depositado no Fundo Municipal de Saúde > Inserir no Campo "Mês/Ano Final" a data em que será realizada a devolução do Recurso não utilizado.

XI - DO CONTROLE SOCIAL E INSTITUCIONAL

Art. 17 Quando ocorrer a liberação da primeira parcela ou do repasse único dos recursos financeiros a que se refere este regulamento, o Município se obrigará a notificar o respectivo Conselho Municipal de Saúde e a Câmara Municipal, para fins de acompanhamento, fiscalização e avaliação das ações pactuadas.

§ 1º - A notificação descrita no caput deve ser realizada no prazo de 10 (dez) dias após o recebimento do recurso, e deve ser acompanhada de cópia do Plano de Trabalho assinado.

XII - DA FISCALIZAÇÃO ESTADUAL

Art. 20 A fiscalização e o ateste da efetiva execução do objeto será realizado por servidor da SESAU/RO.

§1º No caso de atraso no cronograma, inexecução parcial ou total do estabelecido no Plano de Trabalho, o Fiscal da SESAU/RO dará ciência ao ordenador, que notificará o Município das ocorrências relacionadas à eventual inexecução do objeto, determinando o que for necessário a regularização das faltas ou defeitos observados.

XIII- DAS VEDAÇÕES

Art. 21 É vedado:

I - Realizar despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;

II - Pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público, integrante de quadro de pessoal de órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta, por serviços de consultoria ou assistência técnica;

III - Alterar o objeto, exceto no caso de ampliação de sua execução;

IV - Utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos para finalidade diversa da estabelecida no Plano de Trabalho;

V - Realizar despesa em data anterior ou posterior à vigência;

VI- Efetuar pagamento posterior à vigência, salvo se expressamente autorizada e fundamentada pela SESAU/RO, e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência;

VII - Realizar despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos;

VIII - Transferir recursos para clubes, associações de servidores ou quaisquer entidades congêneres; e

IX - Realizar despesas com publicidade, salvo a de caráter educativo, informativo ou de orientação social, da qual não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal e desde que previstas no Plano de Trabalho;

X - Saque bancário em espécie ou pagamentos com cheque bancário;

XI - Aquisições de equipamentos, materiais ou veículos usados.

XIV- DA DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 As situações omissas ou não disciplinadas neste Regulamento deverão ser objeto de questionamento formal à SESAU/RO, sendo de competência exclusiva do(a) titular da Pasta a sua decisão.

ANEXO II – PORTARIA Nº 4471 /2021

Declaração

Na qualidade de Prefeito Municipal de

no , n. Bairro ,

com sede administrativa na Rua

, CEP , inscrito

Eu, CNPJ sob o n. , Carteira de Identidade n. /0001- , SSP ,

inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n. / , declaro, sob as penas

da lei, conhecer o teor da Portaria XXX e que estou de acordo com seus termos.

Declaro ainda, que a execução do objeto

dan-

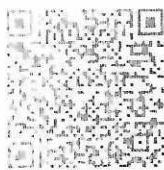
seja conforme o Plano de Trabalho em anexo.

, de

de



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO RODRIGUES MAXIMO**, Secretário(a), em 10/12/2021, às 13:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEL](#), informando o código verificador **0022765510** e o código CRC **96F15D6C**.

Prefeitura: Caso responda esta Portaria, indicar expressamente o Processo nº 0036.516391/2021-13

SEL nº 9022765510

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que Institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e

as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

CAPÍTULO I

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VII -desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX -articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I -definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII -apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V -verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI -fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I -organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1 - Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2 - Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerase Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e

tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cui-dado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam

as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3 - INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1 Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2 Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

- a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipamento odontológico completo;

a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais; aeventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolímerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv) - Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados -ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros

estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;
- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4 - Tipos de Equipes:

1 - Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou

técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria pro-fissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar à sequipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho con-junto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

- Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes entre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a.a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b.o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c.o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d.o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e.cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e h.cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5 - EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6 - ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas

no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf - AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1 - Equipe de Consultório na Rua (eCR) -equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1 - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da

situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1 - Médico:

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos

e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção

Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adscrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo

como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegam na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um con-junto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX - Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da

mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e
- d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV - Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambientação e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI - Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demandas da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseandose na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço- comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6. DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I - Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V - Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

1. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

1. O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

1. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos

incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV - Após a publicação de 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, num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, con-forme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II: O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e < >- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2-Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e-enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo , acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

RICARDO BARROS

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

**DECLARAÇÃO DE SUPERÁVIT FINANCEIRO**

Considerando solicitação, para abertura de Credito tendo como fonte de recursos o Superávit Financeiro no fechamento do exercício anterior, Memorando nº 003/GAB-FMS/SEMUSA/2023, informamos que de acordo com Demonstrativo da Conta Bancos referente à DEZEMBRO/2022, bem como extratos da conta abaixo, informamos que a mesma possui em 31/12/2022, já incluídos os rendimentos de aplicação, quando houver, os seguintes saldos:

SUPERÁVIT EFETIVAMENTE AUTORIZADO – TAB-1

CONTA	SUPERÁVIT FINANCEIRO/2022
FONTE (25000200) Farmácia Básica Rec. Próprio	72.334,28
FONTE (26210000) Farmácia Básica Rec. Estado	754.001,69
FONTE (26210000) Cofinanciamento ATB	137.222,59
FONTE (26590000) Decisão Judicial para o MAC	1.000,00
CC: 624.019-0 – REPASSE CUSTEIO PARA SAÚDE	964.558,56

Lembrando ainda que, o Fundo Municipal de Saúde, deverá seguir rigorosamente a Tabela das Fontes de Recursos do TCE/RO, e demais normativos, em especial a Portaria 710/21 da STN e suas alterações, cabendo ao FMS, no momento da execução das despesas incluir os detalhamentos conforme necessário.

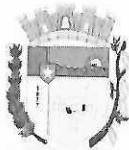
OBS: Lembramos ainda que, as cópias do Demonstrativo de Bancos, Conciliações, Extratos Bancários bem como do Balanço Patrimonial, para a comprovação do referido Superávit Financeiro deverão ser tiradas na prestação de contas Anual de 2022 entregue na Secretaria.

ATENÇÃO NAS OBSERVAÇÕES:

Como é do conhecimento de vossa senhoria, o FMS, em 2022, gerou nas fontes de custeio do SUS (repasse Ministério da Saúde), um **Déficit** no montante de **R\$ 606.121,14** (seiscentos e seis mil cento vinte um reais e quatorze centavos), incluindo todos os repasses de custeio da conta 624.019-0, como os recursos de custeio são todos movimentados numa mesma conta, inclusive os estaduais, próprios da farmácia básica e outras fontes, esse Déficit acabou consumindo com parte dos recursos oriundos dessas outras fontes, forma não correta da gestão trabalhar;

Dito isto, friso que na conta **624.019-0 da Caixa Econômica Federal**, o valor total de Superávit apurado perfaz um montante de **R\$ 964.558,56** (novecentos sessenta quatro mil quinhentos cinquenta oito reais e cinquenta e seis centavos), **TAB-1**, sendo estes 100% recursos diversos das fontes do Ministério da Saúde;

Para Exemplificar e demonstrar a origem do Superávit acima mencionado, foi elabora a tabela abaixo, **TAB-2**, onde demonstra todas a fontes e suas possíveis sobras ou faltas



PREFEITURA MUNICIPAL DE CACOAL

SEMUSA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

de recursos no fechamento do exercício, e da mesma, foi extraído o superávit demonstrado na tabela acima TAB-1;

Alertamos que, como a gestão dos recursos do FMS, cabe a vossas senhorias, definir qual a decisão a ser tomada sobre o assunto, no entanto, caso esta gestão venha tomar a decisão de abertura de crédito divergente do demonstrado na tabela acima, TAB-1, desde que dentro do limite gerado na conta, deverá esse valor ser deduzido das fontes apresentadas no quadro acima, **SUPERÁVIT EFETIVAMENTE AUTORIZADO-TAB-1**

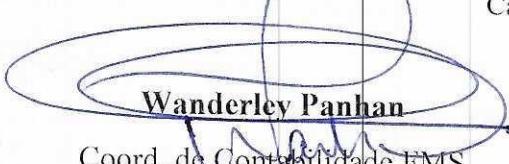
TABELA BASE PARA EXTRAÇÃO DO SUPERÁVIT – TAB-2

