



GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;
Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;
Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996;

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite CIT - e Conselho Nacional de Saúde CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO
NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS
NOAS-SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES.

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde / SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde MS, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais. Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação. O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I REGIONALIZAÇÃO

1 - Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

1.1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1 - Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

3 - No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

B - O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

4 - Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A Região de saúde base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

B - Módulo assistencial módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C - Município-sede do módulo assistencial município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D - Município-pólo município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E - Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1 A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

I.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

6 - Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada GPABA.

6.1 - Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1 desta Norma.

6.2 - As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

6.3 - O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica PAB, acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

6.4 - Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/SE e da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor per capita.

6.5 - Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, aprovação da CIB, e homologação da CIT, em relação aos seguintes aspectos:

- a) Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira;
- b) alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
- c) desempenho dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior;
- d) estabelecimento do pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subsequente; e
- e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no Subitem 6.1 deste Item.

6.6 - A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a estrutura do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo referido no Subitem 6.5, e deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentá-los à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação.

I.3 DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7 - Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1 - Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.

8 - O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

8.1 - o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.

8.2 - o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.

8.3 - ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

8.4 - nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do ANEXO 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

9 - O repasse dos recursos de que trata o Subitem 8.1 - Item 8 - Capítulo I desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

9.1 - Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.

9.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

9.3 - O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10 - A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A - apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B - apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E - apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11 - Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no ANEXO 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 30 e 31 Capítulo II desta Norma.

11.1 - Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12 - A Atenção de Média Complexidade MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1 - O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14 - O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1 - A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2 - A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3 - A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4 - A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15 - Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

15.1 - O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2 - Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I. 5- DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

16 - A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1 - A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17 - O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

- D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;
- E a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;
- F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;
- G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;
- H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;
- I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;
- J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.
- 18 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:
- A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;
- B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- C - condução do processo de contratação;
- D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);
- E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;
- F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços.
- 18.1 Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada/GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.
- 19 - Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 01 de junho de 2000.
- 20 - O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:
- A - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;
- B - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.
- 21 - O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.
- 22 - A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
- 22.1 - A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.
- 23 - A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II. 1 - DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

24 - Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

24.1 - As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.

24.2 - As unidades da federação poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades e de informações detalhadas acerca da PPI, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

24.3 - A Secretaria de Assistência à Saúde, por intermédio do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, deverá apresentar à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias, documento de proposição das diretrizes e princípios orientadores, metodologia e parâmetros referenciais de cobertura e outros instrumentos específicos de apoio à programação da assistência ambulatorial e hospitalar.

25 - Cabe à SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

A - que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Compromissos e Metas Nacionais, sejam discutidos com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

B - a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelas necessidades dos prestadores de serviços;

C - a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de pactuação e alocação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

D - a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades sobre as diversas unidades assistenciais de forma coerente com as condições de habilitação e qualificação.

26 - A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1 - Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2 - Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3 - Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no Item 30 Capítulo II e no ANEXO 4 desta Norma.

26.4 - Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos Itens 31 e 32 Capítulo II e no ANEXO 4 desta Norma.

27 - A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A - Publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B - Definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo município-pólo de barreiras ao acesso

da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

II. 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

28 - O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29 - A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30 - Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no ANEXO 4 desta Norma .

30.1 - O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2 A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma

31 - A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:
A - periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B - trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C - pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32 - Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33 - Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 - DO PROCESSO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

34 - As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35 - O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

A - avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;

B - relação com os prestadores de serviços;

C - qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

D - resultados e impacto sobre a saúde da população.

36 - Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a

promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão;

37 - O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1 - O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2 - O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3 - Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4 - Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

37.5 - Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38 - A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

39 - A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40 - Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1 A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41 - A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A - a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II . 4 - DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

42 - Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43 - Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44 - Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO III . CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III . 1 - CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

45 - A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III . 1.1 - Do processo de habilitação dos municípios:

46 - A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu Item 59 Capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

46.1 - Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

46.2 - Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;
- e) Cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 6.1 Item 6 Capítulo I desta Norma ;
- f) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 6.3 Item 6 Capítulo I desta Norma;
- g) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- h) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- i) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- j) Operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- k) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- l) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

- m) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária / ANVISA;
- o) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- p) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS;
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;
- d) Comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes Subitem 6.3 Item 6 Capítulo I desta Norma;
- e) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- f) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- g) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;
- k) Submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subsequentes;
- l) Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;
- b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal;
- c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

48 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;
- c) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;
- d) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no Item 50 Capítulo III desta Norma;
- e) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

- f) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;
- g) Integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares;
- h) Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS;
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;
- e) Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no Subitem 6.5 Item 6 Capítulo I desta Norma;
- f) Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;
- g) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;
- h) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;
- i) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;
- j) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios;
- k) Comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- l) Disponibilizar de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- m) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- n) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.
- o) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
- p) Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;
- q) Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- r) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;
- b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;
- c) Gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 - Do processo de habilitação dos Estados

