

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual NOAS-SUS 01/02

| REQUISITOS PARA A HABILITAÇÃO (NOAS SUS 01/02, item 58) | INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO |
|---|--|
| 5.A Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente: | Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual. |
| - Quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, 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; | - Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES). |
| - Estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios; | |
| - Estratégias de reorganização do modelo de atenção. | |
| Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios -sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais. | PDR de acordo com a NOAS; |
| | - Ata de aprovação do PDR na CIB; |
| | - Ata de aprovação do PDR no CES. |

| | |
|--|--|
| Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios. | PPI de acordo com NOAS; |
| | - Ata de aprovação da PPI na CIB; |
| 5.D 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. | Recibos do SIOPS |
| 5.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). | Ato legal de criação da CIB; Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito. |
| 5.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES). | Ato legal de criação do CES; Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento. |
| | - Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a lei 8.142/90. |
| 5.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES). | Ato legal de criação do FES; - Cadastro financeiro. - Extrato das contas do FES dos três últimos meses. |
| | - Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. |
| | Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados. |
| 5.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito. | -Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde. -Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão. |
| 5.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas | Resolução da CIB atestando a referida transferência ou Termo de Cessão das unidades. |
| 5.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos da NOAS 1/2. | - Cronograma de Ajuste de Comando Único dos municípios em GPSM aprovado pela CIB. |
| 5.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). | Ato legal de criação do componente estadual do SNA; - Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos. |

| | |
|--|--|
| 5.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet), bem como comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares. | Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação, e Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação, bem como sua inserção formal no Organograma funcional da SES. |
| 5.M Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. | Publicação da certificação do estado. |
| 5.N Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária | Assinatura do Termo de Ajuste de Metas. |
| 5. O Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso. | Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde. |
| 5.P Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e | Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validado pela SAS. |
| pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSE. | |

Termo de Habilitação 1

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A nos termos da NOAS SUS 01/02

| |
|---|
| Município _____ UF _____ |
| Prefeito Municipal _____ |
| Secretário Municipal da Saúde _____ |
| Endereço da SMS _____ |
| CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail _____ |

| AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02 | |
|--|---------|
| 1.A Fundo Municipal de Saúde (FMS) | SIM NÃO |
| Ato legal de criação do FMS Data / / | 00 00 |
| Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre | |
| 1.B -Conselho Municipal de Saúde (CMS) | |

| | |
|---|--------------|
| Ato legal de criação do CMS Data // Atas das 3 últimas reuniões do CMS | (00) (00) |
| 1.C -Plano Municipal de Saúde (PMS) | |
| Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. Ata do CMS que aprovando o PMS atualizado Data // | (00) (00) |
| 1.D - Controle e Avaliação | |
| Plano de Controle e Avaliação | () () |
| 1.E - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal | |
| Recibos do SIOPS | () () |
| 1.F - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso | |
| Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual. | (00) |
| 1.G - Avaliação da Atenção Básica | |
| Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS | () () |
| 1.H - Vigilância Sanitária | |
| Declaração conjunta da SES e SMS Data // | () () |
| 1.I - Vigilância Epidemiológica | |
| Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente. Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica | (00) () () |
| 1.J - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB | |
| Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação | (0) (0) (00) |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB // Data de conclusão da análise //

Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada // Data de conclusão da análise //

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: //

Responsável pela análise do Termo: _____ Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: // Publicação no D.O.U. // Portaria _____ nº _____/____

MS CONASS CONASEMS

Termo de Habilitação 2

Município Habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOB SUS 01/96, Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS SUS 01/02

| |
|---|
| Município _____ |
| UF _____ |
| Prefeito Municipal _____ |
| Secretário Municipal da Saúde _____ |
| Endereço da SMS _____ |
| CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail _____ |

| AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02 | |
|---|--------------------|
| 2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS) O CMS apresenta composição paritária, conforme Lei 8.142/90, e funcionamento regular | SIM NÃO () () |
| 2.B - Fundo Municipal de Saúde (FMS) O FMS apresenta funcionamento regular, dispõe de rubricas orçamentárias específicas para recebimento do repasse financeiro fundo a fundo e, para pagamento aos prestadores públicos e privados. | () () |
| 2.C -Plano Municipal de Saúde (PMS) Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. Período: | () () |
| 2.D - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual | () () |
| 2.E - Avaliação da Atenção Básica Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS | () () |

| | |
|---|-----------------|
| 2.F - Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso | () () |
| 2.G - Programação Pactuada e Integrada Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso | () () |
| 2.H - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal Recibos do SIOPS | () () |
| 2.I - Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria O componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto. | () () |
| 2.J - Controle, Regulação, e Avaliação Plano de Controle, Regulação, e Avaliação | () () |
| 2.K -Vigilância Sanitária O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de Vigilância Sanitária, capaz desenvolver ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA. | () () |
| 2.L - Vigilância Epidemiológica Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente. Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica | () () () () |
| 2.M - Relatório de Gestão Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito, aprovado pelo CMS | () () |
| 2.N - Comando Único Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal | () () |
| 2.O - Oferta das ações do M1 e de leitos hospitalares Há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade e leitos hospitalares | () () |
| 2.P - Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor | () () |
| 2.Q - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB | () () |
| Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação | () () |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde? _____