CONTA	SALDO EM 31/12/2022	RESTOS A PAGAR VINCULADOS	VALORE APURADOS NO FECHAMENTO/22
FONTE (25000200) F.B. Próprio	91.688,15	19.353,87	72.334,28
FONTE (26210000) F.B. Estado	989.033,33	235.031,64	754.001,69
FONTE (26210000) IIE.D.	180.000,00	180.000,00	0,00
FONTE (26210000) IIEURO	913.316,86	913.316,86	0,00
FONTE (26210000) CF. MAC	139.739,62	0,00	139.739,62
FONTE (26210000) CF. ATB	623.765,17	199.845,29	423.919,88
FONTE (26000020) F.B.	328.003,26	158.258,68	169.744,58
FONTE (26000020) F.B. REND.	133.353,14	133.353,14	0,00
FONTE (2600XXXX) Demais			
REC. CUSTEIO SUS	430.699,09	1.267.785,30	Negat. (837.086,21)
FONTE (26000050) G. SUS	61.220,49	0,00	61.220,49
FONTE (2600XXXX) REND.			
S/REC. SUS	116.668,64	116.668,64	0,00
FONTE (26590000) Outras	1.000,00	0,00	1.000,00
SUPERAVIT COVID (GRUPO CORONAVIRUS) – SUB-FUNÇÃO 122			
FONTE (26020000) C.V.	192.514,39	176.327,93	16.186,46
FONTE (26210000) C.V.	16.967,37	16.942,44	24,93
SUPERAVIT COVID (GRUPO ATENÇÃO BÁSICA) – SUB-FUNÇÃO 301			
FONTE (26020000) C.V.	126.591,95	50.356,18	76.235,77
SUPERAVIT COVID (GRUPO MÉDIA E ALTA COMPL.) – SUB-FUNÇÃO 302			
FONTE (26020000) C.V.	100.007,47	99.836,60	170,87
SUPERAVIT COVID (GRUPO ASSIST. FARMACEUTICA.) – SUB-FUNÇÃO 303			
FONTE (26020000) C.V.	87.066,20	0,00	87.066,20
CC: 624.019-0 – REPASSE CUSTEIO PARA SAÚDE	4.531.635,13	3.567.076,57	964.558,56

OBS: Segue anexa planilha que demonstra a movimentação orçamentária e financeira ocorrida na conta acima, por grupo de repasse de acordo com a autorização dos gestores do FMS e que a abertura de crédito deverá ser efetuada obedecendo as fontes vinculadas a cada GRUPO (SUB-FUNÇÃO) de acordo com os repasses efetuados pelo Ministério da Saúde.

Cacoal – RO, 20 de janeiro de 2023.

Atenciosamente,


Wanderley Panhan
Coord. de Contabilidade FMS



FUNDO MUN. DE SAUDE DE CACOAL
Estado de Rondônia

Exercício: 2022

Conciliação Bancária
Anexo TC-03

Mês de dezembro de 2022

Banco: 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL Agência: 1823-6 Conta: 624019-0
Local: 6098 CX.ECON.FEDERAL C/C 624.019-0 (CUSTEIO DAS AÇÕES E S)

Saldo Conforme Extrato Bancário em 31/12/2022 4.276.658,55

Mais (+) Depósitos Não Considerados Pelo Banco

Mais (+) Avisos de Débitos Não Considerados Pela Contabilidade

Menos (-) Depósitos Não Considerados pela Contabilidade

Menos (-) Avisos de Créditos Não Considerados pela Contabilidade

Mais Menos (+/-) Cheques, Notas Financeiras ou Ordens Bancárias Não Considerados pelo Banco

Data	Número	Histórico	Valor
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6594	17.747,80
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6595	19.522,58
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6596	12.174,99
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6597	12.173,75
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6598	33.043,03
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6599	19.522,58
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6600	10.434,64
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6601	25.509,36
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6602	81.639,88
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6603	10.648,68
30/12/2022	599	ESTORNO DE PAGAMENTO 6604	10.648,68
30/12/2022	740	3048	248,47
30/12/2022	740	3049	249,71
30/12/2022	740	3050	677,79
30/12/2022	740	3051	214,04
30/12/2022	740	3052	520,60
			R\$ 254.976,58

Saldo Conforme Nosso Registro em 31/12/2022 R\$ 4.531.635,13

Notas Explicativas

Cacoal, 11 de janeiro de 2023

WANDERLEY PANTAN
Contabilidade do FMS.

PATRICIA BORGES DE LIMA
TESOURARIA /FMS



Extrato por período

Cliente: FUNDO MON DE SAUDE DE CACOAL

Conta: 1823 | 006 | 00624015-0

Data: 02/12/2023 - 11:18

Mês: Dezenove/2022

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR		
01/12/2022	310998	APLICACAO	0,00	0,00
01/12/2022	000001	CRED TED	373.722,54 D	373.722,54 D
01/12/2022	000001	CRED TED	358.142,54 C	15.580,00 D
01/12/2022	145995	ENVIO TED	19.250,00 C	3.670,00 C
01/12/2022	011224	ENVIO TEV	896,81 D	2.773,19 C
01/12/2022	314083	PAG FORNEC	2.773,19 D	0,00 C
01/12/2022	727220	RESG AUTOM	10.584,00 D	10.584,00 D
01/12/2022	499134	RESGATE	10.584,00 C	0,00 C
01/12/2022	615843	PG PREFEIT	180.030,59 C	180.030,59 C
01/12/2022	147840	ENVIO TED	30,59 D	180.000,00 C
02/12/2022	314083	PAG FORNEC	180.000,00 D	0,00 C
02/12/2022	727220	RESG AUTOM	55.409,95 D	55.409,95 D
05/12/2022	267719	APLICACAO	55.409,95 C	0,00 C
05/12/2022	600001	CRED TED	311.538,95 D	311.538,95 D
05/12/2022	993406	PAG AGUA	313.552,49 C	2.015,54 C
05/12/2022	993405	PAG AGUA	1.835,20 D	128,34 C
05/12/2022	993410	PAG AGUA	104,12 D	74,17 C
05/12/2022	314083	PAG FORNEC	74,17 D	0,00 C
05/12/2022	314083	PAG FORNEC	4.486,80 D	4.486,80 D
05/12/2022	727220	RESG AUTOM	72.200,19 D	70.689,99 D
06/12/2022	113793	RESGATE	76.686,99 C	0,00 C
06/12/2022	314083	RES PG FOR	182.032,68 C	182.032,68 C
06/12/2022	000001	CRED TED	540,09 C	182.572,68 C
06/12/2022	900001	CRED TED	4.451,50 C	187.824,18 C
06/12/2022	578362	PAG AGUA	25.141,06 C	212.165,24 C
06/12/2022	578363	PAG AGUA	53,80 D	212.113,38 C
06/12/2022	578364	PAG AGUA	863,55 D	211.249,83 C
06/12/2022	578365	PAG AGUA	581,79 D	210.668,04 C
06/12/2022	578366	PAG AGUA	74,36 D	210.493,72 C
06/12/2022	578367	PAG AGUA	65,60 D	210.722,12 C
06/12/2022	578368	PAG AGUA	68,60 D	210.553,52 C
06/12/2022	578369	PAG AGUA	74,17 D	210.529,35 C
06/12/2022	578370	PAG AGUA	985,98 D	209.533,37 C
06/12/2022	578371	PAG AGUA	130,56 D	209.502,81 C
06/12/2022	578372	PAG AGUA	238,93 D	209.263,88 C
06/12/2022	603170	PG PREFEIT	158,45 D	209.105,43 C
06/12/2022	633777	PG PREFEIT	10.620,30 D	198.485,13 C
06/12/2022	633668	PG PREFEIT	145.852,72 D	52.632,41 C
06/12/2022	633802	PG PREFEIT	2.578,00 D	50.054,33 C
06/12/2022	634068	PG PREFEIT	327,26 D	49.727,05 C
06/12/2022	634271	PG PREFEIT	13.483,66 D	36.243,39 C
06/12/2022	634472	PG PREFEIT	34.956,22 D	1.287,17 C
06/12/2022	666036	PG PREFEIT	92,91 D	1.194,26 C
06/12/2022	666202	PG PREFEIT	654,26 D	540,00 C
06/12/2022	314083	PAG FORNEC	24.598,30 D	24.008,30 D