49 - A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

50 São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no Item 2 Capítulo I desta Norma;
- b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;
- c) Gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;
- e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;
- f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados;
- g) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;
- h) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- i) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
- j) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- k) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;
- l) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;
- m) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.
- n) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- o) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;
- p) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma;
- q) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;
- r) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

Requisitos

a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;

- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- estratégias de reorganização do modelo de atenção;
- Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios;
- b) Apresentar a Programação Pactuação Integrada, baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no Item 5 Capítulo I e Seção II.1 Capítulo II desta Norma;
- c) Alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde SIOPS;
- d) Comprovar o funcionamento da CIB;
- e) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;
- f) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;
- g) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;
- h) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;
- i) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- j) Comprovar, por meio de alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;
- k) Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
- m) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

51 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Responsabilidades

- a) Contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
- b) Contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;
- c) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

- a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;
- b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;
- c) Dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;
- b) Transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;
- c) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

52 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidades

- a) Cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
- b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

- a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;
- b) Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;
- c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;
- d) Dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;
- e) Comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
- f) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;
- b) Transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;
- c) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
- d) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III . 2 - DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 - Da desabilitação dos municípios

53 - Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 - Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

54 - Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

- A - descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- B - apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;
- C - a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;
- D - apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;
- E - não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- F - apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55 - São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo a Fundo, para os municípios:

- A - Não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- B - Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
- C - Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 - Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal:

56 - Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

- A - não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou
- B - se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 54 - Capítulo III desta Norma; ou
- C - não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1 - São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

- a) Não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador.
- b) Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
- c) Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III .2.2 - Da desabilitação dos estados

57 - Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1 - São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

58 - Os municípios habilitados segundo a NOB-SUS 01/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, após avaliados conforme o descrito no Subitem 6.5 Item 6 Capítulo I desta Norma, estarão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

59 - Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB-SUS 01/96:

- 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à Comissão Intergestores Bipartite;

- 60 (sessenta) dias para homologação da habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite.

60 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1 Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos Subitens 6.5 e 6.6 Item 6 Capítulo I desta Norma.

62 - Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB-SUS 01/96.

63 - As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma.

64 Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

64.1 - Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB-SUS 01/96.

65 No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS N° 2.203, de 05 de novembro de 1996, no que couber.

ANEXO 1 NOAS SUS 01/2001

Responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica

I) Controle da tuberculose

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR)
Diagnóstico clínico de casos	Exame clínico de SR e comunicantes

Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico	Realização ou referência para Baciloscopia Realização ou referência para exame radiológico em SR c/ baciloscopias negativas (BK -)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento dos casos BK+ (supervisionado) e BK (auto-administrado)	Tratamento supervisionado dos casos BK+ Tratamento auto-administrado dos casos BK - Fornecimento de medicamentos Atendimentos às intercorrências Busca de faltosos
Medidas preventivas	Vacinação com BCG Pesquisa de Comunicantes Quimioprofilaxia Ações educativas

II) Eliminação da Hanseníase

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Dermatológicos entre usuários
Diagnóstico clínico de casos	Exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos Classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento Supervisionado dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Avaliação dermato-neurológica Fornecimento de medicamentos Curativos Atendimento de intercorrências
Controle das incapacidades físicas	Avaliação e classificação das incapacidades físicas Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades Atividades Educativas
Medidas preventivas	Pesquisa de comunicantes Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase Prevenção de incapacidades físicas Atividades Educativas

III) Controle da Hipertensão

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Fornecimento de medicamentos Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares Realização ou referência para ECG Realização ou referência para RX de tórax
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações Acompanhamento domiciliar Fornecimento de medicamentos
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco

	(obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações
--	---

IV) Controle da Diabetes Melittus

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação
Busca ativa de casos	Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Educação terapêutica em Diabetes Fornecimento de medicamentos Curativos
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações Realização ou referência para ECG
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências Acompanhamento domiciliar
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária) Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias) Ações educativas para auto-aplicação de insulina

V) Ações de Saúde Bucal

Responsabilidades	Atividades
PREVENÇÃO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Procedimentos Coletivos: -levantamento epidemiológico -Escovação supervisionada e evidenciação de placa - Bochechos com flúor -Educação em Saúde Bucal
Cadastramento de usuários	Alimentação e análise de sistemas de informação
TRATAMENTO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Consulta e outros procedimentos odontológicos
Atendimento a urgências odontológicas	Consulta não agendada

VI Ações de Saúde da Criança

Responsabilidades	Atividades
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do SISVAN
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de Rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação

	e acompanhamento dos sistemas de informação
Assistências às doenças prevalentes na infância	Assistência às IRA em menores de 5 anos Assistência às doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (programada e negociada, com mecanismos de regulação) Realização ou referência para exames laboratoriais

VII Ações de Saúde da Mulher

Responsabilidades	Atividades
Pré-Natal	Diagnóstico de gravidez Cadastramento de gestantes no 1º trimestre Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso Acompanhamento de Pré-Natal de Baixo Risco Vacinação anti-tetânica Avaliação do Puerpério Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina Alimentação e análise de sistemas de Informação Atividades Educativas para promoção da saúde
Prevenção de Câncer de colo de útero	Rastreamento de Câncer de colo de útero Coleta de material para exame de citopatologia Realização ou referência para exame citopatológico Alimentação dos sistemas de informação
Planejamento familiar	Consulta médica e de enfermagem Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais Realização ou referência para exames laboratoriais

ANEXO 2 NOAS SUS 01/2001

Elenco de Procedimentos a serem acrescentados aos da relação atual de Atenção Básica, financiada pelo PAB.