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada // Data de conclusão da análise //

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: //

Responsável pela análise do Termo: _____ Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: // Publicação no D.O.U. // Portaria _____ nº ____/____

MS CONASS CONASEMS

Relatório Conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO]

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELECEMOS TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES

PÚBLICOS] No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

| Nome da Unidade | CGC | Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal) | Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade | Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial | Previsão da Revisão do Termo | Valor mensal |
|-----------------|-----|--|--|--|------------------------------|--------------|
|-----------------|-----|--|--|--|------------------------------|--------------|

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO]. [LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

| Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R\$) | | | | | |
|--|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|
| UF: Município: | | | | | |
| Média Complexidade | | Alta Complexidade | | Total | |
| População Própria | População Referenciada | População Própria | População Referenciada | População Própria | População Referenciada |

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE] Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo vigente.

Termo de Habilitação 3

Município Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS SUS 01/02

Município UF
 PrefeitoMunicipal
 Secretário Municipal da Saúde
 Endereço da SMS
 CEP: Tel: () Fax: () E-mail

| AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02 | |
|--|-------------|
| | SIM NÃO |
| 3.A Conselho Municipal de Saúde (CMS) | |
| Ato legal de criação do CMS | 00 () () |
| Atas das 3 últimas reuniões do CMS | |
| 3.B - Fundo Municipal de Saúde (FMS) | |
| Ato legal de criação do FMS Cadastro Financeiro | 00 () () |
| Extratos das contas do FMS referentes aos últimos três meses Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos | 0 0 00 |
| financeiros repassados fundo a fundo. | 0 0 |
| Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados. | |
| 3.C -Plano Municipal de Saúde (PMS) | |
| Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal Ata do CMS aprovando o PMS atualizado | 0 0 () () |
| 3.D - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso | |
| Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual | 00 |
| 3.E - Avaliação da Atenção Básica | |
| Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS | () () |
| 3.F - Termo de Compromisso para Garantia de Acesso | |
| Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso | 00 |

| | | |
|---|------------|------------|
| 3.G - Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria | | |
| Ato legal de criação do componente municipal do SNA | (0) | |
| 3.H - Programação Pactuada e Integrada | | |
| Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso | (0) | |
| 3.I - Controle, Regulação e Avaliação | | |
| Plano de Controle, Regulação, e Avaliação | () | () |
| 3.J - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal | | |
| Recibos do SIOPS | () | () |
| 3.K - Vigilância Sanitária | | |
| Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária | (0) (0) | (0) (0) |
| 3.L - Vigilância Epidemiológica | | |
| Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente. | (0) (0) | (0) (0) |
| Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica | | |
| 3.M - Relatório de Gestão | | |
| Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão | () () | () () |
| 3.N - Comando Único | | |
| Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal | () | () |
| 3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares. | () | () |
| Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade-M1 | | |
| 3.P- Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS | | |
| Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor. | () | () |
| 3.Q - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB | | |
| Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação | () () | () () |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde? _____

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo: _____

Ass.: _____

Comentários: _____

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada // Data de conclusão da análise //

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: // Responsável pela análise do

Termo: _____ Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: // Publicação no D.O.U. //

Portaria _____ nº ____/____

MS CONASS CONASEMS

RELATÓRIO CONCLUSIVO

Com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO] [LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em

seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores. [QUANDO FOR O CASO DE ESTABELECER TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS] No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

| Nome da Unidade | CGC | Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal) | Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade | Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial | Previsão da Revisão do Termo | Valor mensal |
|-----------------|-----|--|--|--|------------------------------|--------------|
|-----------------|-----|--|--|--|------------------------------|--------------|

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO]. [LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

| Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R\$) | | | | | |
|--|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|
| UF: | | | | | |
| Município: | | | | | |
| Média Complexidade | | Alta Complexidade | | Total | |
| População Pró-pria | População Referenciada | População Própria | População Referenciada | População Própria | População Referenciada |

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE]

Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo vigente.

