

Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de regulamentar a Norma Operacional Básica do SUS 01/96, publicada em anexo à Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 e a publicação da Portaria/GM/MS nº 1882 de 18.12.97, **RESOLVE:**

Art. 1º A habilitação de Estados e Municípios às condições de gestão previstas na NOB SUS 01/96 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 2º A mudança de uma condição de gestão para outra significa um novo processo de habilitação, com o cumprimento integral dos requisitos complementares e dos trâmites estabelecidos na NOB SUS 01/96.

Parágrafo único. O descumprimento das responsabilidades inerentes a cada condição de gestão de Estado ou Município, por parte do gestor, implica perda da condição de gestão em que se encontra, ficando as Comissões Intergestores Bipartite - CIB e a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, incumbidas de julgar cada caso e adotar as medidas cabíveis.

Art. 3º O Ministério da Saúde é responsável pelo acompanhamento e avaliação dos Sistemas Estaduais de Saúde.

Art. 4º Os Estados são responsáveis pelo acompanhamento e avaliação dos Sistemas Municipais de Saúde e devem comprometer-se a adotar os mecanismos de acompanhamento e avaliação a serem definidos pela CIT.

Art. 5º Os incidentes verificados no processo de habilitação serão resolvidos pelo Conselho Estadual de Saúde e, sucessivamente, pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 6º Os repasses automáticos e regulares fundo a fundo, previstos na NOB SUS 01/96, do Ministério da Saúde para Estados e Municípios deverão ocorrer até o quinto dia útil do mês subsequente ao de competência.

Parágrafo único. Os Estados e Municípios, habilitados conforme a NOB SUS 01/96, passarão a receber os recursos financeiros que lhes são devidos, por intermédio de repasse automático e regular fundo a fundo, a partir do mês subsequente ao da publicação da Portaria de homologação da respectiva habilitação, expedida pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º Os Estados e Municípios habilitados deverão realizar o pagamento aos prestadores de serviços após o repasse dos recursos fundo a fundo efetuado pelo Ministério da Saúde, nos prazos estabelecidos pela CIT.

Art. 8º A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os Estados, no que couber.

Art. 9º A habilitação à condição de GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA dependerá do cumprimento de todos os requisitos descritos no item 15.1.2, com assunção das responsabilidades definidas no item 15.1.1 e garantia das prerrogativas definidas no item 15.1.3, todos da NOB SUS 01/96.

§ 1º Os requisitos previstos neste artigo serão comprovados na forma do **Anexo 1**.

§ 2º Os Municípios já habilitados à condição de gestão incipiente ou parcial, pleiteantes à condição de Gestão Plena da Atenção Básica, deverão apresentar os documentos relacionados no item 17.2.1 da NOB SUS 01/96, conforme o disposto no **Anexo 2**.

Art. 10. A habilitação de Municípios à condição de GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA compreende as seguintes etapas e trâmites:

I- formação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

II- aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS;

III- apreciação e aprovação do processo pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB;

IV- encaminhamento do processo pelo município, à CIT, se vencido o prazo do inciso anterior;

V- preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação conforme **Anexo 6** (modelo A ou B);

VI- publicação do ato de habilitação do Município no Diário Oficial do Estado, pela Secretaria Estadual de Saúde, com encaminhamento de cópia à Secretaria Técnica da CIT, acompanhada do Termo de Habilitação para ratificação, se o Município estiver localizado em Estado já habilitado nos termos da NOB SUS 01/96;

VII- encaminhamento, pela CIB, do Termo de Habilitação para aprovação pela CIT, se o Município estiver localizado em Estado não habilitado nos termos da NOB SUS 01/96;

VIII- arquivamento de todo o processo de habilitação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT;

IX- recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação e dos **Anexos 7 e 8**, encaminhados para:

a) as análises pertinentes;

b) preparação de expediente para apreciação pela CIT;

c) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Município, para as providências necessárias;

X- homologação, por Portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas e ratificadas pela CIT, à medida em que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96.

§ 1º O processo de habilitação completo deverá conter todos os documentos comprobatórios do cumprimento dos requisitos para habilitação à condição de gestão e a Declaração do Teto Financeiro Global do Município, nos termos da NOB SUS 01/96, relativo aos recursos de custeio da esfera federal, definido pela CIB a partir da Programação Pactuada e Integrada - PPI, com a aprovação do gestor municipal.