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
	ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DO PSF DE PESSOA ACAMADA	
	Grupo 07 Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
	ATEND. MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO BOX-HORA (MÁX. 8 H)	
131	ATEND. ESPECÍFICO P/ ALTA DO PACIENTE EM TRAT. AUTOADMINISTRADO	07.011.05-9
132	ATEND. ESPECÍFICO PARA	07.011.06-7

	ALTA DO PACIENTE EM TRAT. SUPERVISIONADO	
136	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS GLICEMIA CAPILAR	07.031.03-3
137	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS GLICOSÚRIA	07.031.04-1
138	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS CETONÚRIA	07.031.05-0
139	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	07.051.01-8
	Grupo 08- Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
*	DEBRIDAMENTO E CURATIVO ESCARA OU ULCERAÇÃO	08.011.07-9
*	SUTURA DE FERIDA DE CAVIDADE BUCAL E FACE	08.011.31-1
141	EXERESE DE CALO	08.011.34-6
142	CURATIVO COM DEBRIDAMENTO EM PÉ DIABÉTICO	08.012.02-4
*	REDUÇÃO MANUAL DE PROCIDÊNCIA DE RETO	08.021.11-2
*	REMOÇÃO MANUAL DE FECALOMA	08.021.12-0
149	PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTE COM PEQUENA QUEIMADURA	08.151.01-6
150	CURATIVO DE PEQUENA QUEIMADURA (ATÉ 10% DA S.C.) SEM ANESTESISTA	08.151.03-2
	Grupo 10- Ações Especializadas em Odontologia	
*	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE DUAS OU MAIS FACES	10.011.01-3
*	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE UMA FACE	10.011.02-1
*	NECROPULPECTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE	10.041.01-0
*	GLOSSORRAFIA	10.051.15-
*	ULECTOMIA	10.051.36-8
	Grupo 11 Patologia Clínica	
	GRAVIDEZ, TESTE IMUNOLÓGICO (LÁTEX)	11.061.31-6
	Grupo 17- Diagnose	
225	ELETROCARDIOGRAMA	17.031.01-0
	Grupo 19- Terapias Especializadas (por Terapia)	
228	TRAT.CURATIVO-ÚLCERAS DE	19.021.02-0

	ESTASE E NECROSE DE EXTREMIDADES (SESSÃO)	
229	CALOSIDADE OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)	19.042.01-9

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível "ampliado" deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

ANEXO 3-A NOAS SUS 01/2001

Elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial, a ser ofertado nos municípios-sede de módulos assistenciais.

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
	Grupo 07 Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
130	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS	07.011.01-6
134	TERAPIAS EM GRUPO EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.05-4
135	TERAPIAS INDIVIDUAIS EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.06-2
	Grupo 08- Cirurgias Ambulatoriais Especializadas*	
143	ESTIRPAÇÃO LESÃO DE VULVA/PERÍNEO (ELETROCOAGULAÇÃO/ FULGURAÇÃO)	08.031.07-0
144	EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA VAGINA	08.031.08-8
145	HIMENOTOMIA	08.031.09-6
146	INCISÃO E DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLINE OU SKENE	08.031.10-0
147	RESSUTURA DE EPISIORRAFIA PÓS-PARTO	08.031.12-6

	Grupo 09- Procedimentos Traumatortopédicos	
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA COLUNA CERVICAL C/COLAR CERVICAL GESSADO	09.011.01-3
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA COLUNA CERVICAL C/IMOBILIZAÇÃO CERVICAL NÃO GESSADA	09.011.02-1
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS INFERIORES COM TALA GESSADA CRURO-PODÁLICA	09.011.03-0
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS INFERIORES COM TALA GESSADA SURO-PODÁLICA	09.011.04-8
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS SUPERIORES / CINTURA ESCAPULAR (TIPO VELPEAU)	09.011.05-6
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS SUPERIORES COM TALA ANTEBRAQUIO-PALMAR	09.011.06-4
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS SUPERIORES COM TALA AXILO-PALMAR	09.011.07-2
	Grupo 10 Ações Especializadas em odontologia	
*	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.02-8
*	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNI-RADICULAR	10.041.03-6
*	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNIRADICULAR	10.041.04-4
*	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	10.041.05-2

	EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR	
*	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE BIRADICULAR	10.042.01-6
*	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRADICULAR	10.042.02-4
*	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.01-2
*	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	10.043.02-0
*	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.03-9
*	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.01-9
*	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.02-7
*	RADIOGRAFIA PERI-APICAL, INTERPROXIMAL (BITE-WING)	10.101.02-0
	Grupo 11 Patologia Clínica	
160	ACIDO ÚRICO (DOSAGEM SANGUÍNEA)	11.011.03-3
161	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES (DOSAGEM SANGUÍNEA)	11.011.08-4
162	COLESTEROL TOTAL (DOSAGEM SANGUÍNEA)	11.011.12-2
163	CREATININA (DOSAGEM SANGUÍNEA)	11.011.14-9
	FOSFATASE ALCALINA	11.011.15-7

164	GLICOSE (DOSAGEM SANGUÍNEA)	11.011.20-3
	POTÁSSIO	11.011.27-0
	SÓDIO	11.011.33-5
165	TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE)	11.011.36-0
166	TRANSAMINASE PIRÚVICA - TGP (ALAMINA AMINO TRANSFERASE)	11.011.37-8
167	URÉIA (DOSAGEM SANGUÍNEA)	11.011.38-6
	GAMA- GLUTAMIL TRANSFERASE GAMA GT	11.012.17-0
	TRIGLICERÍDEOS	11.012.24-2
168	COLESTEROL (LDL)	11.013.09-5
169	COLESTEROL (HBL)	11.013.10-9
170	COLESTEROL (VLDL)	11.013.11-7
	CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA 5 DOSAGENS - ORAL	11.015.04-7
171	PESQUISA DE LARVAS (MÉTODO DE BAERMANN OU RUGAI)	11.031.06-9
172	PESQUISA DE OXIURUS COM COLETA POR SWAB ANAL	11.031.09-3
173	PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS PELO MÉTODO DA HEMATOXILINA FÉRRICA	11.031.10-7
174	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	11.031.11-5
175	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MÉTODOS DE CONCENTRAÇÃO)	11.032.07-3

176	PARASITOLÓGICO DE FEZES COLETA MÚLTIPLA COM LÍQUIDO CONSERVANTE	11.032.08-1
	FATOR Rh (INCLUI Do Fraco)	11.041.01
	GRUPO ABO DETERMINAÇÃO	11.041.03
	FRAÇÃO DO HEMOGRAMA PLAQUETAS - CONTAGEM	11.041.13-7
	PROVA DO LAÇO	11.041.15
	RETRAÇÃO DO COÁGULO	11.041.18
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (CELITE)	11.041.20
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE WHITE)	11.041.21
	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	11.041.26
177	TESTE DE FALCIZAÇÃO	11.041.29-3
178	TRIPANOSSOMA PESQUISA	11.041.32-3
179	VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	11.041.33-1
180	HEMATÓCRITO	11.041.34-0
	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	11.041.36
	ERITROGRAMA(ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	11.042.04
181	TIPAGEM SANGUÍNEA - GRUPO ABO FATOR RH (INCLUI D FRACO)	11.042.06-0
	LEUCOGRAMA	11.042.08
	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	11.042.10

182	HEMOGRAMA COMPLETO	11.043.20-2
	COAGULOGRAMA (T. Sang., T. Coag., P. Laço, Ret.do Coag. e Cont. Plaquetas)	11.044.02
	FATOR REUMATÓIDE , TESTE DO LATEX	11.061.27-8
183	PROTEÍNA C REATIVA (PESQUISA)	11.061.51-0
	TOXOPLASMOSE, HÁ	11.061.56
	TREPONEMA PALLIDUM, REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO	11.061.58-8
184	VDRL (INCLUSIVE QUANTITATIVO)	11.061.59-6
	CITOMEGALOVIRUS, EIE	11.062.24-0
	RUBÉOLA, ANTICORPOS IGG	11.062.40-1
	RUBÉOLA, HÁ	11.062.41
185	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HBS (ELISA)	11.063.07-6
186	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HCV (ELISA)	11.063.08-4
	TOXOPLASMOSE, IFI-IGG	11.063.36
	TOXOPLASMOSE, IFI (IGM)	11.063.37
187	ANTICORPOS ANTI HIV1 + HIV2 (ELISA)	11.064.01-3
188	BACIOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE)	11.111.02-0
189	BACIOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (CONTROLE DO TRATAMENTO)	11.111.03-8

190	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIGNÓSTICO DA HANSENÍASE)	11.111.05-4
	BACTERIOSCOPIA (POR LÂMINA)	11.111.06-2
	EXAME A FRESCO	11.111.08
194	SECREÇÃO VAGINAL (BACTERIOSCOPIA)	11.111.15-1
195	SECREÇÃO VAGINAL (EXAME A FRESCO)	11.111.16-0
196	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS	11.112.01-8
198	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	11.112.05-0
199	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO DO GRUPO A (PESQUISA)	11.112.17-4
200	ANTIBIOGRAMA	11.112.19-0
202	ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTO DA URINA	11.142.14-6
203	FUNGOS (EXAME DIRETO)	11.161.01-9
205	MONÍLIA (EXAME DIRETO)	11.161.05-1
	Grupo 13- Radiodiagnóstico	
	CRÂNIO: PA+LATERAL	13.011.02-2
	SEIOS DA FACE- F.N. + M.N. + LATERAL	13.011.06-5
	ADENÓIDES LATERAL	13.012.01-0
	COLUNA CERVICAL: AP+LATERAL+T.O OU FLEXÃO	13.021.01-0

