



Resolução CIB/MT N° 071 de 05 de Agosto de 2015.

Dispõe sobre o fluxo para credenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – A Portaria GM N° 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da Família (SF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

II – A Resolução CIB N° 046, de 25 de junho de 2009, que dispõe sobre o fluxo para credenciamento e descredenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.

III – Considerando o atual cenário de credenciamento das Equipes de Atenção Básica, junto ao Ministério da Saúde.

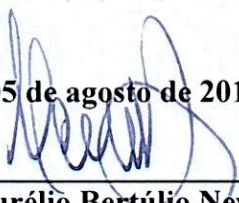
RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer o fluxo de credenciamento das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme Instrução Normativa CIB/MT N° 001 de 05 de agosto de 2015.

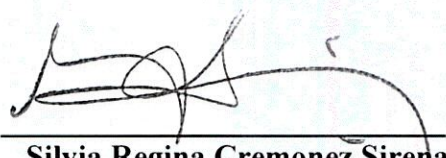
Art. 2º - Para fins de implantação, descredenciamento e suspensão de recursos financeiros federais de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), permanecem os fluxos estabelecidos na Resolução CIB n° 046 de 25 de junho de 2009.

Art. 3º- Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua assinatura, tornando sem efeito todas as disposições em contrário.

Cuiabá, 05 de agosto de 2015.



Marco Aurélio Bertúlio Neves
Presidente da CIB/MT



Silvia Regina Cremonez Sirena
Presidente do COSEMS/MT



INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015.

DO CREDENCIAMENTO:

I – A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve protocolar junto ao Escritório Regional de Saúde proposta de credenciamento de Equipe(s) de Saúde da Família (ESF), Equipe(s) de Saúde Bucal (ESB) ou mudança da Modalidade da ESB, Agente(s) Comunitário(s) de Saúde (ACS) e do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme os Anexos desta Resolução.

II – O **Escritório Regional de Saúde (ERS)** analisa a proposta e se estiver adequada, informa a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Coordenadoria de Atenção Primária/SES, para conhecimento;

III – O ERS terá o prazo máximo de 15 dias, após a data do protocolo de entrada da proposta de credenciamento, para a análise e emissão parecer;

IV – A **Comissão Intergestores Regional (CIR)** analisa e aprova a proposta de credenciamento da(s) equipe(s) e envia à CIB/MT através de Proposição Operacional;

V – A **Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (CIB-MT)** homologa a Proposição Operacional e encaminha ao MS para providências de credenciamento.



Resolução CIB/MT N° 071 de 05 de Agosto de 2015.

Dispõe sobre o fluxo para credenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – A Portaria GM N° 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da Família (SF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

II – A Resolução CIB N° 046, de 25 de junho de 2009, que dispõe sobre o fluxo para credenciamento e descredenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.

III – Considerando o atual cenário de credenciamento das Equipes de Atenção Básica, junto ao Ministério da Saúde.

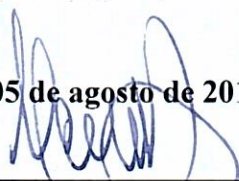
RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer o fluxo de credenciamento das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme Instrução Normativa CIB/MT N° 001 de 05 de agosto de 2015.

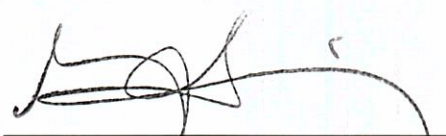
Art. 2º - Para fins de implantação, descredenciamento e suspensão de recursos financeiros federais de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), permanecem os fluxos estabelecidos na Resolução CIB n° 046 de 25 de junho de 2009.

Art. 3º- Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua assinatura, tornando sem efeito todas as disposições em contrário.

Cuiabá, 05 de agosto de 2015.



Marco Aurélio Bertúlio Neves
Presidente da CIB/MT



Silvia Regina Cremones Sirena
Presidente do COSEMS/MT



INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015.

DO CREDENCIAMENTO:

I – A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve protocolar junto ao Escritório Regional de Saúde proposta de credenciamento de Equipe(s) de Saúde da Família (ESF), Equipe(s) de Saúde Bucal (ESB) ou mudança da Modalidade da ESB, Agente(s) Comunitário(s) de Saúde (ACS) e do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme os Anexos desta Resolução.

II – O **Escritório Regional de Saúde (ERS)** analisa a proposta e se estiver adequada, informa a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Coordenadoria de Atenção Primária/SES, para conhecimento;

III – O ERS terá o prazo máximo de 15 dias, após a data do protocolo de entrada da proposta de credenciamento, para a análise e emissão parecer;

IV – A **Comissão Intergestores Regional (CIR)** analisa e aprova a proposta de credenciamento da(s) equipe(s) e envia à CIB/MT através de Proposição Operacional;

V – A **Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (CIB-MT)** homologa a Proposição Operacional e encaminha ao MS para providências de credenciamento.



**ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO
DE 2015**

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO DE ACS

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de Agente Comunitário de Saúde - ACS:

Agentes Comunitários de Saúde			
Teto	Credenciados pelo MS	Implantados (em funcionamento)	A credenciar



ANEXO II DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO DE ESF

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de Equipe de Saúde da Família - ESF:

Equipe de Saúde da Família			
Teto	Credenciadas pelo MS	Implantadas (em funcionamento)	A credenciar

2.1 Caracterização Territorial e Demográfica da ESF*:

Identificação (nome) da Área de Abrangência da Equipe (Bairro/Comunidade)	População Estimada	Segmento Territorial (urbano ou rural)
G		
A		
A		
O		

* Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, identificar cada equipe em linhas distintas

2.2 Caracterização da população a ser coberta pelas ações da ESF*:

A ESF atenderá:

- () População Geral
() População remanescente de quilombos – Nº de pessoas: _____
() População residente em assentamentos – Nº de pessoas: _____

Obs: Pode-se marcar mais de uma opção.

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, responder o item 2.2 para cada ESF a ser credenciada.

2.3 Caracterização da Unidade Básica de Saúde*:

2.3.1 A ESF a ser credenciada já possui uma estrutura física para implantação?

() Sim () Não



Se não possui, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município (construção de nova UBS, aluguel de imóvel, entre outras)

Se sim, preencher o quadro abaixo:

Nome da UBS	Tipo de Locação**	Nº do CNES	Essa UBS será reformada ou ampliada? (responder sim ou não)

**Tipo de locação = imóvel próprio, alugado ou cedido.

2.3.2. Já existem Materiais e Equipamentos disponíveis para uso da ESF?

() Sim () Não

Se não, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município para aquisição (abertura de licitação, previsão de emenda parlamentar, entre outras).

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, deve responder o item 2.3 para cada ESF a ser credenciada.

2.4. Formas de seleção e contratação dos profissionais e regime de trabalho:

Profissional	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga horária ⁴
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar ou técnico de enfermagem				
Agente comunitário de saúde (ACS)				
Outros profissionais (especificar)				

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, responder o item 2.4 para cada ESF a ser credenciada.

Nota:¹Forma de seleção = concurso público, seleção pública, programas de provimento do governo federal, outros



ANEXO III DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO E MUDANÇA DE MODALIDADE DE ESB

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de Equipe de Saúde Bucal - ESB:

Equipe de Saúde Bucal				A credenciar	
Modalidade I		Modalidade II		Modalidade I	Modalidade II
Credenciadas pelo MS	Implantadas (em funcionamento)	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantadas (em funcionamento)	(CD+ASB ou CD+TSB)	(CD+ASB+TSB ou CD+ 2 TSB)

2.1 Caracterização Territorial e Demográfica da ESB*:

Identificação (nome) da Área de Abrangência da Equipe (Bairro/Comunidade)	População Estimada	Segmento Territorial (urbano ou rural)

* Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESB, identificar cada equipe em linhas distintas.

2.2 Caracterização do Consultório Odontológico no qual a ESB será credenciada*.

2.2.1 Já existe a estrutura física para o Consultório Odontológico?

() Sim () Não

Se não, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município (construção de nova UBS, ampliar e/ou reformar UBS já existente, entre outras):



Resolução CIB/MT N° 071 de 05 de Agosto de 2015.

Dispõe sobre o fluxo para credenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – A Portaria GM N° 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da Família (SF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

II – A Resolução CIB N° 046, de 25 de junho de 2009, que dispõe sobre o fluxo para credenciamento e descredenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.

III – Considerando o atual cenário de credenciamento das Equipes de Atenção Básica, junto ao Ministério da Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer o fluxo de credenciamento das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme Instrução Normativa CIB/MT N° 001 de 05 de agosto de 2015.

Art. 2º - Para fins de implantação, descredenciamento e suspensão de recursos financeiros federais de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), permanecem os fluxos estabelecidos na Resolução CIB n° 046 de 25 de junho de 2009.

Art. 3º- Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua assinatura, tornando sem efeito todas as disposições em contrário.

Cuiabá, 05 de agosto de 2015.



Marco Aurélio Bertúlio Neves
Presidente da CIB/MT



Silvia Regina Cremonez Sirena
Presidente do COSEMS/MT



INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015.

DO CREDENCIAMENTO:

I – A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve protocolar junto ao Escritório Regional de Saúde proposta de credenciamento de Equipe(s) de Saúde da Família (ESF), Equipe(s) de Saúde Bucal (ESB) ou mudança da Modalidade da ESB, Agente(s) Comunitário(s) de Saúde (ACS) e do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme os Anexos desta Resolução.