06/12/2022	727220	RESG AUTOM	24.008,30 C	0,00 C
07/12/2022	510543	APLICACAO	286.656,81 D	286.656,81 D
07/11/2022	000001	CRED TED	286.656,81 C	0,00 C
07/12/2022	314083	PAG FORNEC	3.232,32 D	3.232,32 D
07/12/2022	727220	RESG AUTOM	3.232,32 C	0,00 C
08/12/2022	559555	APLICACAO	30.217,69 D	30.217,69 D
08/12/2022	000001	CRED TED	20.725,20 C	9.492,49 D
08/12/2022	000001	CRED TED	4.200,00 C	5.292,49 D
08/12/2022	000001	CRED TED	3.772,33 C	1.520,16 D
08/12/2022	117930	PG PREFEIT	1.882,61 C	362,45 C
08/12/2022	118109	PG PREFEIT	17,00 D	345,45 C
08/12/2022	118234	PG PREFEIT	25,50 D	319,95 C
08/12/2022	118338	PG PREFEIT	20,25 D	299,70 C
08/12/2022	118820	PG PREFEIT	45,90 D	253,80 C
08/12/2022	118934	PG PREFEIT	5,00 D	248,80 C
08/12/2022	119032	PG PREFEIT	36,85 D	211,95 C
08/12/2022	119131	PG PREFEIT	27,00 D	184,95 C
08/12/2022	119255	PG PREFEIT	25,50 D	157,05 C
08/12/2022	119367	PG PREFEIT	18,08 D	131,55 C
08/12/2022	119474	PG PREFEIT	73,80 D	39,67 C
08/12/2022	119574	PG PREFEIT	23,40 D	16,27 C
08/12/2022	119795	PG PREFEIT	2,71 D	12,56 C
08/12/2022	119880	PG PREFEIT	13,56 D	0,00 C
08/12/2022	314083	PAG FORNEC	192.406,12 D	192.406,12 D
08/12/2022	727220	RESG AUTOM	192.406,12 C	0,00 C
09/12/2022	262357	APLICACAO	64.469,03 D	64.469,03 D
09/12/2022	000001	CRED TED	43.743,83 C	20.725,20 D
09/12/2022	000001	CRED TED	20.725,20 C	0,00 C
09/12/2022	314083	PAG FORNEC	18.812,50 D	18.812,50 D
09/12/2022	314083	PAG FORNEC	2.972,50 D	21.785,00 D
09/12/2022	727220	RESG AUTOM	21.785,00 C	0,00 C
10/12/2022	590061	APLICACAO	729.526,63 D	729.526,63 D
10/12/2022	000001	CRED TED	1.090,80 C	728.435,83 D
10/12/2022	000001	CRED TED	864,00 C	727.871,83 D
10/12/2022	000001	CRED TED	19.250,00 C	708.621,83 D
10/12/2022	000001	CRED TED	27.100,00 C	686.521,83 D
10/12/2022	000001	CRED TED	39.812,00 C	646.709,83 D
10/12/2022	000001	CRED TED	1.090,80 C	645.619,03 D
10/12/2022	000001	CRED TED	41.968,18 C	603.650,85 D
10/12/2022	000001	CRED TED	350.242,75 C	253.405,10 D
10/12/2022	000001	CRED TED	32.624,10 C	220.281,06 D
10/12/2022	000001	CRED TED	220.584,60 C	200,00 D
10/12/2022	120043	CRED PIX	200,00 C	0,00 C
10/12/2022	314083	PAG FORNEC	654,73 D	654,73 D
10/12/2022	314083	PAG FORNEC	540,00 D	1.194,73 D
10/12/2022	727220	RESG AUTOM	1.194,73 C	0,00 C
10/12/2022	343741	APLICACAO	4.780,76 D	4.780,76 D
10/12/2022	582491	CFPCV TV	4.780,76 C	0,00 C
10/12/2022	314083	PAG FORNEC	900,00 D	900,00 D
10/12/2022	314083	PAG FORNEC	75.532,84 D	76.432,84 D
10/12/2022	727220	RESG AUTOM	76.432,84 C	0,00 C
10/12/2022	412444	RESGATE	422.184,79 C	422.184,79 C
10/12/2022	000001	CRED TED	213.317,00 C	635.496,79 C
10/12/2022	201978	PG PREFEIT	392,40 D	635.104,39 C

14/12/2022	293111	PG PREFIT	946,54 D	634.157,85 C
14/12/2022	107999	ENVIO TED	629.059,72 D	5.098,12 C
14/12/2022	109121	ENVIO TED	317,37 D	4.280,76 C
16/12/2022	109294	ENVIO TED	4.280,76 D	0,00 C
14/12/2022	714083	PAG FORNEC	522,90 D	522,90 D
14/12/2022	714083	PAG FORNEC	170.545,03 D	171.067,93 D
15/12/2022	717220	RESG AUTOM	171.067,93 C	0,00 C
15/12/2022	493529	RESGATE	355.476,96 C	355.476,96 C
15/12/2022	539111	PG ORG GOV	1.813,89 D	353.661,97 C
15/12/2022	539340	PG ORG GOV	17.548,26 D	336.114,81 C
15/12/2022	539569	PG ORG GOV	714,68 D	335.400,13 C
15/12/2022	559818	PG PREFIT	1.286,45 D	334.111,68 C
15/12/2022	560019	PG PREFIT	55,73 D	334.058,95 C
15/12/2022	560133	PG PREFIT	466,21 D	333.589,74 C
15/12/2022	560273	PG PREFIT	22,26 D	333.516,98 C
15/12/2022	560401	PG PREFIT	39,99 D	333.476,99 C
15/12/2022	560763	PG PREFIT	67,85 D	333.409,14 C
15/12/2022	560892	PG PREFIT	115,84 D	333.293,30 C
15/12/2022	560983	PG PREFIT	63,47 D	333.229,83 C
15/12/2022	127862	ENVIO TED	205.847,12 D	127.387,71 C
15/12/2022	131091	ENVIO TED	127.387,71 D	0,00 C
15/12/2022	314083	PAG FORNEC	62.849,24 D	62.849,24 D
15/12/2022	727220	RESG AUTOM	62.849,24 C	0,00 C
15/12/2022	291333	RESGATE	31.989,50 C	31.989,50 C
16/12/2022	060001	CRED TED	6.697,40 C	34.687,40 C
16/12/2022	113098	PAG BOLETO	4.397,47 D	34.299,83 C
16/12/2022	113051	PAG BOLETO	17.383,12 D	16.906,71 C
16/12/2022	113061	PAG BOLETO	775,16 D	16.131,55 C
16/12/2022	113074	PAG BOLETO	910,21 D	15.221,34 C
16/12/2022	113088	PAG BOLETO	590,61 D	14.630,73 C
16/12/2022	113100	PAG BOLETO	475,15 D	14.157,58 C
16/12/2022	113265	PAG BOLETO	1.449,55 D	12.708,07 C
16/12/2022	526565	PAG FONE	46,23 D	12.661,80 C
16/12/2022	526566	PAG FONE	40,39 D	12.621,41 C
16/12/2022	526567	PAG FONE	45,39 D	12.576,02 C
16/12/2022	526569	PAG FONE	45,39 D	12.530,63 C
16/12/2022	526571	PAG FONE	43,46 D	12.487,17 C
16/12/2022	526939	PAG AGUA	191,12 D	12.328,76 C
16/12/2022	530470	PAG AGUA	132,19 D	12.190,56 C
16/12/2022	530500	PAG AGUA	99,57 D	12.093,99 C
16/12/2022	530674	PAG AGUA	9.919,41 D	2.174,58 C
16/12/2022	528794	PAG AGUA	152,45 D	2.072,17 C
16/12/2022	528913	PAG AGUA	111,52 D	1.210,61 C
16/12/2022	528462	PG PREFIT	248,47 D	1.062,14 C
16/12/2022	536593	PG PREFIT	239,71 D	1.112,63 C
16/12/2022	536719	PG PREFIT	672,79 D	738,54 C
16/12/2022	528628	PG PREFIT	214,01 D	520,60 C
16/12/2022	528931	PG PREFIT	520,60 D	0,00 C
16/12/2022	314083	PAG FORNEC	253.745,97 D	253.745,97 D
16/12/2022	727220	RESG AUTOM	253.745,97 C	0,00 C
16/12/2022	277397	RESGATE	30.531,50 C	30.531,50 C
16/12/2022	300409	PAG FONE	39,19 D	30.192,07 C
16/12/2022	300410	PAG FONE	212,39 D	30.174,68 C
16/12/2022	300411	PAG FONE	46,23 D	30.126,45 C
16/12/2022	300413	PAG FONE	67,82 D	30.169,67 C

