**Modelo de Parecer Técnico – Resolução CIB/MT 072 de 03 de outubro de 2019, que dispõe sobre o fluxo de implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal do estado de Mato Grosso.**

**Data:** *[Data da Visita]*

**Município:** *[Nome do Município]*

**Unidade de Saúde:** *[Nome da Unidade de Saúde e CNES]*

**Nome da Equipe:** *[Nome da Equipe e INE]*

**Técnico Responsável pela Visita:** *[Nome do Técnico]*

**1. Contexto da Visita**

 *A presente visita deverá ser realizada conforme as diretrizes estabelecidas na Resolução CIB/MT de 03 de outubro de 2019, que dispõe sobre o fluxo de implantação das Equipes de Saúde da Família e/ou Saúde Bucal no âmbito do Estado de MT*.

**2. Informações Gerais**

**- Localização da Unidade Básica de Saúde:** [Endereço Completo da Unidade de Saúde]

**- Data da Solicitação de Implantação da Equipe de Saúde da Família:** *[Data da solicitação feita pelo Município]*

**3. Infraestrutura e Recursos Disponíveis**

**- Condições das Instalações Físicas:** *[Descrever as condições das instalações físicas da unidade de saúde]*

**- Equipamentos não Disponíveis:** *[Listar os equipamentos não disponíveis na unidade de saúde]*

**- Recursos Humanos Atuais:** *[Descrição da equipe de saúde atual, incluindo profissionais disponíveis e indicando se a equipe está completa ou não]*

**4. Análise e Recomendações**

**- Adequação para Implantação da Equipe de Saúde da Família:** *[Espaço para descrever se a unidade de saúde possui as condições mínimas para a implantação da equipe de saúde da família]*

**- Necessidades Identificadas:** *[Lista das necessidades e irregularidades identificadas durante a visita, que devem ser atendidas para a implantação da equipe. Incluir os prazos estabelecidos para correção das irregularidades identificadas, em comum acordo com os municípios]*

**- Recomendações para Regularização de Pendências:** *[Sugestões para regularizar as pendências encontradas durante a visita]*

**5. Conclusão**

Com base na análise realizada durante a visita a [**Nome da ESF/ESB**], recomenda-se:

[ ] Aprovar a solicitação de implantação da Equipe de Saúde da Família (ESF) e/ou Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Unidade Básica de Saúde visitada.

[ ] Aprovar com ressalvas, solicitando ajustes ou complementações conforme as necessidades identificadas.

[ ] Não aprovar a solicitação de implantação da ESF/ESB devido a pendências ou inadequações identificadas.

**Assinaturas:**

**Técnico Responsável pela Visita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diretor (a) do Escritório Regional de Saúde:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBS.:** *Este parecer técnico é parte do processo de análise para implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) conforme estabelecido pela legislação vigente (Resolução CIB/MT nº 072 de 03 de outubro de 2019) e deverá ser considerado na emissão da Resolução CIR que aprova a implantação da ESF/ESB.*