	COLUNA DORSAL: AP+LATERAL	13.021.02-8
	COLUNA LOMBO-SACRA	13.022.04-0
209	BRAÇO (RX SIMPLES)	13.031.04-0
210	ANTEBRAÇO (RX SIMPLES)	13.032.01-1
211	COTOVELO (RX SIMPLES)	13.032.02-0
212	MÃO - DUAS INCIDÊNCIAS (RX SIMPLES)	13.032.03-8
213	PUNHO: AP + LATERAL + OBLÍQUOS	13.032.05-4
214	COXA (RX SIMPLES)	13.041.04-5
215	PERNA (RX SIMPLES)	13.041.06-1
216	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA (RX SIMPLES)	13.042.01-7
217	CALCÂNEO (RX SIMPLES)	13.042.02-5
218	JOELHO (RX SIMPLES)	13.042.03-3
219	PÉ OU PODODÁCTILOS (RX SIMPLES)	13.042.06-8
220	TÓRAX (PA)	13.051.03-2
221	TÓRAX (PA E PERFIL)	13.052.03-9
222	ABDOMEN SIMPLES (AP)	13.081.01-2
	Grupo 14- Exames Ultra-sonográficos	
223	ECOGRAFIA GINECOLÓGICA	14.011.01-8
224	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	14.012.01-4
	Grupo 18- Fisioterapia (por sessão)	
226	ATENDIMENTO A ALTERAÇÕES MOTORAS (FISIOTERAPIA POR	18.011.01-2

	SESSÃO)	
227	ALTERAÇÕES SENSITIVAS (FISIOTERAPIA POR SESSÃO)	18.011.02-0
	Grupo 19- Terapias Especializadas (por terapia)	
230	AEROSOLTERAPIA POR PRESSÃO POSITIVA	19.071.01-9
231	REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (POR SESSÃO)	19.071.02-7

ANEXO 3-B NOAS SUS 01/2001

Serviços de internação hospitalar obrigatoriamente disponíveis em municípios-sede de módulos assistenciais

Os municípios-sede de módulos assistenciais deverão dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em:

- Clínica médica;
- Clínica pediátrica;
- Obstetrícia (parto normal).

ANEXO 4 NOAS-SUS 01/2001

Termo de Compromisso para Garantia de Acesso

Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde de e a Secretaria Municipal da Saúde de, visando a garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados no Município

O Governo do Estado de, por intermédio da sua Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade, na Rua (Av.), inscrita no CNPJ sob nº, neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº, expedida pelo, e inscrito no CPF/MF sob o nº, doravante denominada apenas SES -, e o Governo Municipal de, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob nº (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº, expedida pelo, e inscrito no CPF/MF sob o nº, doravante denominada apenas SMS -, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional Básica nº 01/96 do Sistema Único de Saúde SUS, resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, bem como pelas portarias [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso tem por finalidade e objetivo o estabelecimento de compromissos de atendimento pela SMS, habilitada à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal às referências intermunicipais ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, definidas na Programação Pactuada Integrada - PPI, visando a garantia de atenção às necessidades de saúde dos cidadãos, independente de seu município de residência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e integridade da atenção.

§ 1º A PPI compreenderá a explicitação dos fluxos de referência acordados entre gestores municipais; os relatórios consolidados das ações e serviços de referência a serem prestados pelo município; o montante de recursos financeiros correspondente a essas referências; o limite financeiro do município (discriminando os recursos

da população própria e os relativos às referências intermunicipais); os mecanismos de operacionalização e/ou acompanhamento dos acordos e os critérios de revisão dos compromissos estabelecidos.

§ 2º O objeto previsto no presente Termo decorrerá de um processo prévio de realização da PPI coordenada pelo gestor estadual e aprovada pela CIB-....., em que a SMS-..... se compromete a atender, em serviços disponíveis em seu território, à população residente nos(em) municípios, listados no ANEXO I que faz parte integrante deste termo, conforme especificado na Cláusula Terceira.

CLÁUSULA SEGUNDA DA EXECUÇÃO

O presente termo de compromisso deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

CLÁUSULA TERCEIRA DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - São compromissos da SES-.....

- a) apoiar a SMS a implementar estratégias e instrumentos que facilitem o acesso da população referenciada aos serviços localizados no município de acordo com o Plano Operativo descrito no Anexo II;
- b) revisar e realizar ajustes na programação físico-financeira das referências, de forma a assegurar o acesso da população a todos os níveis de atenção, de acordo com a periodicidade e critérios estabelecidos na Cláusula Sexta;
- c) acompanhar as referências intermunicipais, inclusive por meio de auditoria do sistema municipal;
- d) nos casos de constatação de existência de barreiras de acesso ou tratamento discriminatório aos residentes em outros municípios, suprimir a parcela do limite financeiro do município relativa às referências intermunicipais, conforme a cláusula sétima;
- e) comunicar ao MS o valor do limite financeiro da assistência do município, explicitando o montante relativo à população própria e à população referenciada - conforme Anexo III - bem como quaisquer alterações, seja na parcela da população própria quanto na parcela de referência decorrente de revisões, ajustes ou sanções previstos neste Termo.