19/12/2022	300414	PAG FONE	54,33 D	30.106,00 C
19/12/2022	300416	PAG FONE	48,81 D	30.060,49 C
19/12/2022	300417	PAG FONE	59,34 D	30.001,15 C
19/12/2022	300420	PAG FONE	43,95 D	29.957,20 C
19/12/2022	300422	PAG FONE	45,39 D	29.911,81 C
19/12/2022	300426	PAG FONE	48,61 D	29.603,20 C
19/12/2022	300430	PAG FONE	46,23 D	29.516,97 C
19/12/2022	300431	PAG FONE	44,31 D	29.772,66 C
19/12/2022	300432	PAG FONE	43,95 D	29.728,71 C
19/12/2022	300433	PAG FONE	89,12 D	29.639,59 C
19/12/2022	300434	PAG FONE	47,33 D	29.597,26 C
19/12/2022	300436	PAG FONE	47,81 D	29.544,48 C
19/12/2022	300439	PAG FONE	149,91 D	29.394,54 C
19/12/2022	300441	PAG FONE	45,39 D	29.346,45 C
19/12/2022	300444	PAG FONE	74,48 D	29.274,67 C
19/12/2022	300445	PAG FONE	69,75 D	29.204,92 C
19/12/2022	300447	PAG FONE	69,75 D	29.135,17 C
19/12/2022	300448	PAG FONE	214,90 D	28.920,27 C
19/12/2022	300450	PAG FONE	73,06 D	28.847,21 C
19/12/2022	400634	PAG BOLETO	656,90 D	28.190,81 C
19/12/2022	400664	PAG BOLETO	7.882,46 D	20.309,35 C
19/12/2022	400686	PAG BOLETO	2.106,35 D	18.262,00 C
19/12/2022	400712	PAG BOLETO	1.437,04 D	16.704,96 C
19/12/2022	400744	PAG BOLETO	986,71 D	15.770,25 C
19/12/2022	400762	PAG BOLETO	871,31 D	14.906,94 C
19/12/2022	400787	PAG BOLETO	914,10 D	13.992,84 C
19/12/2022	400814	PAG BOLETO	1.161,82 D	12.831,02 C
19/12/2022	400832	PAG BOLETO	1.211,23 D	11.619,79 C
19/12/2022	400858	PAG BOLETO	1.115,73 D	10.504,36 C
19/12/2022	400884	PAG BOLETO	1.338,21 D	9.165,85 C
19/12/2022	400901	PAG BOLETO	2.404,09 D	8.761,76 C
19/12/2022	400929	PAG BOLETO	1.014,59 D	5.747,17 C
19/12/2022	400953	PAG BOLETO	981,53 D	4.765,64 C
19/12/2022	400979	PAG BOLETO	2.405,34 D	2.360,30 C
19/12/2022	400998	PAG BOLETO	2.360,30 D	0,00 C
19/12/2022	314083	PAG FORNEC	116.961,52 D	116.961,52 D
19/12/2022	314083	PAG FORNEC	1.266,00 D	118.221,52 D
19/12/2022	314083	PAG FORNEC	1.062,05 D	119.883,57 D
19/12/2022	727229	RESG AUTOM	119.883,57 C	0,00 C
20/12/2022	611724	RESGATE	107.350,77 C	197.350,77 C
20/12/2022	600001	CRED TED	391.190,18 C	578.540,99 C
20/12/2022	901230	PG PREFIT	8.595,73 D	569.945,12 C
20/12/2022	902187	PG PREFIT	2.076,90 D	567.866,32 C
20/12/2022	902174	PG PREFIT	13.867,95 D	554.603,37 C
20/12/2022	902074	PG PREFIT	7.525,56 D	546.474,31 C
20/12/2022	132937	ENVIO TED	546.474,31 D	0,00 C
20/12/2022	314083	PAG FORNEC	60.680,70 D	60.609,70 D
20/12/2022	727220	RESG AUTOM	60.680,70 C	0,00 C
21/12/2022	124150	RESGATE	440.719,65 C	440.749,65 C
21/12/2022	731344	PG PREFIT	19,29 D	440.730,45 C
21/12/2022	731389	PG PREFIT	38,22 D	440.682,22 C
21/12/2022	731427	PG PREFIT	18,06 D	440.674,23 C
21/12/2022	731553	PG PREFIT	17,60 D	440.669,63 C
21/12/2022	731580	PG PREFIT	2,73 D	440.657,60 C
21/12/2022	731725	PG PREFIT	5,42 D	440.652,48 C

Inter-BAnking:::CAIXA

21/12/2022	731811	PG PREFIT	2,73 D	440.649,75 C
20/12/2022	731201	PG PREFIT	1,81 D	440.647,94 C
21/12/2022	732044	PG PREFIT	43,68 D	440.604,26 C
21/12/2022	732168	PG PREFIT	296,06 D	440.308,20 C
21/12/2022	732303	PG PREFIT	5,46 D	440.302,74 C
21/12/2022	732472	PG PREFIT	1,82 D	440.300,92 C
21/12/2022	732561	PG PREFIT	51,87 D	440.249,05 C
21/12/2022	732701	PG PRLFIT	2,50 D	440.246,55 C
21/12/2022	733013	PG PREFIT	8.804,93 D	431.441,62 C
21/12/2022	112073	ENVIO TED	431.441,62 D	0,00 C
21/12/2022	314063	PAG FORNEC	131.353,03 D	131.353,03 D
21/12/2022	314083	PAG FORNEC	3.420,00 D	3.619,44 D
21/12/2022	727270	RESG AUTOM	134.773,03 C	0,00 C
22/12/2022	611505	APLICACAO	4.354,44 D	4.354,44 D
22/12/2022	314083	EST PG FOR	735,00 C	3.619,44 D
22/12/2022	314083	EST PG FOR	4.939,00 C	1.315,56 C
22/12/2022	698972	PG PREFIT	159,74 D	1.155,82 C
22/12/2022	699245	PG PREFIT	64,00 D	1.091,82 C
22/12/2022	199419	PG PREFIT	276,32 D	815,36 C
22/12/2022	699532	PG PREFIT	207,73 D	612,77 C
22/12/2022	715489	PAG FONE	93,25 D	519,52 C
22/12/2022	715491	PAG FONE	58,24 D	461,26 C
22/12/2022	715492	PAG FONE	50,45 D	410,83 C
22/12/2022	715493	PAG FONE	45,39 D	365,44 C
22/12/2022	715494	PAG FONE	45,39 D	320,95 C
22/12/2022	715495	PAG FONE	119,56 D	200,19 C
22/12/2022	715496	PAG FONE	50,45 D	141,04 C
22/12/2022	715498	PAG FONE	94,00 D	46,44 C
22/12/2022	719500	PAG FONE	46,44 D	0,00 C
22/12/2022	314083	PAG FORNEC	2.700,00 D	2.700,00 D
22/12/2022	314083	PAG FORNEC	1.492,49 D	4.193,49 D
22/12/2022	314083	PAG FORNEC	73.138,81 D	77.312,30 D
22/12/2022	727270	RESG AUTOM	77.331,30 C	0,00 C
23/12/2022	687488	RESGATE	1.298.962,76 C	298.962,76 C
23/12/2022	297202	PG PREFIT	23,40 D	1.298.939,36 C
23/12/2022	395301	PG PREFIT	21,22 D	1.298.918,14 C
23/12/2022	395447	PG PREFIT	735,34 D	1.298.184,80 C
23/12/2022	497244	PG PREFIT	8.697,52 D	1.289.407,28 C
23/12/2022	105194	ENVIO TED	612.407,10 D	677.084,18 C
23/12/2022	106254	ENVIO TED	859,89 D	676.224,29 C
23/12/2022	147665	ENVIO TED	426.178,46 D	250.045,83 C
23/12/2022	230932	ENVIO TED	250.045,83 D	0,00 C
23/12/2022	511063	PAG FORNEC	494.123,38 D	250.123,388 C
23/12/2022	514083	PAG FORNEC	5.608,41 D	209.732,29 C
23/12/2022	727270	RESG AUTOM	269.732,29 C	0,00 C
25/12/2022	528710	APLICACAO	92.191,37 D	92.191,37 D
26/12/2022	314083	EST PG FOR	92.191,37 C	0,00 C
28/12/2022	317153	RESGATE	137.394,11 C	137.394,11 C
28/12/2022	997180	PG PREFIT	33.072,09 D	104.321,12 C
28/12/2022	997225	PG PREFIT	7.544,77 D	101.676,45 C
28/12/2022	997298	PG PREFIT	14.251,44 D	87.326,01 C
29/12/2022	125260	ENVIO TED	3.391,82 D	83.973,19 C
29/12/2022	171578	ENVIO TED	37.433,81 D	46.539,38 C
29/12/2022	125651	ENVIO TED	2.209,48 D	46.339,00 C
29/12/2022	129440	ENVIO TED	1.273,79 D	43.056,11 C

