



RESOLUÇÃO CIR Nº 24 DE 25 DE OUTUBRO DE 2017.

Dispõe sobre a mudança de modalidade II para modalidade I das Equipes de Saúde Bucal vinculadas às ESF Centro, ESF São Francisco e ESF Nova Vacaria, totalizando 3 ESB MOD I no município de Comodoro, situado na Região de Saúde Sudoeste Mato-Grossense.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO,
no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I- Portaria GM/MS Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017,** que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- II- Portaria/GM Nº 548, de 04 de abril de 2013,** que define o valor de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1, 2 e 3;
- III- Resolução CIB Nº 046 de 25 de junho de 2009,** que dispõe sobre o fluxo de 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;
- IV- Resolução CIB Nº 071 de 05 de agosto de 2015,** que 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;
- V- A Nota Técnica nº 02/2017/COAP/SAS/SES/MT,** que orienta sobre o fluxo para credenciamento e implantação 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.
- VI- O Parecer Técnico Nº 04/2017 Mudança de Modalidade II para I** do setor de Atenção em Saúde/ Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda de 25 de outubro /2017; sendo favorável à mudança de Modalidade II para Modalidade I CNES –3846881, 2394057 e 6157270;
- VII- Ofício Nº 405/2017/SMS/Comodoro/2017;**
- VIII- Ata Nº 273/2017/CMS de Comodoro de 2017**

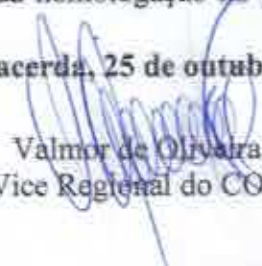
RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar a mudança de modalidade II para modalidade I das Equipes de Saúde Bucal vinculadas às ESF Centro, ESF São Francisco e ESF Nova Vacaria, totalizando 3 ESB MOD I no município de Comodoro, situado na Região de Saúde Sudoeste Mato-Grossense.

Art. 2º - Esta Proposição Operacional entra em vigor após sua homologação no plenário da CIB/MT.


Romes Ferreira de Amurim
Coordenador da CIR/Sudoeste
Mato-Grossense

Pontes e Lacerda, 25 de outubro de 2017.


Valmor de Oliveira
Suplente Vice Regional do COSEMS/MT



ANEXO III DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 71/2015 FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO E MUDANÇA DE MODALIDADE DE ESB

1. Caracterização Geral

Município: COMODORO MT

População: 18970

Região de Saúde: SUDOESTE MATOGROSSENSE

2. Credenciamento de Equipe de Saúde Bucal - ESB:

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

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)
ESF São Francisco	3.500	Urbana

* 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?

(x) 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 faz necessário a mudança por falta de profissional Capacitado e equipamentos



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)
ESF São Francisco	Próprio	2394057	Não

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

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

(x) Sim() Não

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

Solicitamos alteração na modalidade pelo fato do município apenas possuir equipamentos para modalidade I.

* 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	Concurso Público	Efetivo	Estatutário	40 hs
Auxiliar de Saúde Bucal				
Técnico em Saúde Bucal	Concurso Público	Efetivo	Estatutário	40 hs

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

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

²Forma de contratação = efetivo, contrato temporário, outros

³Regime de trabalho = estatutário, celetista, outros

⁴Carga 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.
(x) 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 III DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 71/2015 FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO E MUDANÇA DE MODALIDADE DE ESB

1. Caracterização Geral

Município: COMODORO MT

População: 18970

Região de Saúde: SUDOESTE MATOGROSSENSE

2. Credenciamento de Equipe de Saúde Bucal - ESB:

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

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)
ESF Centro	4.000	Urbana

* 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?

(x) 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 faz necessário a mudança por falta de profissional Capacidade e equipamentos



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)
ESF Centro	Próprio	3846881	Não

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

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

(x) Sim () Não

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

Solicitamos alteração na modalidade pelo fato do município apenas possuir equipamentos para modalidade I.

* 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	Concurso Público	Efetivo	Estatutário	40 hs
Auxiliar de Saúde Bucal				
Técnico em Saúde Bucal	Concurso Público	Efetivo	Estatutário	40 hs

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

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

²Forma de contratação = efetivo, contrato temporário, outros

³Regime de trabalho = estatutário, celetista, outros

⁴Carga 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.
(x) 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 III DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 71/2015 FORMULÁRIO PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO E MUDANÇA DE MODALIDADE DE ESB

1. Caracterização Geral

Município: COMODORO MT

População: 18970

Região de Saúde: SUDOESTE MATOGROSSENSE

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)
				Solicitar mudança de modalidade II para I	

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)
ESF Nova Vacaria	3.500	Urbana

* 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?

