

ANEXO I

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DOS NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

1 - DADOS OPERACIONAIS

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO.

OBSERVAÇÃO: Enumerar todas as fichas utilizadas para o cadastro da equipe, identificando no formato NN/TT, onde NN é o número da folha e TT o total de folhas preenchidas para o cadastro de profissionais da equipe.

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 CNES

Informar o código do CNES ao qual a equipe está vinculada em todas as folhas utilizadas.

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

Informar o nome fantasia do estabelecimento em todas as folhas utilizadas.

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Tipo da Equipe

As equipes serão identificadas a partir da tabela abaixo:

CÓD.	DESCRIÇÃO
06	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF MODALIDADE 1
07	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF MODALIDADE 2
45	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF MODALIDADE 3

3.2 - Nome de Referência da Equipe

As equipes também deverão ser identificadas pelo nome de referência (nome fantasia) em todas as folhas utilizadas.

3.3 - Data de Ativação

Deverá ser informada a data de ativação da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa).

3.4 - Data de Desativação

Deverá ser informada a data da desativação da equipe no formato dd/mm/aaaa.

3.5 - Tipo de Desativação

Deverá ser informado o tipo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓDIGO	TIPO
01	TEMPORÁRIA
02	DEFINITIVA

3.6 - Motivo da Desativação

Deverá ser informado o motivo de desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓD.	DESCRIÇÃO
02	REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
03	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL MÉDICO
07	PROBLEMA DE ESTRUTURA FÍSICA
08	AUDITORIA/SUPERVISÃO
09	FALTA EQUIPE MÍNIMA

4 - VINCULAÇÃO NASF

4.1 Vinculação NASF ao ESF

São admitidas as vinculações de equipes de Estratégia de Saúde da Família dos seguintes tipos: 01, 02, 03, 12 a 21, 24 a 35 e de 39 a 42. Deverá ser identificado no campo específico quais as equipes ESF válidas que serão vinculadas para a implementação do NASF.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

Cada NASF 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três), e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

4.1.1 - Cód. IBGE

Código do município da equipe ESF vinculada ao NASF.

4.1.2 - Cód. CNES

Código do CNES da equipe ESF vinculada ao NASF.

4.1.3 - Cód. e descrição da Área

Código e descrição da área da equipe ESF vinculada ao NASF.

4.1.4 - Cód. e descrição Segmento Territorial

Código e descrição do segmento territorial da equipe ESF vinculada ao NASF.

4.1.5 - Tipo de Equipe

Tipo de Equipe da equipe ESF vinculada ao NASF.

4.2 VINCULAÇÃO NASF a Academia da Saúde

4.2.1 - CNES

Informar o código do CNES do estabelecimento Polo Academia da Saúde, a fim de identificar as vinculações dos Polos às equipes NASF.

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

Informar o nome fantasia do estabelecimento Polo Academia da Saúde.

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

5.1 - Especificação da Equipe

Os profissionais da equipe deverão estar cadastrados previamente no cadastro de profissionais do CNES do estabelecimento onde a equipe será cadastrada. Os campos (5.1.1) Nome do profissional, (5.1.2) CPF, (5.1.3) CBO - Classificação Brasileira de Ocupações, (5.1.4) Cartão Nacional de Saúde (CNS), (5.1.5) Carga Horária Semanal (CHS) serão preenchidos automaticamente após seleção do profissional vinculado ao CNES em pesquisa. Estes dados serão advindos do cadastro de profissionais.

5.1.3 CBO

Para que uma equipe NASF seja considerada válida, deverá ser indicado os CBOs citados no artigo desta Portaria.

5.1.5 Carga Horária Obrigatória

NASF 1:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais; e

III - cada ocupação (família de CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de CHS.

NASF 2:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais; e

III - cada ocupação (família de CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de CHS.

NASF 3:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte horas); e

III - cada ocupação (família de CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

5.1.6 Pertence à Equipe Mínima?

Deverá ser indicado se o profissional a ser vinculado na equipe NASF comporá a equipe mínima. As opções de respostas são: SIM ou NÃO.