28/12/2022	125581	ENVIO TED	557,72 D	42.498,33 C
28/12/2022	125936	ENVIO TEV	1.871,25 D	40.627,09 C
28/12/2022	125996	ENVIO TED	26,34 D	49.660,73 C
28/12/2022	126071	ENVIO TED	245,53 D	40.359,22 C
28/12/2022	135629	ENVIO TED	3.699,41 D	36.655,81 C
28/12/2022	136579	ENVIO TED	250,00 D	36.405,81 C
28/12/2022	281253	ENVIO TEV	32.524,44 D	3.881,37 C
28/12/2022	281253	ENVIO TEV	3.881,37 D	0,00 C
29/12/2022	320067	APLICACAO	68.693,54 D	98.693,54 D
29/12/2022	000001	CRED TED	16.833,34 C	51.860,20 D
29/12/2022	000001	CRED TED	11.726,10 C	99.134,10 D
29/12/2022	000001	CRED TED	11.726,10 C	28.408,00 D
30/12/2022	882514	APLICACAO	28.408,00 C	0,00 C
30/12/2022	000001	CRED TED	215.772,18 D	215.772,18 D
30/12/2022	000001	CRED TED	14.951,10 C	200.821,08 D
30/12/2022	000001	CRED TED	200.821,08 C	0,00 C

Caixa 0300 726 6107
 Pode ser usado como referência: 0300 726 2492
 Cód. 0300 726 7674
 no Caixa 0300 104 0 174



Extrato por período

Cliente: FUNDO MUN DE SAUDE CACOAL

Conta: 1823 | 013 | 00624019-3

Data: 02/01/2023 - 11:19

Mês: Dezembro/2022

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	4.712,88 C
02/12/2022	000000	REM BÁSICA	7,10 C	4.719,98 C
02/12/2022	000000	CRED JUROS	23,60 C	4.743,58 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Período com definição auditiva: 0800 726 7492

Divisória: 0800 725 7474

Atendimento: 0800 164 0 101


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência CACOAL, RO	Código 1823	Operação 0055	Emissão 02/01/2023
Fundo CAIXA FIC PRATICO RENDA FIXA CURTO	CNPJ do Fundo 00.834.074/0001-23	Início das Atividades do Fundo 02/10/1995	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 30/11/2022	Cota em: 30/12/2022
0,855	9,6148	9,6148	6,656309	6,715248

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome FUNDO MUN DE SAUDE DE CACOAL	CPF/CNPJ 19.112.323/0001-03	Conta Corrente 006.00624019-0	Mês/Ano 12/2022	Folha 01/04
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Historico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	6.952.713,26C	1.044.529,827411
Aplicações	2.181.923,94C	326.765,384820
Resgates	4.918.509,05D	735.143,728759
Rendimento Bruto no Mês	55.786,82C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	4.271.914,97C	636.151,483472
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor.

Movimentação Detalhada

Data	Historico	Valor R\$	Qtde de Cotas
01 / 12	APLICACAO	373.722,54C	56.123,049782
01 / 12	RESGATE	10.584,00D	1.589,431328
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
02 / 12	RESGATE	180.030,59D	27.024,864025
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
02 / 12	RESGATE	55.409,95D	8.317,732718
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
05 / 12	APLICACAO	311.538,95C	46.747,094127
05 / 12	RESGATE	76.686,99D	11.507,048996
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
06 / 12	RESGATE	182.032,68D	27.303,495387
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
06 / 12	RESGATE	24.008,30D	3.601,059254
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
07 / 12	APLICACAO	286.656,81C	42.879,004949
07 / 12	RESGATE	3.232,32D	484,628601
	IRRF	0,00	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
0,00	0,00

Informações ao Cotista**Serviço de Atendimento ao Cotista**

SAC 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Queridora 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp

Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência CACOAL, RO	Código 1823	Operação 0055	Emissão 02/01/2023
-------------------------------	----------------	------------------	-----------------------

Fundo CAIXA FIC PRÁTICO RENDA FIXA CURTO	CNPJ do Fundo 00.834.074/0001-23	Inicio das Atividades do Fundo 02/10/1995
---	-------------------------------------	--

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%) 0,8855	No Ano(%) 9,6148	Nos Últimos 12 Meses(%) 9,6148	Cota em: 30/11/2022 6,656309	Cota em: 30/12/2022 6,715248
---------------------	---------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome FUNDO MUN DE SAUDE DE CACOAL	CPF/CNPJ 19.112.323/0001-03	Conta Corrente 006.00624019-0	Mês/Ano 12/2022	Folha 02/04
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Historico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	6.952.713,26C	1.044.529,827411
Aplicações	2.181.923,94C	326.765,384820
Resgates	4.918.509,05D	735.143,726759
Rendimento Bruto no Mes	55.786,82C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	4.271.914,97C	636.151,483472
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Historico	Valor R\$	Qtde de Cotas
08 / 12	IOF	0,00	
08 / 12	APLICACAO	30.217,69C	4.528,775735
08 / 12	RESGATE	192.406,12D	28.836,226941
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
09 / 12	APLICACAO	64.469,03C	9.658,210748
09 / 12	RESGATE	21.785,00D	3.283,646381
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
12 / 12	APLICACAO	729.526,63C	109.247,665225
12 / 12	RESGATE	1.194,73D	178.912436
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
13 / 12	APLICACAO	4.780,76C	715.637639
13 / 12	RESGATE	76.432,84D	11.441.322478
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
14 / 12	RESGATE	422.184,79D	63.171.060231
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
14 / 12	RESGATE	171.067,93D	25.597,088810
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
0,00	0,00

Informações ao Cotista**Serviço de Atendimento ao Cotista**

SAC 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Caixidora 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br



Nome da Agência
CACOAL, RO

Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Fundo	Código	Operação	Emissão
CAIXA FIC PRÁTICO RENDA FIXA CURTO	1823	0055	02/01/2023

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 30/11/2022	Cota em: 30/12/2022
0,8855	9,6148	9,6148	6,656309	6,715248

Administradora

Nome	Endereço	CNPJ da Administradora
Caixa Econômica Federal	SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	00.360.305/0001-04

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
FUNDO MUN DE SAUDE DE CACOAL	19.112.323/0001-03	006.00624019-0	12/2022	03/04
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Historico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	6.952.713,260	1.044.529.827411
Aplicações	2.181.923,940	326.765.384820
Resgates	4.918.509,050	735.143.728759
Rendimento Bruto no Mês	55.786,820	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	4.271.914,970	636.151.483472
Resgate Bruto em Transito*	0,00	
(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor		

Movimentação Detalhada

Data	Historico	Valor R\$	Qtde de Cotas
15/12	RESGATE	355.476,960	53.169.077595
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
15/12	RESGATE	62.849,240	9.400.429443
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
16/12	RESGATE	31.989,900	4.782.841476
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
16/12	RESGATE	253.745,970	37.937.807460
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
19/12	RESGATE	30.531.560	4.562.973689
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
19/12	RESGATE	119.883,570	17.916.725251
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
20/12	RESGATE	197.350,770	29.482.466375
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
20/12	RESGATE	60.680,700	9.065.160303
	IRRF	0,00	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
0,00	0,00

Informações ao Cotista

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC	Endereço para Correspondência:
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Chamada:	Endereço Eletrônico:
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp
	Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br

CAIXA

Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência CACOAL, RO	Código 1823	Operação 0055	Emissão 02/01/2023
Fundo CAIXA FIC PRATICO RENDA FIXA CURTO	CNPJ do Fundo 00.834.074/0001-23	Inicio das Atividades do Fundo 02/10/1995	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%) 0,8655	No Ano(%) 9,6148	Nos Últimos 12 Meses(%) 9,6148	Cota em: 30/11/2022 6,656309	Cota em: 30/12/2022 6,715248
---------------------	---------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administração 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	---