(x) 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 faz necessário a mudança por falta de profissional Capacitado e equipamentos

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)
ESF Nova Vacaria	Próprio	6157270	Não

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

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

(x) Sim () Não

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

Solicitamos alteração na modalidade pelo fato do município apenas possuir equipamentos para modalidade I.

* 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*	Forma de Contratação*	Regime de Trabalho*	Carga horária*
Cirurgião Dentista	Concurso Público	Efetivo	Estatutário	40 hs
Auxiliar de Saúde Bucal				
Técnico em Saúde Bucal	Concurso Público	Efetivo	Estatutário	40 hs

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

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

* Forma de contratação = efetivo, contrato temporário, outros

* Regime de trabalho = estatutário, celetista, outros

* 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.
(x) 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:



PREFEITURA MUNICIPAL DE COMODORO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



Ala de nº 273 (duzentos e setenta e três) - Reunião Ordinária
Conselho Municipal de Saúde de Comodoro/MT

Aos vinte e seis dias do mês de julho de dois mil e dezessete (26/07/2017), às catorze horas e quinze minutos (14:15h), reuniram-se na Sala de Reuniões do ComodoroPREVI, os membros que compõem o Conselho Municipal de Saúde, tendo presente 07 (sete) pessoas, conforme lista de presença anexo. Após conferência de quórum, deu-se início à reunião. **Primeiro item de pauta: Modalidade em atendimento odontológico na Saúde Básica:** Esteve presente a Sra. Fabiana Zimmermann, que apresentou ao pleno a situação da modalidade de atendimento odontológico público no município, o qual apresenta erros perante o Escritório Regional de Saúde, como a inscrição de MODALIDADE 2, sendo que o município realiza o atendimento na MODALIDADE 1. Como solução de correção, o município deve voltar para a Modalidade 1 na inscrição do ERS. O pleno aprova a proposta por unanimidade para alteração. **Segundo item de pauta: Problemas de estrutura na ESF Centro:** A Sra. Ana Maria Ramazotti colocou em discussão a situação do ESF Centro, o qual está com problema de espaço, onde os agentes de saúde dividem espaço com a cozinha, e há problemas de fluxo no local. A Sra. Fabiana Zimmermann explicou que no momento a Gestão do município enfrenta problemas nas finanças, e uma obra neste momento é inviável para os recursos que o município dispõe. Pontuou que ficará registrado para que eventualmente ocorra ampliação da unidade de saúde. **Terceiro item de pauta: Conferência Municipal de Vigilância em Saúde:** A Sra. Fabiana informou que será realizada no dia 23 de agosto de 2017 a Conferência Municipal de Vigilância em Saúde, com o tema "Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público, Qualidade", onde reúne os departamentos de vigilância da SMS e tem como objetivo propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à Saúde. O pleno concorda com a data e realização da Conferência. **Quarto item de pauta: Aprovação da prestação**



SECRETARIA MUNICIPAL DE COMODORO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



de contas do mês de Maio/2017 e apresentação da Prestação de contas do mês de Junho/2017: Foi aprovada pelo pleno a prestação de contas do mês de Maio/2017. Foi apresentada ao pleno a Prestação de contas do mês de Junho/2017 para análise. Quinto item de pauta: Apresentação e aprovação da publicação da lista da REMUME 2017/2019, do município: Foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde o Ofício nº 246/2017, o qual trata da relação de medicamentos essenciais do município de Comodoro/MT e pede providências. Após apresentação foi aprovada para confecção de resolução do Conselho. Assuntos diversos: Funcionários novos: O Sr. Lindomar dos Anjos questionou acerca da nova recepcionista que entrou em atividade na SMS. A Sra. Fabiana explicou que a Secretaria de Saúde está com baixa quantidade de servidores, e foi necessário que a Sra. Geisiane fosse removida para a SMS, a qual antes estava lotada no Almoxarifado Municipal. Sendo o que havia a ser tratado, eu Thadiney Junno Lima Pereira, lavrei a presente ata que após lida e corrigida será assinada por mim e os demais presentes.

Parecer Técnico Nº 04/2017 Mudança de Modalidade II para I

Conforme análise da documentação apresentada e visita técnica realizada, somos FAVORÁVEIS, à mudança de MODALIDADE das Equipes de Saúde Bucal II para I das ESF Centro, ESF São Francisco e ESF Nova Vacaria, totalizando 03 Modalidades II para modalidade I no município de Comodoro, situado na Região de Saúde Sudoeste Matogrossense.

Pontes e Lacerda, 25 de outubro de 2017.

Técnicos do Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda


Ana Carolina Guedes Maximiliano Ferro


Ilda Aparecida da Silva


Romes Ferreira Amurim
Diretor Escritório Regional de Saúde
De Pontes e Lacerda