5.1.7 Data de entrada

Deverá ser indicada a data de entrada do profissional na equipe NASF.

5.1.8 Data de desligamento

Caso um profissional vinculado à equipe NASF, seja desligado da mesma, deverá ser informada a data de desligamento da equipe NASF. Observar se o profissional estiver sendo desligado da equipe e também do estabelecimento ao qual a equipe está vinculada. Caso positivo, deverá ser informado a data de desligamento do mesmo no cadastro do profissional.

5.1.9 Profissional Carga Horária Complementar

O campo Profissional CH Complementar permanecerá desabilitado para novas inclusões e alterações para equipes NASF I e NASF II. Apenas as equipes implantadas antes da publicação da Portaria GM/MS nº 2.488/2011 podem alterar este campo.

5.2 Composição das Equipes

De acordo com a legislação vigente, as equipes do NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF 1, NASF 2 e NASF 3, deverão ter os seguintes profissionais, de acordo tabela a seguir:

CÓD. CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
225105	MÉDICO ACUPUNTURISTA
251605	ASSISTENTE SOCIAL
2241E1	PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE
223405	FARMACEUTICO
223605	FISIOTERAPEUTA
223810	FONOAUDIOLOGO
225250	MEDICO GINECO OBSTETRA
225195	MÉDICO HOMEOPATA
225124	MÉDICO PEDIATRA
251510	PSICOLOGO CLINICO
225133	MÉDICO PSIQUIATRA
225180	MÉDICO GERIATRA
225125	MÉDICO CLÍNICO
225140	MÉDICO DO TRABALHO
223305	MÉDICO VETERINÁRIO
223710	NUTRICIONISTA
223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL
1312C1	SANITARISTA
515305	EDUCADOR SOCIAL

ANEXO II


SERVIÇO ESPECIALIZADO 147 - SERVIÇO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA, SUAS CLASSIFICAÇÕES E COMPATIBILIDADES COM PROFISSIONAIS (CBO)

CÓD. SERV.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS.	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	C.B.O.	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
147	SERVIÇO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA	001	NASF 1	1	*	*
		002	NASF 2	1	*	*
		003	NASF INTER-MUNICIPAL	1	*	*
		004	NASF 3	2	*	*

* Qualquer ocupação dentre os CBOs elencados no item 5.2 Composição de Equipes do Anexo I desta portaria.

ANEXO III

FICHA COMPLEMENTAR DE CADASTRO DAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (ENASF)

	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Ficha nº 27
	Cadastro de Equipes: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	

1 - DADOS OPERACIONAIS			INCLUSÃO <input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/>	EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
2.1 - CNES		2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE					
3.1 - Tipo da Equipe					
Cód. <input type="text"/>		Descrição <input type="text"/>			
3.2 - Nome de Referência da Equipe					
<input type="text"/>					
3.3 - Data de Ativação		3.4 - Data de Desativação		3.5 - Tipo da Desativação	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Cód. <input type="text"/> Descrição <input type="text"/>	
				Cód. <input type="text"/> Descrição <input type="text"/>	

4 - VINCULAÇÃO NASF					
4.1 - Vinculação NASF ao ESF					
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.3 Cód. Área Descrição Área	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.4 Cód. Segmento Descrição Segm.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.5 Tipo de Equipe	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.3 Cód. Área Descrição Área	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.4 Cód. Segmento Descrição Segm.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.5 Tipo de Equipe	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.3 Cód. Área Descrição Área	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.4 Cód. Segmento Descrição Segm.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.1.1 Cód. IBGE		4.1.2 Cód CNES		4.1.5 Tipo de Equipe	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

4.2 - Vinculação NASF a Academia da Saúde					
4.2.1 - CNES		4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
4.2.1 - CNES		4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
4.2.1 - CNES		4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO					
Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)		Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade		Data	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS		Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS		Data	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE - Continuação

5.1 - Especificação da Equipe

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB

HOSP

Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

6 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data