Cliente

Nome FUNDO MUN DE SAUDE DE CACOAL	CPF/CNPJ 19.112.323/0001-03	Conta Corrente 006.00624019-0	Mes/Ano 12/2022	Folha 04/04
Analise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Historico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	6.952.713,26C	1.044.529,827411
Aplicações	2.181.923,94C	326.785,384820
Resgates	4.918.509,05D	735.143,728759
Rendimento Bruto no Mês	55.786,82C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	4.271.914,97C	636.151,483472
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	
(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor		

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
21 / 12	IOF	0,00	
	RESGATE	440.749,65D	65.817,912429
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
21 / 12	RESGATE	134.773,03D	20.125,888758
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
22 / 12	APLICACAO	4.354,44C	649.996260
22 / 12	RESGATE	77.332,30D	11.543,550806
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
23 / 12	RESGATE	1.298.962,76D	103.821.318008
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
23 / 12	RESGATE	299.732,29D	44.723.765486
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
26 / 12	APLICACAO	92.191,37C	13.750.608916
28 / 12	RESGATE	137.394,11D	20.476.364101
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
29 / 12	APLICACAO	68.093,54C	10.233.575391
30 / 12	APLICACAO	215.772,18C	32.131.677043

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
0,00	0,00

Informações ao Cotista

Consulte seu extrato de fundos exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA, de forma prática e segura, é benéficio-se de todas as vantagens que os serviços on-line lhe proporcionam. Fale com seu Gerente para solicitar a inibição do envio mensal do seu extrato pelos Correios. Além de reduzir suas despesas com impressão e postagem de extratos, você contribui para preservação do meio-ambiente!

Intendência: Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC: 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ovidona: 0300 725 7474	Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br



DECLARAÇÃO DE SUPERÁVIT FINANCEIRO

Considerando solicitação, para abertura de Crédito tendo como fonte de recursos o Superávit Financeiro no fechamento do exercício anterior, Memorando nº 003/GAB-FMS/SEMUSA/2023, informamos que de acordo com Demonstrativo da Conta Bancos referente à DEZEMBRO/2022, bem como extratos da conta abaixo, informamos que a mesma possui em 31/12/2022, já incluídos os rendimentos de aplicação, quando houver, os seguintes saldos:

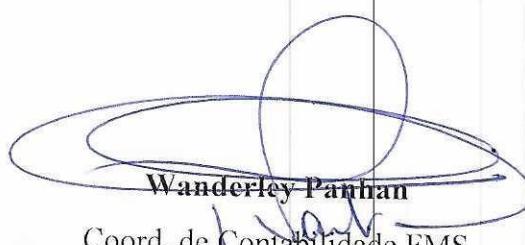
CONTA	SALDO EM 31/12/2022	BLOQUEIO PENDENTES 2022	RESTOS A PAGAR VINCULADOS	SUPERÁVIT FINANCEIRO / 2022
CC: 16.129-2 – Recursos Próprios Fonte: 25000200	740.830,34	195,00	516.665,76	223.969,58
CC: 16.129-2 – Rendimentos Fonte: 26590000	114.292,14	0,00	0,00	114.292,14
TOTAL DA CONTA ==>>>	855.122,48	195,00	516.665,76	338.261,72

Lembrando ainda que, o Fundo Municipal de Saúde, deverá seguir rigorosamente a Tabela das Fontes de Recursos do TCE/RO e demais normativos, em especial a Portaria 710/21 da STN e suas alterações, cabendo ao FMS, no momento da execução das despesas incluir os detalhamentos conforme necessário.

OBS: Lembramos ainda que, as cópias do Demonstrativo de Bancos, Conciliações, Extratos Bancários bem como do Balanço Patrimonial, para a comprovação do referido Superávit Financeiro deverão ser tiradas na prestação de contas Anual de 2022 entregue na Secretaria.

Cacoal – RO, 20 de janeiro de 2023.

Atenciosamente,


Wanderley Panhan
Coord. de Contabilidade FMS



FUNDO MUN. DE SAUDE DE CACOAL
Estado de Rondônia

Exercício: 2022

Conciliação Bancária
Anexo TC-03

Mês de dezembro de 2022

Banco: 1 BANCO DO BRASIL S.A.
Agência: 1179-7
Local: 5882 BCO BRASIL CTA 16129-2 PM/FMS Conta: 16129-2

Saldo Conforme Extrato Bancário em 31/12/2022 854.927,48

Mais (+) Depósitos Não Considerados Pelo Banco

Mais (+) Avisos de Débitos Não Considerados Pela Contabilidade

Data	Número	Histórico	Valor
18/09/2020	1	BLOQUEIO JUDICIAL	195,00
			RS 195,00

Menos (-) Depósitos Não Considerados pela Contabilidade

Menos (-) Avisos de Créditos Não Considerados pela Contabilidade

Mais/Menos (+/-) Cheques, Notas Financeiras ou Ordens Bancárias Não Considerados pelo Banco

Saldo Conforme Nossa Registro em 31/12/2022 RS 855.122,48

Notas Explicativas

Cacoal, 11 de janeiro de 2023

WANDERLEY PANTAN
Contabilidade do FMS

PATRICIA BORGES MELIMA
TÉCNICA DE CONTABILIDADE



Extrato de Conta Corrente

G332021057761941012
02/01/2023 11:01:55

Cliente - Conta atual

Agência 1179-7
 Conta corrente 16129-2 PM CACOAL -FUS
 Período do extrato 12/2022

Lançamentos

Dt. movimento	Dt. balancete	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/11/2022		Saldo Anterior			0,00 0
01/12/2022		+ Transferência enviada	551.179.000.041.229	3.164,80 0	
01/12/2022		TED Transf Eletr Disponív	8.724	17.000,00 0	
01/12/2022		+ Pgto conta agua	120.101	11.62 0	
01/12/2022		BB CP Automático S P	70	11.62 0	
01/12/2022		Resgate Automático	1.972	20.234,14 0	0,00 0
02/12/2022		+ Transferência enviada	551.179.000.003.839	10.72 0	
02/12/2022		TED Transf Eletr Disponív	6.152	6.731,30 0	
02/12/2022		TED Transf Eletr Disponív	6.153	3.578,27 0	
02/12/2022		TED Transf Eletr Disponív	6.154	10.426,34 0	
02/12/2022		+ Impostos	120.201	136,39 0	
02/12/2022		BB CP Automático S P	70	0,00 0	
02/12/2022		Resgate Automático	1.972	21.150,76 0	0,00 0
05/12/2022		+ Depósito em Dinheiro	11.791.866.800.151	363,80 0	
05/12/2022		Pagamento a Fornecedores	9.083	50.000,00 0	
05/12/2022		BB CP Automático S P	70	0,00 0	
05/12/2022		Resgate Automático	1.972	49.696,30 0	0,00 0
06/12/2022		RECEBIMENTO DE ICMS	350	7.339,49 0	
06/12/2022		IFI/EXPORTAÇÃO	350	31.792,87 0	
06/12/2022		Bloq Judicial-Bacen Jud	12.243.056.170.101	2.062,90 0	
06/12/2022		+ Transferência enviada	551.179.000.003.839	300,30 0	
06/12/2022		Pagamento a Fornecedores	11.090	900,00 0	
06/12/2022		Pagamento a Fornecedores	11.098	4.439,50 0	
06/12/2022		TED Transf Eletr Disponív	11.100	9.117,00 0	
06/12/2022		Bloq Judicial-Bacen Jud	12.243.056.170.101	2.062,90 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.601	177,91 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.602	371,70 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.603	304,22 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.604	742,17 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.605	686,00 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.606	462,65 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.607	368,00 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.608	913,00 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.609	184,90 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.610	921,70 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.611	292,90 0	
06/12/2022		+ Pagamento de Projeto	120.612	480,64 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.613	21.093,00 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.614	30.482,70 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.615	9.160,27 0	
06/12/2022		+ Impostos	120.616	61,75 0	

