

RESUMO DAS NOTAS TÉCNICAS 99 E 100/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS

NOTA TÉCNICA Nº99/2019

ASSUNTO: Orientações sobre solicitação de credenciamento e cadastro do GERENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, no CNES.

Financiamento - MS: Custeio Mensal; necessária habilitação por meio da solicitação de credenciamento.

Cálculo do teto máximo: Teto de eSF

2

Credenciamento: observar os termos da Portaria GM nº 1.710 de 8 de Julho de 2019

A ação deve estar prevista no **PMS** ou **PAS** e informada no **DigiSUS**, com diretrizes, metas, objetivos e relacionada a qualificação e/ou aumento de cobertura de serviços de saúde.

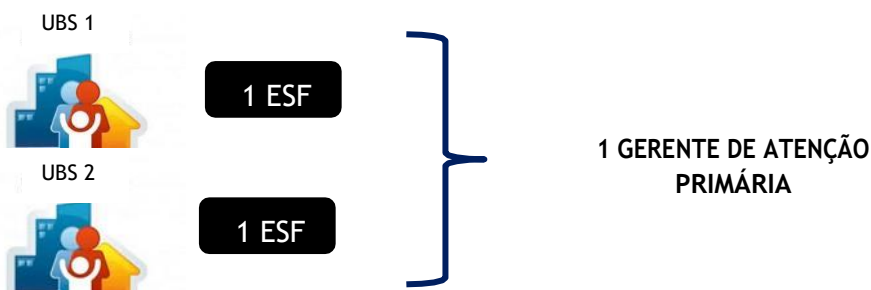
A ação deve ter **aprovação do CMS** - das diretrizes, metas, objetivos e relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de serviços de saúde.

Cadastramento:

Profissional de nível superior, preferencialmente com experiência na Atenção Primária à Saúde.

Código da CBO: 1312-10 Gerente de Serviços de Saúde, no campo “Gerente Administrativo”. Diretamente, no estabelecimento de saúde, sem vinculação a nenhuma equipe. **Exercer** a função exclusiva de Gerente de Atenção Primária. Não pode ser integrante das equipes vinculadas à USF.

Carga horária - 40 horas, divididas em 2 (duas) USF quando cada uma possuir, apenas, 1 (uma) equipe de Saúde da Família.



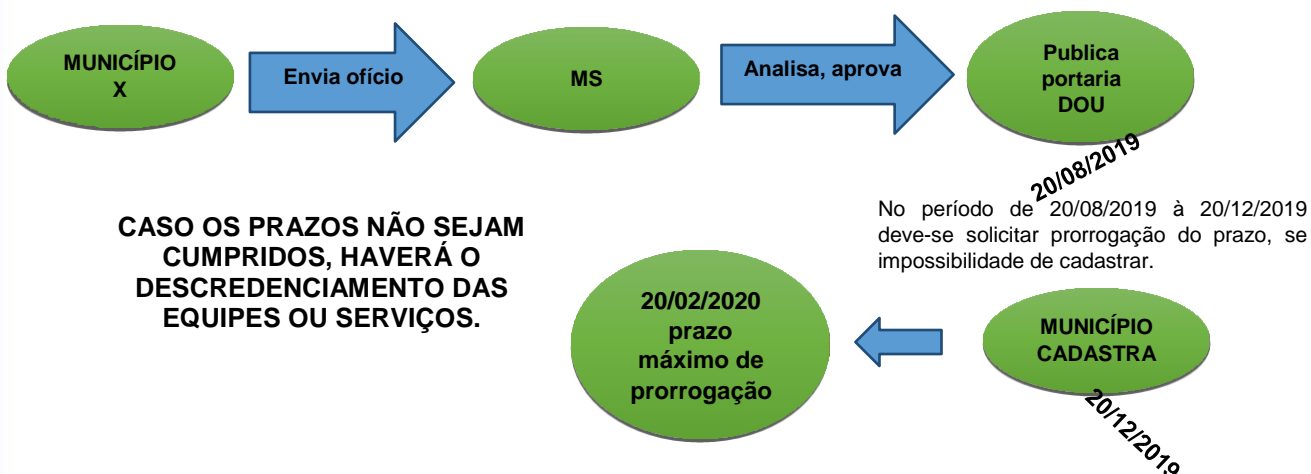
* **OBSERVAR O TERRITÓRIO E A PROXIMIDADE ENTRE AS UBS**

➔ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Para a análise do pleito serão considerados: **teto estipulado, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária.**

Cadastrar no CNES, **SOMENTE** após a publicação da portaria no Diário Oficial da União e **até o prazo máximo de 4 competências**, a partir da data de publicação da referida portaria.