II - São compromissos da SMS-.....

- a) disponibilizar os serviços constantes do ANEXO I à população referenciada por outros municípios, sem discriminação de acesso e de qualidade do atendimento prestado (escolha do prestador, forma de pagamento ou valores diferenciados de acordo com a procedência, etc.);
- b) organizar no município, conforme especificado no Plano Operativo (ANEXO II), o acesso dos usuários às ações e serviços de referência;
- c) Prever nos contratos dos prestadores e na programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde situados em seu território, a realização dos atendimentos à população de outros municípios;
- d) exercer as ações de controle e avaliação, de auditoria e outras relacionadas à garantia de qualidade dos serviços ofertados em seu território;
- e) alimentar regularmente o SIA/SUS e o SIH/SUS, bem como organizar internamente as informações relativas aos atendimentos prestados à população residente em outros municípios, de forma a facilitar as revisões dos acordos de referências intermunicipais, previstas na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA QUARTA DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo de Compromisso terá início na data de sua assinatura, com duração de 12 (doze) meses, em coerência com revisão periódica da PPI, podendo ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por período igual, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, em conformidade com a Lei n º 8.666/93 e suas alterações, caso haja anuência das partes.

CLÁUSULA QUINTA DOS RECURSOS FINANCEIROS

A Secretaria de Estado da Saúde se compromete a utilizar os recursos financeiros oriundos do Sistema Único de Saúde SUS, dentro da disponibilidade do seu Teto Financeiro da Assistência, para o desenvolvimento deste termo e informará ao Ministério da Saúde MS, no prazo determinado, o montante mensal a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de conforme explicitado no Anexo III deste Instrumento, podendo operacionalizar as revisões estabelecidas na Cláusula Sexta . Dotação Orçamentária.

CLÁUSULA SEXTA - DOS MECANISMOS DE GARANTIA DE ACESSO

Cada participe se responsabilizará pela garantia de acesso, de acordo com os mecanismos abaixo:

I - a SES apoiará a SMS-..... na implantação de mecanismos de organização dos fluxos de referência intermunicipais e garantia de acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção, assim como orientará as demais SMS na organização do encaminhamento de pacientes e avaliação dos desdobramentos desses encaminhamentos, conforme detalhado no Plano Operativo (ANEXO II);

II - a SMS implantará mecanismos de organização dos fluxos de referência e garantia de acesso da população residente em outros municípios aos serviços localizados em seu território, conforme detalhado no Plano Operativo (ANEXO II);

III - a Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o atendimento intermunicipal de referência e realizará ajustes periódicos ou sempre que necessário, conforme especificado na Cláusula Sexta, de forma a garantir o volume de recursos adequado para o atendimento da população em todos os níveis de atenção, independente de seu município de residência, dentro dos limites financeiros estabelecidos na PPI.

IV - a SMS-..... não poderá negar atendimento a pessoas residentes em outros municípios em casos de urgência e emergência, sendo que, no caso da demanda por serviços extrapolar a programação das referências apresentada no Anexo I deste Termo, caberá à SMS-..... registrar os atendimentos prestados e informar à SES, para que se acordem os ajustes necessários na programação físico-financeira, conforme previsto na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA SÉTIMA DO ACOMPANHAMENTO E DAS REVISÕES

I - A Secretaria de Estado da Saúde deverá sistematizar as informações sobre os fluxos intermunicipais de referências, coordenar a revisão periódica da PPI [estabelecer periodicidade], monitorar o cumprimento do presente Termo, realizar ajustes pontuais e prestar contas por meio de informes mensais à CIB acerca do seu andamento.

II - A Secretaria de Estado da Saúde deverá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais alocadas até então no município em decorrência das seguintes situações:

a) Em período não superior a 12 (doze) meses (especificar periodicidade), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB, que considere mudanças na capacidade instalada, no fluxo de pacientes entre municípios, prioridades assistenciais, constatação de desequilíbrio entre os valores correspondentes às referências e na efetiva prestação de serviços e disponibilidade financeira.

b) Trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente.

c) Pontualmente, se um município constante do ANEXO I passar a ofertar em seu território para a sua própria população um serviço anteriormente referenciado para o município, constante na relação do ANEXO I deste Instrumento.

. O município deverá solicitar formalmente à Secretaria de Estado da Saúde por meio de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município para o seu próprio município, justificando a alteração.

. A SES poderá, constatada a pertinência do cadastramento e a programação para o novo serviço, realocar os recursos do município para que a população do município solicitante em questão passe a ser atendida em seu município de residência.

. O município deverá ser comunicado acerca da mudança pela SES com 60 (sessenta) dias de antecedência, por meio de ofício e envio de versão modificada do ANEXO I e do ANEXO III deste Termo.

. Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

d) Pontualmente, se um município constante no ANEXO I considerar oportuno redirecionar referências de sua população do município para outro município que disponha do serviço necessário.

. O município deverá solicitar formalmente à SES por meio de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município para o outro município pólo, justificando a alteração.

. A SES, constatada a pertinência da solicitação, a disponibilidade para ofertar os serviços solicitados e a anuência do gestor do novo município de referência, realocar para este último os recursos correspondentes anteriormente alocados no município

. O município deverá ser comunicado acerca da mudança com 60 (sessenta) dias de antecedência, por meio de ofício e envio de versão modificada do ANEXO I e do ANEXO III deste Termo.

. Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

e) Pontualmente, em caso de problemas no atendimento pelo município de referência à população procedente de outros municípios ou de não-cumprimento dos compromissos estabelecidos no presente Termo detectados pela SES-....., SMS-..... ou por outras SMS envolvidas.

. O problema deverá ser comunicado à SES, para que esta adote medidas de apuração do caso e de negociações entre as partes envolvidas, tais como: contato direto entre a SES e a SMS-.....; convocação pela SES de reunião entre os gestores municipais implicados ou de reunião de fórum regional preexistente, se for o caso (CIB regional, grupo regional de PPI, etc) [especificar a instância em cada Termo], realização de auditorias de sistema etc;

. A SES deverá conduzir os encaminhamentos e correções na programação das referências, caso necessário;

. Nas situações em que o encaminhamento da SES implique alterações neste Termo, o município deverá ser comunicado imediatamente por meio de ofício e envio de versão modificada do ANEXO I e do ANEXO III.

. Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

III As alterações efetuadas na parcela do limite financeiro correspondente às referências intermunicipais deverão ser comunicadas ao MS no formato apresentado no Anexo III, para as providências de publicação e mudança no montante transferido ao FMS-.....

IV A CIB é a instância de recurso caso alguma das partes considere-se prejudicada pelas alterações abordadas no inciso II deste termo.

V Em casos extremos de descumprimento deste Termo, poderão ser aplicadas as sanções previstas no item VI desta Cláusula Sétima.

VI Caso a SMS-..... não cumpra com os compromissos assumidos neste termo ou restrinja o acesso ou ainda discrimine o atendimento à população referenciada, poderá a SES:

a) suprimir a parcela do limite financeiro do município relativa às referências intermunicipais e comunicar ao MS para as providências relativas à transferência de recursos; e

b) encaminhar à CIB processo de desabilitação do município da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

CLÁUSULA OITAVA DA PUBLICAÇÃO

A SES -..... providenciará a publicação do Extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias a partir do 6º (sexto) mês de vigência

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos ou excepcionais não previstos neste Termo serão consultados aos partícipes por escrito e resolvidos conforme disposto na legislação aplicável, em especial a Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de, Estado de, para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estarem, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade..... Data,

_____ Secretário de Estado da Saúde	_____ Secretário Municipal de Saúde
_____	_____

Testemunhas(demais SMS implicados)
CIC

ANEXO 5 NOAS SUS 01/2001

Termo de Compromisso para Garantia de Acesso que entre si celebram o Município de por meio intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde e o Estado de por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, visando a formalização de contratações de serviços de saúde ofertados.

O Município de....., por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº, situada na rua (Av.)..... neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Dr., brasileiro,(profissão), portador da carteira de identidade n.º, expedida pela, e inscrito no CPF/MF sob n.º doravante denominada simplesmente SMS e o Estado, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr., brasileiro,(profissão) portador da carteira de identidade n.º, expedida pela e inscrito no CPF/MF sob n.º, doravante denominada simplesmente SES, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional Básica nº01/96 do Sistema Único de Saúde SUS, resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, bem como pelas portarias [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob gerência do Estado, localizadas no Município de, definindo o papel do hospital no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas; volume de prestação de serviços; grau de envolvimento do hospital na rede estadual de referência; humanização do atendimento; melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º A formalização da contratação se dará por meio da fixação de metas físicas mensais dos serviços ofertados, conforme Cláusula Segunda, e a forma de pagamento será a constante da Cláusula Quinta, ambas desse Termo.

§ 2º São partes integrantes desse Termo de Compromisso os anexos: Anexo I contendo a relação dos hospitais e o Anexo II com o Plano Operativo Anual de cada hospital relacionado no Anexo I.

CLÁUSULA SEGUNDA DA EXECUÇÃO DO PLANO OPERATIVO ANUAL

Fica devidamente acordada a execução do Plano Operativo Anual de cada hospital constante do Anexo II do presente Termo, contemplando o papel de cada unidade hospitalar no planejamento municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência dos municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do Estado.....