Termo de Habilitação 4

Estado Pleiteante à Gestão Avançada do Sistema Estadual nos termos da NOAS SUS ½

Estado _____

Governador _____

Secretário Estadual da Saúde _____

Endereço da SES _____

CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail _____

| AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02 | |
|---|-----------------|
| | SIM NÃO |
| 4.A Plano Estadual de Saúde (PES) | SIM NÃO |
| Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão Ata da reunião do CES que aprovou o PES | () () () |
| 4.B - Plano Diretor de Regionalização (PDR)) | |
| PDR e PDI de acordo com a NOAS Ata de aprovação do PDR e do PDI na CIB e no CES | () () () |
| 4.C -Programação Pactuada e Integrada (PPI) | |
| PPI de acordo com NOAS Ata de aprovação da PPI na CIB | () () () |
| 4.D - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual | |
| Recibos do SIOPS | () () |
| 4.E - Comissão Intergestores Bipartite | |
| Ato legal de criação da CIB Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito | () () () |
| 4.F - Conselho Estadual de Saúde | |
| Ato legal de criação do CES Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme freqüência prevista na lei ou no regimento | () () |
| 4.G - Fundo Estadual de Saúde | |
| Ato legal de criação do FES; Cadastro financeiro. Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses | () () () () |

| | |
|---|-------------|
| Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados. | () () () |
| 4.H - Relatório de Gestão | |
| Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão | () () () |
| 4.I - Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios | |
| Resolução da CIB atestando a referida transferência | () () |
| 4.J - Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/NOAS | |
| Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação. | () () |
| 4.K - Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria | |
| Ato legal de criação do componente estadual do SNA; Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos | () () () () |
| 4.L - Controle, Regulação, e Avaliação | |
| Plano de Controle, Regulação, e Avaliação | () () |
| 4.M - Vigilância Epidemiológica | |
| Publicação da certificação do estado | () () |
| 4.N - Vigilância Sanitária | |
| Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária Assinatura do Termo de Ajuste de Metas | () () () () |
| 4.O - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso | |
| Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde | () () |
| 4.P - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES | |
| Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos | () () |
| Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito | () () () () |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde? _____

A julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB // ; no CES //

Data de conclusão da análise: na CIB // ; no CES //

Responsável pela análise do processo:

na CIB _____ Ass.: _____;

no CES: _____ Ass.: _____

Comentários: CIB: _____

CES: _____

DECISÃO DA CIB E CES APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

CIB: Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

CES: Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

Presidente do CES _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada // Data de conclusão da análise //

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: //

Responsável pela análise do Termo: _____ Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: // Publicação no D.O.U. // Portaria _____ nº ____ / ____

MS CONASS CONASEMS

Termo de Habilitação 5

Estado Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Estadual nos termos da

NOAS SUS 01/02

Estado _____

Governador _____

Secretário Estadual da Saúde _____

Endereço da SES _____

CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

| | SIM NÃO |
|--|-------------|
| 5.A Plano Estadual de Saúde (PES) | |
| Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão Ata da reunião do CES que aprovou o PES | () () () |
| 5.B - Plano Diretor de Regionalização (PDR)) | |
| PDR de acordo com a NOAS Ata de aprovação do PDR na CIB | () () () |
| Ata de aprovação do PDR no CES | () () |
| 5.C -Programação Pactuada e Integrada (PPI) | |

| | |
|---|-------------------------|
| PPI de acordo com NOAS Ata de aprovação da PPI na CIB | 00 () () |
| 5.D - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual | |
| Recibos do SIOPS | () () |
| 5.E - Comissão Intergestores Bipartite | |
| Ato legal de criação da CIB Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito | 00 0 0 |
| 5.F - Conselho Estadual de Saúde | |
| Ato legal de criação do CES Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento | 00 |
| 5.G - Fundo Estadual de Saúde | |
| Ato legal de criação do FES; Cadastro financeiro. Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses | () () () () () () |
| Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. | 00 0() |
| Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados. | |
| 5.H - Relatório de Gestão | |
| Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde. Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão | 00 00 |
| 5.I - Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios | |
| Resolução da CIB atestando a referida transferência. | () () |
| 5.J - Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/NOAS | |
| Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação. | 00 |
| 5.K - Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria | |
| Ato legal de criação do componente estadual do SNA; | 0 0 00 |
| Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos | |
| 5.L - Controle, Regulação, e Avaliação | |
| Plano de Controle, Regulação, e Avaliação. | 00 |

| | |
|---|-------------|
| 5.M - Vigilância Epidemiológica | |
| Publicação da certificação do estado | () () |
| 5.N - Vigilância Sanitária | |
| Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária Assinatura do Termo de Ajuste de Metas | () () |
| 5.O - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso | |
| Termo de Compromisso do Pacto de | |
| Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde | () () |
| 5.P - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES | |
| Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos | () () |
| Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos | () () () |
| Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito | |
| 5.Q - Dispor de 50% do valor do LIMITE FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA do Estado comprometido com trans-ferências regulares e automáticas aos municípios. | |
| Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validada pela SAS. | () () |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde? _____

A julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB // ; no CES //

Data de conclusão da análise: na CIB // ; no CES //

Responsável pela análise do processo:

Na CIB _____ Ass.: _____; no CES: _____ Ass.: _____

Comentários: CIB: _____

CES _____

DECISÃO DA CIB E CES APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

CIB: Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

CES: Aprovado na Reunião de: // Deliberação nº , de //

Presidente do CES _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria ____nº ____/ ____

MS CONASS CONASEMS