§ 2º A Declaração do Teto Financeiro Global do Município, contida no Termo de Habilitação a que se refere o inciso V deste artigo, indicará o total de recursos definidos pela CIB para o município, discriminando os recursos que serão pagos por prestação de serviços e a parcela a ser transferida de forma regular e automática fundo a fundo, com especificação dos seguintes itens:

I- Teto Financeiro para a Assistência do Município (TFAM), discriminando o que comporá o teto do município, nas parcelas abaixo:

a) de Atenção Hospitalar com especificação dos valores relativos à Autorização de Internação Hospitalar - AIH, ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa - FIDEPS e ao Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E;

b) de Atenção Ambulatorial com especificação dos valores relativos à assistência básica - parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, à Fração Assistencial Especializada (FAE) e à Remuneração de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade;

c) dos Incentivos do Piso da Atenção Básica - Parte Variável, com especificação dos valores relativos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica Básica, ao Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

II- Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), compreendendo:

- a) ações de média e de alta complexidade;
 - b) recursos do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária - PDAVS;
- III- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Art. 11. A habilitação à condição de GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL dependerá do cumprimento de todos os requisitos descritos no item 15.2.2, com assunção das responsabilidades definidas no item 15.2.1 e garantia das prerrogativas do item 15.2.3, todos da NOB SUS 01/96.

§ 1º Os requisitos previstos neste artigo serão comprovados na forma do **Anexo 3**.

§ 2º Os Municípios já habilitados à condição de gestão simplificada, pleiteantes à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão apresentar os documentos relacionados no item 17.2.2 da NOB SUS 01/96.

§ 3º Os requisitos previstos no parágrafo anterior serão comprovados na forma do **Anexo 4**.

Art. 12. A habilitação de Municípios à condição de GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL compreende as seguintes etapas e trâmites:

- I- formação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;
- II- aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS;
- III- apreciação e aprovação do processo pela CIB no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB;
- IV- encaminhamento do processo pelo município, à CIT, se vencido o prazo do inciso anterior;
- V- preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação conforme **Anexo 6** (modelo C ou D);
- VI- elaboração, pela CIB, de Relatório que ateste as condições técnicas e administrativas do Município para assumir esta condição de gestão, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96;
- VII- encaminhamento ao Ministério da Saúde do Termo de Habilitação, acompanhado do Relatório referido no inciso anterior, para apreciação na Secretaria Técnica da CIT e aprovação pela CIT;
- VIII- arquivamento de todo o processo, na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT;
- IX- recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação e dos **Anexos 7 e 8** encaminhados pela CIB para:
 - a) as análises pertinentes;
 - b) preparação de expediente para apreciação pela CIT;
 - c) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Município, para as providências necessárias;
- X- homologação, por Portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96.

§ 1º Além dos documentos previstos neste artigo, será exigida, para habilitação, a Declaração do Teto Financeiro Global do Município, nos termos da NOB SUS 01/96, relativo aos recursos de custeio da esfera federal, definido pela CIB a partir da PPI, com a aprovação do gestor municipal.

§ 2º A Declaração do Teto Financeiro Global do Município, contida no Termo de Habilitação a que se refere o inciso V deste artigo, indicará o total de recursos definidos pela CIB para o município, discriminando os recursos que serão pagos por prestação de serviços, quando for o caso, e a parcela a ser transferida de forma automática e regular fundo a fundo, com especificação dos seguintes itens:

I- Teto Financeiro para a Assistência do Município (TFAM), discriminando o que comporá o teto do município, entre as parcelas abaixo:

- a) de Atenção Hospitalar com especificação dos valores relativos à Autorização de Internação Hospitalar - AIH, ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa - FIDEPS e ao Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E;
- b) de Atenção Ambulatorial com especificação dos valores relativos à assistência básica - parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, à Fração Assistencial Especializada (FAE) e à Remuneração de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade;
- c) dos Incentivos do Piso da Atenção Básica - Parte Variável, com especificação dos valores relativos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica Básica, ao Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

II- Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), compreendendo:

- a) ações de média e de alta complexidade;
- b) recursos do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária - PDAVS;

III- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Art. 13. A habilitação à condição de GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL ou à condição de GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL dependerá do cumprimento de todos os requisitos descritos nos itens 16.2, 16.3.2 e 16.4.2, com assunção das respectivas responsabilidades previstas nos itens 16.1, 16.3.1 e 16.4.1 e garantia das prerrogativas definidas nos itens 16.3.3 e 16.4.3, todos da NOB SUS 01/96.

§ 1º Os requisitos comuns e específicos para habilitação de Estados a qualquer das duas condições de gestão e os instrumentos de comprovação de seu cumprimento são os constantes do **Anexo 5**.

§ 2º Os Estados atualmente habilitados nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a documentação complementar e a documentação anterior atualizada, para comprovação dos requisitos relativos à condição pleiteada de acordo com o item 17.2.3 da NOB SUS 01/96.

Art. 14. A habilitação de Estados às condições de gestão da NOB SUS 01/96 compreende as seguintes etapas e trâmites:

I- formação do processo de pleito de habilitação pelo gestor estadual;

II- apreciação e aprovação do processo pela CIB e preenchimento do Termo de Habilitação do Estado conforme **Anexo 6** (Modelo E ou F);

III- aprovação do pleito pelo Conselho Estadual de Saúde - CES;

IV- publicação da aprovação do pleito no Diário Oficial do Estado;

V- encaminhamento de todo o processo do pleito de habilitação, pela CIB, ao Ministério da Saúde para análise na Secretaria Técnica da CIT;

VI- recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo e do Processo de Habilitação para:

a) as análises pertinentes;

b) solicitação à Secretaria Estadual de Saúde de esclarecimentos ou complementação do processo, se for o caso;

c) elaboração de parecer e expediente para encaminhamento e aprovação na CIT;

d) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Estado, para as providências cabíveis;

e) arquivamento do processo;

VII- apreciação e aprovação do pleito pela CIT;

VIII- homologação, por Portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes, de acordo com o item 17.3 da NOB SUS 01/96.