Banco do Brasil

06/12/2022	+ Impostos	120.617	29,23 D
06/12/2022	+ Impostos	120.618	6,81 D
06/12/2022	BB-APLIC-CPRZ-APL-AUT	1.972	54.660,34 D
07/12/2022	TED Transf/Elet्र Disponiv	7.711	237.405,43 D
07/12/2022	Pagamento a Fornecedores	7.712	960,10 D
07/12/2022	+ Impostos	120.701	3.028,88 C
07/12/2022	BB CP Automatico S P	70	0,72 C
07/12/2022	Resgate Automatico	1.972	297.164,50 C
08/12/2022	+ Transferencia recebida	551.179.000,041.711	0,00 C
08/12/2022	TED Transf/Elet्र Disponiv	4.683	391,00 D
08/12/2022	Pagamento a Fornecedores	4.684	10.701,00 D
08/12/2022	TED Transf/Elet्र Disponiv	4.685	3.028,48 D
08/12/2022	Desb/Judicial-Bacen Jud	109.860,001	320,00 C
08/12/2022	Transf Deposito Judicial	12.239.841.290,101	320,00 D
08/12/2022	BB CP Automatico S P	70	0,40 C
08/12/2022	Resgate Automatico	1.972	19.629,16 C
09/12/2022	COTA DAF - CREDITO	350	346,40 D
09/12/2022	EPE/PPM	360	346,39 D
09/12/2022	TED Transf/Elet्र Disponiv	6.314	18.996,90 C
09/12/2022	Desb/Judicial-Bacen Jud	110.000,001	2.867,40 C
09/12/2022	Transf Deposito Judicial	12.243.056.170,101	2.867,39 C
09/12/2022	BB-APLIC-CPRZ-APL-AUT	1.972	291.502,62 C
12/12/2022	COTA DAF - CREDITO	350	62,50 C
12/12/2022	Pagamento a Fornecedores	5.331	9.130,67 D
12/12/2022	BB CP Automatico S P	70	0,76 C
12/12/2022	Resgate Automatico	1.972	350,32 C
13/12/2022	RECEBIMENTO DE ICMS	350	92.910,55 C
13/12/2022	+ TED Transf/Elet्र Disponiv	257.187,902	1.313,63 C
13/12/2022	BB-APLIC-CPRZ-APL-AUT	1.972	70.240,16 D
14/12/2022	+ Transferencia recebida	551.179.000,060.485	0,00 C
14/12/2022	+ Transferencia enviada	551.179.000,041.229	123.684,01 C
14/12/2022	TED Transf/Elet्र Disponiv	6.348	51.468,32 D
14/12/2022	Pagamento a Fornecedores	6.349	16.930,29 D
14/12/2022	BB CP Automatico S P	70	0,77 C
14/12/2022	Resgate Automatico	1.972	153.593,15 C
15/12/2022	+ Transferencia recebida	551.179.000,000.217	600.000,00 C
15/12/2022	+ Transferencia enviada	551.179.000,041.229	659.473,89 D
15/12/2022	TED Transf/Elet्र Disponiv	8.187	14.342,89 D
15/12/2022	+ Impostos	121.501	63,57 D
15/12/2022	+ Impostos	121.502	230,91 D
15/12/2022	+ Impostos	121.503	269,81 D
15/12/2022	+ Impostos	121.504	21,16 D
15/12/2022	BB CP Automatico S P	70	0,40 C
15/12/2022	Resgate Automatico	1.972	75.501,24 C
16/12/2022	IM/EXPORTACAO	350	1.209,67 C
16/12/2022	+ Pagamento de Retorno	121.601	131,37 D
16/12/2022	+ Pagto conta agua	121.602	78,71 C
16/12/2022	+ Pagto conta telefone	121.603	1.777,50 D
16/12/2022	+ Pagto conta telefone	121.604	44,31 D

Banco do Brasil

16/12/2022	BB CP Automatizado S.P.	70	0,30 C
16/12/2022	Resgate Automatizado	1.972	222,24 C
19/12/2022	TED Transf. Eletr. Disponível	10.498	363,35 D
19/12/2022	Pagamento a Fornecedores	10.499	6.531,90 D
19/12/2022	BB CP Automatizado S.P.	70	0,30 C
19/12/2022	Resgate Automatizado	1.972	2.968,06 C
20/12/2022	+ Transferência recebida	551.179.000.046.476	681,43 C
20/12/2022	COTA DAF - CREDITO	350	126,16 C
20/12/2022	PPF/PM	350	189.351,18 C
20/12/2022	RECEBIMENTO DE ICMS	350	2.35.33.134 C
20/12/2022	+ Transferência enviada	551.179.000.041.229	154.119,52 D
20/12/2022	Pagamento a Fornecedores	16.695	3.616,26 D
20/12/2022	Pagamento a Fornecedores	16.698	2.540,35 D
20/12/2022	TED Transf. Eletr. Disponível	16.700	7.750,88 D
20/12/2022	TED Transf. Eletr. Disponível	16.701	14.170,18 D
20/12/2022	+ impostos	122.001	8.334,70 D
20/12/2022	+ impostos	122.002	881,09 D
20/12/2022	+ impostos	122.003	127.927,03 D
20/12/2022	+ impostos	122.004	17.839,67 D
20/12/2022	+ impostos	122.005	12.690,58 D
20/12/2022	+ impostos	122.006	40,19 D
20/12/2022	+ impostos	122.007	941,28 D
20/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.008	477,31 D
20/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.009	373,69 D
20/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.010	985,30 D
20/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.011	308,31 D
20/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.012	369,08 D
20/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.013	529,64 D
20/12/2022	BB-APLIC. C PRÉ APL AUT	122.014	271,08 D
21/12/2022	TED Transf. Eletr. Disponível	1.972	164.724,70 D
21/12/2022	Pagamento a Fornecedores	5.721	81.206,21 D
21/12/2022	TED Transf. Eletr. Disponível	5.722	1.430,00 D
21/12/2022	+ impostos	5.723	40.607,49 D
21/12/2022	+ impostos	122.101	2.041,41 D
21/12/2022	+ impostos	122.102	1.597,30 D
21/12/2022	BB CP Automatizado S.P.	122.103	3.194,60 D
21/12/2022	Resgate Automatizado	70	0,30 C
21/12/2022	+ Transferência recebida	551.179.000.062.156	1.375,60 C
22/12/2022	Pagamento a Fornecedores	6.489	926,30 D
22/12/2022	Pagamento a Fornecedores	6.495	364,00 D
22/12/2022	Pagamento a Fornecedores	6.496	149.635,10 D
22/12/2022	BB CP Automatizado S.P.	70	0,30 C
22/12/2022	Resgate Automatizado	1.972	160.051,90 C
23/12/2022	+ Transferência recebida	551.179.000.003.839	1.700.000,00 C
23/12/2022	+ Transferência enviada	551.179.000.041.229	1.597.576,74 D
23/12/2022	Pagamentos Diversos	16	1.985,78 D
23/12/2022	Pagamentos Diversos	16	722,40 D
23/12/2022	Pagamentos Diversos	16	4.293,92 D

		Banco do Brasil		
23/12/2022	TED Transf Eletr Disponivel	5.163	29.240,00 D	
23/12/2022	Pagamento a Fornecedores	5.165	2.854,26 D	
23/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.301	421,64 D	
23/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.302	492,85 D	
23/12/2022	BB-APLIC C PRZ-APLAUT	122.303	295,70 D	
27/12/2022	IFI/EXPORTACAO	1.972	63.011,93 D	0,00 C
27/12/2022	RECEBIMENTO DE ICMS	350	542,76 C	
27/12/2022	BB-APLIC C PRZ-APLAUT	350	208.041,33 C	
28/12/2022	+ Transferencia recebida	1.972	209.474,33 D	0,00 C
28/12/2022	Pagamentos Diversos	551.179.000.000,003 839	200.000,00 C	
28/12/2022	Pagamentos Diversos	19	73.246,21 D	
28/12/2022	Pagamentos Diversos	19	23.017,29 D	
28/12/2022	+ Impostos	19	20.384,12 D	
28/12/2022	+ Impostos	122.801	17.341,50 D	
28/12/2022	+ Impostos	122.802	562,16 D	
28/12/2022	+ Impostos	122.803	146.761,54 D	
28/12/2022	+ Impostos	122.804	26.223,79 D	
28/12/2022	BB CP Automatico S P	122.805	35.230,15 D	
28/12/2022	Reembte Automatizado	70	1.59 C	
29/12/2022	+ Transferencia recebida	1.972	210.402,32 C	0,00 C
29/12/2022	COTA DAF - CREDITO	551.179.000.000,003 839	500.000,00 C	
29/12/2022	IFI/PPM	350	19,46 C	
29/12/2022	RECEBIMENTO DE ICMS	350	176.890,72 C	
29/12/2022	RECEBIMENTO DE ICMS	350	19.780,99 C	
29/12/2022	Pagamentos Diversos	350	6.066,40 C	
29/12/2022	+ Impostos	22	4.837,77 D	
29/12/2022	+ Impostos	122.901	954,22 D	
29/12/2022	+ Impostos	122.902	742,17 D	
29/12/2022	+ Impostos	122.903	477,91 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.904	371,70 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.905	865,00 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.906	462,45 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.907	366,98 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.908	373,60 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.909	184,96 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.910	521,73 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.911	272,88 D	
29/12/2022	+ Pagamento de Boleto	122.912	480,54 D	
29/12/2022	BB-APLIC C PRZ-APLAUT	1.972	743.520,43 D	0,00 C
30/12/2022	COTA DAF - CREDITO	350	129,46 C	
30/12/2022	BB-APLIC C PRZ-APLAUT	1.972	123,45 D	0,00 C
31/12/2022	SALDO		0,00 C	