§ 1º O Plano Operativo Anual conterá as metas físicas anuais e assumidas pela SES relativas ao período de 12 (doze) meses, com início a partir da data de assinatura do presente contrato, sendo essas anualmente revistas e incorporadas ao presente Termo de Compromisso, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 2º As metas físicas acordadas e consequentemente o valor global mensal poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10 % (a maior ou a menor), verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que a SMS e a SES promovam as alterações respectivas, de acordo com a Cláusula Sétima deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - DA SMS - a Secretaria Municipal de Saúde compromete-se a:

- a) autorizar o repasse mensal, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, retirado do limite financeiro da assistência do Município, dos recursos de que trata a Cláusula Quinta.
- b) exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados no hospital.
- c) monitorar os hospitais constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual.
- d) analisar, com vistas à aprovação, os Relatórios Mensais e Anuais emitidos pela SES, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados.

e) encaminhar os atendimentos hospitalares, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, onde houver.

II DA SES A Secretaria de Estado da Saúde se compromete a:

a) apresentar a SMS o Relatório Mensal até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados.

b) apresentar a SMS o Relatório Anual até 20º dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 meses, incluindo informações relativas à execução deste Termo de Compromisso com a apropriação por unidade hospitalar.

c) apresentar as informações previstas no Plano Operativo Anual referente aos hospitais constantes do anexo I.

d) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais SIA e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS em substituição ou complementar a estes, ou que seja acordado entre o Ministério da Saúde e a SES.

e) disponibilizar todos os serviços dos hospitais constantes no Anexo I na Central de Regulação, quando houver.

f) cumprir, através dos hospitais constantes no Anexo I, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido no Anexo II do presente Termo.

g) disponibilizar recursos de consultoria especializada, para programas de desenvolvimento organizacional dos hospitais, dentro de suas disponibilidades.

h) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite fixado pela SMS constante do Plano Operativo Anual.

III - DA SMS E SES A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde se comprometem conjuntamente a:

a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada Municipal e Regional.

b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e conseqüentemente o valor global mensal ultrapassar os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda.

c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros de que trata a Cláusula Quinta, através de ofício conjunto, até o dia 10 do mês seguinte à alteração, o volume de recursos mensal a ser retirado do limite financeiro da assistência do Município e repassado ao Fundo Estadual de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 (doze) meses, com início a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado através Termo Aditivo, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, mediante acordo entre os participantes, com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para a execução do presente Termo de Compromisso (ou de Cooperação), serão destinados recursos financeiros no montante de R\$ por ano, retirados do limite financeiro da assistência do Município/SMS, de forma proporcional ao atendimento da população residente no município e ao atendimento à referência intermunicipal, e repassados ao ESTADO/SES pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único - Os recursos anuais a serem destinados pela SMS para a execução desse Termo serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais ao Fundo Estadual de Saúde. Dotação Orçamentária.....

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

O acompanhamento e avaliação dos resultados do presente Termo serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pela SMS e SES, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos. § 1º Essa Comissão, reunir-se-á no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando a tendência do cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, ainda a SMS e a SES modificações nas Cláusulas deste Termo, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

§ 2º A Comissão de Acompanhamento deverá reunir-se sempre que os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda forem superados para avaliar a situação e, propor as alterações necessárias nesse Termo.

§ 3º A SMS, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento desse Termo, procederá a:

- a) análise dos Relatórios Mensais e Anuais enviados pela SES e dos dados disponíveis no SIA e SIH.
- b) realização de forma permanente de ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação do grau de consecução das metas.
- c) realização, a qualquer tempo, de auditorias operacionais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes.

§ 4º A SMS informará a SES sobre a realização de auditorias nos hospitais constantes no Anexo I.

CLÁUSULA SÉTIMA DAS ALTERAÇÕES

A SMS e a SES poderão, de comum acordo, alterar o presente Termo e o Plano Operativo Anual, com exceção no tocante ao seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 1º O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto desse presente Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

- a) variações nas metas físicas e conseqüentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda e que impliquem em alterações financeiras;
- b) alteração a qualquer tempo das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros;
- c) revisão anual do Plano Operativo Anual.

§ 2º As partes somente poderão fazer alterações nesse Termo de Compromisso e no Plano Operativo Anual, se decorridos no mínimo 90 (noventa) dias após a publicação do presente instrumento ou de seu respectivo Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA DA INADIMPLÊNCIA

Para eventuais disfunções havidas na execução deste Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na Programação financeira constante na Clausula Quinta poderá, mediante informação à SES, ser alterado pela SMS, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

- I - não cumprimento do presente Termo de Compromisso;
- II- fornecimento pela SES de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela SMS, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias operacionais realizadas pôr órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais;
- III - não alimentação dos sistemas de informação.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

A SMS e a SES providenciarão a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias a partir do 6º (sexto) mês de vigência

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS

No decorrer da vigência desse Termo de Compromisso (ou Cooperação), os casos omissos, as controvérsias entre a SMS e a SES relativas à interpretação ou à aplicação desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que a Comissão de Acompanhamento não consiga resolver, as partes diligenciarão para solucioná-las, pela negociação.
Parágrafo único - Se a Comissão de Acompanhamento não conseguir resolver as controvérsias, essas serão submetidas à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de.....

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de, Estado de, para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estarem, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade, data

Secretário de Estado da Saúde	Secretário Municipal de Saúde

Testemunhas:

CIC

(Of. El. nº 44/2001)

20010129