II – O **Escritório Regional de Saúde (ERS)** analisa a proposta e se estiver adequada, informa a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Coordenadoria de Atenção Primária/SES, para conhecimento;

III – O ERS terá o prazo máximo de 15 dias, após a data do protocolo de entrada da proposta de credenciamento, para a análise e emissão parecer;

IV – A **Comissão Intergestores Regional (CIR)** analisa e aprova a proposta de credenciamento da(s) equipe(s) e envia à CIB/MT através de Proposição Operacional;

V – A **Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (CIB-MT)** homologa a Proposição Operacional e encaminha ao MS para providências de credenciamento.



**ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO
DE 2015**

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO DE ACS

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de Agente Comunitário de Saúde - ACS:

Agentes Comunitários de Saúde			
Teto	Credenciados pelo MS	Implantados (em funcionamento)	A credenciar



**ANEXO II DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO
DE 2015**

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO DE ESF

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de Equipe de Saúde da Família - ESF:

Equipe de Saúde da Família			
Teto	Credenciadas pelo MS	Implantadas (em funcionamento)	A credenciar

2.1 Caracterização Territorial e Demográfica da ESF*:

Identificação (nome) da Área de Abrangência da Equipe (Bairro/Comunidade)	População Estimada	Segmento Territorial (urbano ou rural)

* Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, identificar cada equipe em linhas distintas

2.2 Caracterização da população a ser coberta pelas ações da ESF*:

A ESF atenderá:

- () População Geral
() População remanescente de quilombos – Nº de pessoas: _____
() População residente em assentamentos – Nº de pessoas: _____

Obs: Pode-se marcar mais de uma opção.

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, responder o item 2.2 para cada ESF a ser credenciada.

2.3 Caracterização da Unidade Básica de Saúde*:

2.3.1 A ESF a ser credenciada já possui uma estrutura física para implantação?

() Sim () Não



Se não possui, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município (construção de nova UBS, aluguel de imóvel, entre outras)

Se sim, preencher o quadro abaixo:

Nome da UBS	Tipo de Locação ^{**}	Nº do CNES	Essa UBS será reformada ou ampliada? (responder sim ou não)

^{**}Tipo de locação = imóvel próprio, alugado ou cedido.

2.3.2. Já existem Materiais e Equipamentos disponíveis para uso da ESF?

() Sim () Não

Se não, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município para aquisição (abertura de licitação, previsão de emenda parlamentar, entre outras).

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, deve responder o item 2.3 para cada ESF a ser credenciada.

2.4. Formas de seleção e contratação dos profissionais e regime de trabalho:

Profissional	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga horária ⁴
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar ou técnico de enfermagem				
Agente comunitário de saúde (ACS)				
Outros profissionais (especificar)				

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESF, responder o item 2.4 para cada ESF a ser credenciada.

Nota:¹Forma de seleção = concurso público, seleção pública, programas de provimento do governo federal, outros



ANEXO III DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO E MUDANÇA DE MODALIDADE DE ESB

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de Equipe de Saúde Bucal - ESB:

Equipe de Saúde Bucal				A credenciar	
Modalidade I		Modalidade II		Modalidade I	Modalidade II
Credenciadas pelo MS	Implantadas (em funcionamento)	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantadas (em funcionamento)	(CD+ASB ou CD+TSB)	(CD+ASB+TSB ou CD+ 2 TSB)

2.1 Caracterização Territorial e Demográfica da ESB*:

Identificação (nome) da Área de Abrangência da Equipe (Bairro/Comunidade)	População Estimada	Segmento Territorial (urbano ou rural)

Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESB, identificar cada equipe em linhas distintas.

2.2 Caracterização do Consultório Odontológico no qual a ESB será credenciada*.

2.2.1 Já existe a estrutura física para o Consultório Odontológico?

() Sim () Não

Se não, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município (construção de nova UBS, ampliar e/ou reformar UBS já existente, entre outras):



Se sim, preencher o quadro abaixo.

Nome da UBS	Tipo de Locação	Nº do CNES	Essa UBS será reformada ou ampliada para receber a ESB? (responder sim ou não)

**Tipo de locação = imóvel próprio, alugado ou cedido.

2.2.2. Já existem Materiais e Equipamentos adquiridos para uso da ESB?

() Sim () Não

Se não, descrever quais medidas estão sendo tomadas pelo município para aquisição (abertura de licitação, previsão de emenda parlamentar, entre outros)

-

* Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESB, deve responder o item 2.2 para cada ESB a ser credenciada.