Caso não seja possível o cadastro no CNES, no tempo determinado, deve-se encaminhar ofício ao Ministério da Saúde solicitando prorrogação de prazo, cujo prazo **pode ser de até 2 competências**. Importante ainda, que a solicitação de prorrogação do prazo deve ser encaminhada dentro do prazo das 4 competências.



PASSOS A SEREM SEGUIDOS

1. Elaborar ofício para o Ministério da Saúde de solicitação de credenciamento, conforme ANEXO I, da NT;
2. Elaborar ofícios para o CMS, Secretaria da Saúde do Estado e CIB/CE, de comunicação da solicitação de credenciamento, conforme ANEXO II, da NT;
3. Enviar ao Ministério da Saúde, ofício de solicitação de credenciamento e cópia dos ofícios de comunicação da solicitação, via correio, para o endereço abaixo:

Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios
Bloco G
CEP: 70.058-900
Brasília – DF
(61) 3315. 9044
Email: desf@saude.gov.br



NOTA TÉCNICA 100/2019

ASSUNTO: Orientações sobre fluxo para solicitação de credenciamento de equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde.

Equipes e Serviços da Atenção Primária à Saúde a que se refere esta NT: **Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde, Equipe de Atenção Básica, Equipe de Consultório na Rua, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Gerente de Atenção Primária, Unidade Odontológica Móvel (UOM).**

A ação/serviço deve estar prevista no PMS ou PAS e informada no DigiSUS, com diretrizes, metas, objetivos e relacionada a qualificação e/ou aumento de cobertura de serviços de saúde.

A ação/serviço deve ter **aprovação do CMS** - das diretrizes, metas, objetivos e relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de serviços de saúde.

Ao solicitar o credenciamento de equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde, **observar o teto máximo** para financiamento pelo Ministério da Saúde, disponível no site do e-Gestor AB, preenchendo o ANEXO I, constante na NT. **IMPORTANTE: no quadro de solicitação de credenciamento, as informações devem corresponder, apenas, ao quantitativo de equipes e serviços solicitados.**

PARA O RECEBIMENTO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS CORRESPONDENTES ÀS EQUIPES E AOS SERVIÇOS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EFETIVAMENTE, CREDENCIADOS EM PORTARIA E CADASTRADOS NO CNES, OS MUNICÍPIOS DEVERÃO ALIMENTAR OS DADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA VIGENTE, COMPROVANDO, OBRIGATORIAMENTE, O INÍCIO E A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES.

IMPORTANTE

- Não é necessário o envio do Projeto de Credenciamento à Secretaria Estadual ou Distrital de Saúde (SES);
- Não é necessária a resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

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

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Cidade - UF, (dia) de (mês) de (ano).

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

Venho por meio deste, solicitar o credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, conforme quantitativo apresentado no quadro abaixo.

Declaro também que as diretrizes, metas, objetivos e ações relacionadas à qualificação e/ou aumento de cobertura de equipes e serviços de saúde foram inseridos no _____ (Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde), os quais foram pactuados e aprovados pelo Conselho Municipal ou Distrital de Saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Encaminho cópia do ofício enviado ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação de tal credenciamento.

Solicitação de credenciamento

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

* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados.

(Assinaturas do Gestor)
 Nome do gestor
 Cargo do Gestor



ANEXO II MODELO DE OFÍCIO PARA COMUNICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Cidade - UF, (dia) de (mês) de (ano).

Prezados,

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

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

Solicitação de credenciamento

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

* Informar apenas o quantitativo de equipes e serviços solicitados.

(Assinaturas do Gestor)
Nome do gestor
Cargo do Gestor



ANEXO III

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

EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO, ASSINADO PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Cidade - UF, (dia) de (mês) de (ano).

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

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

_____ (informar o número da(s) portaria(s) de credenciamento).

(Assinaturas do Gestor)
Nome do gestor
Cargo do Gestor