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JA403970 PATRICIA B LIMA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722



Consultas - Investimentos Fundos - Mensal

G336021131890190015
02/01/2023 11:33:23

Cliente

Agência 1179-7
 Conta 16129-2 PM CACOAL -FUS
 Mês/ano referência DEZEMBRO/2022

3. PÚBLICO AUTOMÁTICO - CNPJ. 4.288.966/0001-27

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cota(s)	Valor cota	Saldo cota(s)
30/11/2022	SALDO ANTERIOR	910,79			219,143568		
01/12/2022	RESGATE	1,19			0,286199	4,157951190	218,857389
	Aplicação 11/05/2022	1,19			0,286199		
02/12/2022	RESGATE	0,39			0,093756	4,159735937	218,763613
	Aplicação 11/05/2022	0,39			0,093756		
03/12/2022	RESGATE	0,39			0,093715	4,161544557	218,669398
	Aplicação 11/05/2022	0,39			0,093715		
07/12/2022	RESGATE	0,79			0,189669	4,165146763	218,480229
	Aplicação 11/05/2022	0,79			0,189669		
08/12/2022	RESGATE	0,40			0,095993	4,166978498	218,384236
	Aplicação 11/05/2022	0,40			0,095993		
10/12/2022	RESGATE	0,79			0,189423	4,170569987	218,194813
	Aplicação 11/05/2022	0,79			0,189423		
14/12/2022	RESGATE	0,77			0,184470	4,174124680	218,010343
	Aplicação 11/05/2022	0,77			0,184470		
15/12/2022	RESGATE	0,40			0,095780	4,175940740	217,914557
	Aplicação 11/05/2022	0,40			0,095780		
16/12/2022	RESGATE	0,39			0,093352	4,177752548	217,821205
	Aplicação 11/05/2022	0,39			0,093352		
19/12/2022	RESGATE	0,40			0,095703	4,179578135	217,725502
	Aplicação 11/05/2022	0,40			0,095703		
21/12/2022	RESGATE	0,80			0,191240	4,183229160	217,534262
	Aplicação 11/05/2022	0,80			0,191240		
22/12/2022	RESGATE	0,39			0,093189	4,185061251	217,441073
	Aplicação 11/05/2022	0,39			0,093189		
26/12/2022	RESGATE	1,59			0,379262	4,192340423	217,061811
	Aplicação 11/05/2022	1,59			0,379262		
30/12/2022	SALDO ATUAL	910,78			217,061811		217,061811

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	910,79
APLICAÇÃO (-)	0,00
RESGATES (-)	8,59
RENDIMENTO BRUTO (-)	8,68
IMPOSTO DE RENDA (-)	0,00
IRF (-)	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO	8,68
SALDO ATUAL	910,78

Valor da Cota

30/11/2022	4,166144421
30/12/2022	4,185945582

Rentabilidade

No mês	0,95%
No ano	10,1574
Últimos 12 meses	10,1574

BB RF GP Automático - CNPJ. 42.592.315/0001-15

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cota(s)	Valor cota	Saldo cota(s)
30/11/2022	SALDO ANTERIOR	478,732,92			435,161,699781		
01/12/2022	RESGATE	20.294,19			18,439,702315	1,100570370	416,721,957486
	Aplicação 10/11/2022	20.294,19			18,439,702315		
02/12/2022	RESGATE	21.160,78			19,210,176604	1,101019550	397,511,820362
	Aplicação 10/11/2022	21.160,78			19,210,176604		
05/12/2022	RESGATE	49.696,31			45,118,428645	1,101463670	352,393,392217

		Banco do Brasil			
06/12/2022	Aplicação 10/11/2022	49.696,31	45.118.428645		
06/12/2022	APLICAÇÃO	54.660,64	49.605.451651	1.101907919	401.998.843868
07/12/2022	RESGATE	297.194,50	269.600.288992	1.102352305	132.398.554876
	Aplicação 10/11/2022	37.640,61	34.145.712666		
	Aplicação 21/11/2022	5.697,58	5.168.563632		
	Aplicação 22/11/2022	62.893,74	57.064.120172		
	Aplicação 27/11/2022	5.721,14	5.189.935472		
	Aplicação 29/11/2022	124.019,75	112.504.641252		
	Aplicação 30/11/2022	61.221,68	55.537.315798		
08/12/2022	RESGATE	19.569,16	17.744.977775	1.102799916	114.653.577101
	Aplicação 30/11/2022	19.569,16	17.744.977775		
09/12/2022	APLICAÇÃO	291.505,62	264.224.454098	1.103249998	378.878.031199
10/12/2022	RESGATE	350,32	317.405633	1.103697423	378.560.625366
11/12/2022	APLICAÇÃO	350,32	317.405633		
14/12/2022	RESGATE	70.240,16	63.617.282486	1.104105006	442.177.907854
	Aplicação 30/11/2022	71.500,02	139.523.232834	1.104576364	302.854.674970
	Aplicação 06/12/2022	54.793,01	64.730.719617		
	Aplicação 09/12/2022	27.600,12	49.605.451651		
15/12/2022	RESGATE	73.801,24	24.987.061616		
	Aplicação 09/12/2022	73.801,24	66.787.046153	1.105023268	236.067.628817
16/12/2022	RESGATE	222,04	66.787.046153		
	Aplicação 09/12/2022	222,04	200.856730	1.105476080	235.866.773087
19/12/2022	RESGATE	8.968,05	200.856730		
	Aplicação 09/12/2022	8.968,05	8.109.170587	1.105914582	227.757.602500
20/12/2022	APLICAÇÃO	104.724,79	94.656.925064	1.106361631	322.414.527554
21/12/2022	RESGATE	150.536,20	136.008.789834	1.106812269	166.405.737730
22/12/2022	RESGATE	150.051,48	136.008.789834		
	Aplicação 09/12/2022	31.149,04	135.515.496337	1.107264365	50.800.241393
	Aplicação 13/12/2022	70.441,16	28.131.530178		
	Aplicação 20/12/2022	48.461,29	63.617.282486		
23/12/2022	APLICAÇÃO	63.011,93	43.766.683671		
27/12/2022	APLICAÇÃO	209.474,39	56.884.423826	1.107713524	107.774.665219
28/12/2022	RESGATE	218.407,32	188.952.507399	1.108603681	298.727.172618
	Aplicação 20/12/2022	53.440,28	197.831.976697	1.109058328	98.895.195921
	Aplicação 23/12/2022	63.088,18	50.890.241393		
	Aplicação 27/12/2022	99.878,86	56.884.423826		
29/12/2022	APLICAÇÃO	743.826,43	90.057.311476		
30/12/2022	APLICAÇÃO	123,45	670.411.145123	1.109506361	769.306.041044
30/12/2022	SALDO ATUAL	854.016,70	111.221008	1.109952177	769.417.562052
			769.417.562052		769.417.562052

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	478.732,92
APLICAÇÕES (+)	1.537.566,41
RESGATES (-)	1.155.134,74
RENDIMENTO BRUTO (+)	2.852,11
IMPOSTO DE RENDA (-)	0,00
IRPF (-)	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO	2.852,11
SALDO ATUAL =	854.016,70

Valor da Cota

30/11/2022	1.10012602
30/12/2022	1.109952177

Rentabilidade

No mês	0,6144
No ano	0,6144
Últimos 12 meses	9,6144

Transação efetuada com sucesso por: JA403970 PATRICIA B LIMA

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

<https://autoatendimento.bb.com.br/apf-apf-autoatendimento/index.html?v=2.4.2#/template/~2Fconsultas~2FGF16.bb>

Ouvidoria 83 0800 729 5676
Para deficientes auditivos 0800 729 0088