2.3 Formas de seleção e contratação dos profissionais e regime de trabalho*:

Profissional	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga horária ⁴
Cirurgião Dentista	A			
Auxiliar de Saúde Bucal	C A O			
Técnico em Saúde Bucal				

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 ESB, responder o item 2.3 para cada ESB a ser credenciada.

Nota:¹ Forma de seleção = concurso público, seleção pública, outros

² Forma de contratação = efetivo, contrato temporário, outros

³ Regime de trabalho = estatutário, celetista, outros

⁴ Carga Horária: 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita na Portaria MS/GM nº 2488/2011.

2.4. Mudança de Modalidade de ESB

() Mudança de modalidade I para modalidade II.

() Mudança de modalidade II para modalidade I.

2.4.1 Caso a alteração seja de modalidade I para II:

a) Já existe a equipe auxiliar para compor a Modalidade II (ASB+ TSB ou 02 TSB)?

() sim () não



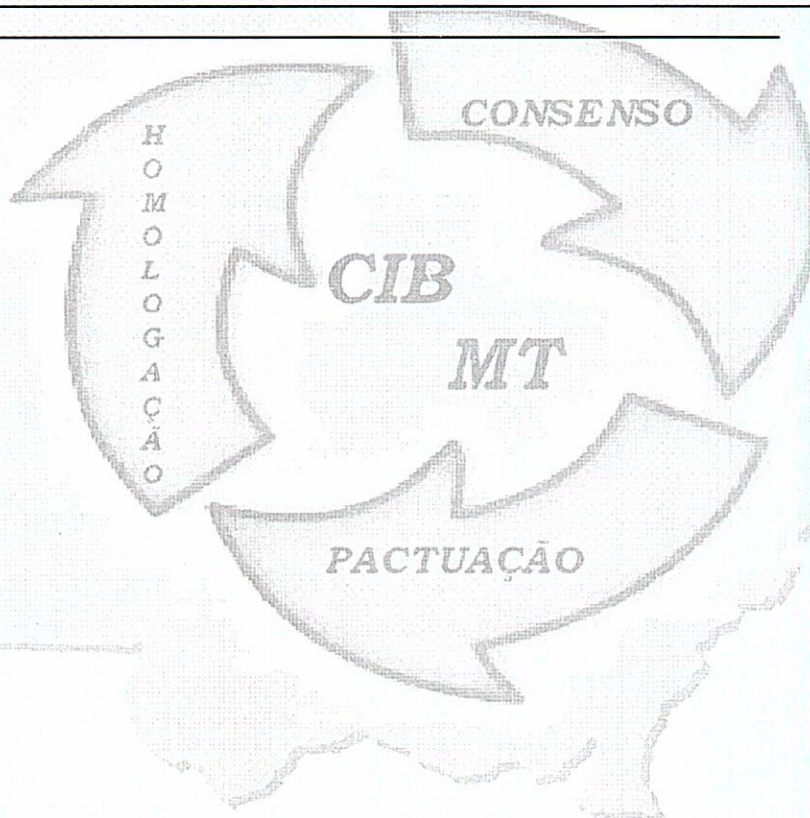
- b) A dimensão do consultório odontológico comporta a complementação de equipamentos, instrumentais, materiais e mobiliários para essa modalidade, respeitando as condições ergonômicas?

() sim () não

- c) Já foram adquiridos os equipamentos, instrumentais, materiais e mobiliários para essa modalidade?

() sim () não

Caso alguma das respostas anteriores seja negativa, descrever quais medidas estão sendo tomadas:





ANEXO IV DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 001 DE 05 DE AGOSTO DE 2015

FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO DE NASF

1. Caracterização Geral

Município: _____

População: _____

Região de Saúde: _____

2. Credenciamento de NASF

Núcleo de Apoio à Saúde da Família						
Nasf Tipo 1		Nasf Tipo 2		Nasf Tipo 3		Nasf Tipo.....
Credencia das pelo Ministério da Saúde	Implantada (em funcionam ento)	Credencia da pelo Ministério da Saúde	Implantada (em funcionam ento)	Credenciada pelo Ministério da Saúde	Implantada (em funcioname nto)	A credenciar

2.1 Caracterização do NASF*

a) Vinculado a Academia da Saúde: () sim () não

Se sim, quantas: _____

b) Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual o NASF será cadastrado: _____

c) Nº CNES: _____

Nome da(s) ESF vinculada(s) ao NASF	População total Coberta pela ESF/ESB (nº de pessoas)



2.2 Composição da equipe do NASF:

Categoria Profissional	Número de Profissionais	Carga Horária (por profissional)	Somatória da Carga Horária Semanal da Equipe de NASF

*Caso o município esteja propondo o credenciamento de mais de 01 NASF, responder o item 2.2 para cada equipe a ser credenciada.