§ 1º Além dos documentos previstos neste artigo, será exigida, para habilitação, a Declaração do Teto Financeiro Global do Estado, nos termos da NOB SUS 01/96, definido pela CIT a partir da PPI, com a aprovação do gestor estadual.

§ 2º A Declaração do Teto Financeiro Global do Estado, contida no Termo de Habilitação a que se refere o inciso II deste artigo, indicará a parcela a ser transferida de forma regular e automática fundo a fundo, ao Estado e aos Municípios, com especificação dos seguintes itens:

I- Teto Financeiro para a Assistência do Estado (TFAE), compreendendo as seguintes parcelas:

a) de Atenção Hospitalar com especificação dos valores relativos à Autorização de Internação Hospitalar - AIH, ao FIDEPS, e ao IVH-E;

b) de Atenção Ambulatorial com especificação dos valores relativos à assistência básica - parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, à Fração Assistencial Especializada (FAE) e à Remuneração de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade;

c) dos Incentivos do Piso da Atenção Básica - Parte Variável, com especificação dos valores relativos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica Básica, ao Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

II- Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), compreendendo as seguintes parcelas:

a) das ações de média e de alta complexidade;

b) recursos do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária - PDAVS;

III- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Art. 15. O Ministério da Saúde editará norma operacional específica para regulamentar o processo de descentralização e reorganização das ações e serviços de vigilância e atenção à saúde do trabalhador e de vigilância do ambiente de trabalho, definindo as atribuições, responsabilidades e prerrogativas de Municípios, Estados e do Distrito Federal, em conformidade com as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96.

Art. 16. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, e torna sem efeito a Instrução Normativa nº 01/97 de 15 de maio de 1997.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

ÍNDICE DOS ANEXOS

ANEXO 1: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica

ANEXO 2: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios nas Condições de Gestão Incipiente e Parcial (NOB SUS 01/93) à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica

ANEXO 3: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

ANEXO 4: Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios Habilitados na Condição de Gestão Semiplena (NOB SUS 01/93) à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

ANEXO 5: Sistematização do Processo de Habilitação de Estados :

5-1) Requisitos Comuns às duas Condições de Gestão

5-2) Requisitos Específicos para Habilitação à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

5-3) Requisitos Específicos para Habilitação à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual

ANEXO 6: Termos de Habilitação Específicos para cada Condição de Gestão

Modelo A - Condição de Gestão Plena da Atenção Básica

Modelo B - Transição da Condição de Gestão Incipiente ou Parcial para a Gestão Plena da Atenção Básica

Modelo C - Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

Modelo D - Transição da Condição de Gestão Semiplena para a Gestão Plena do Sistema Municipal

Modelo E - Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

Modelo F - Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual

ANEXO 7: Formulários de Comprovação da Contrapartida de Recursos Financeiros

Tabela I - Execução Orçamentária de 1996 - Município

Tabela II - Execução Orçamentária de 1997 - Município

Tabela III - Previsão Orçamentária para 1998 - Município

Tabela IV - Execução Orçamentária de 1996 - Estado

Tabela V - Execução Orçamentária de 1997 - Estado

Tabela VI - Previsão Orçamentária para 1998 - Estado

ANEXO 8: Cadastro Financeiro no Banco do Brasil

ANEXO - 1: SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOB SUS 01/96: item 15.1.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
1.A - Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS.	- Ato legal de criação do CMS. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito
1.B - Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde - FMS.	- Ato legal de criação do FMS. - Cadastro Financeiro. - Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao trimestre anterior.
1.C - Apresentar o Plano Municipal de Saúde - PMS e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado bem assim da alocação dos recursos expressos na programação.	- Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS. - Declaração do Teto Financeiro Global do Município
1.D - Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, pagamento, controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.	- Declaração da SES ou do DATASUS atestando que o Município tem condições de processar o SIA/SUS. - Declaração da SMS que cumpriu demais exigências deste requisito, explicitando, no caso da auditoria as responsabilidades do Município.
1.E - Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondentes à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.	- Formulário específico demonstrando a contrapartida financeira do ano e do exercício anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
1.F - Formalizar junto ao gestor estadual com, vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.	- Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.
1.G - Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.	- Declaração da SMS atestando que o Município cumpriu este requisito.
1.H - Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	- Ato que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
1.I - Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.	- Declaração da SMS de que o Município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente. - Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do Município e do Estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.
1.J - Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.	- Declaração da SMS atestando que o Município cumpriu este requisito, explicitando no caso da auditoria as responsabilidades do Município.

**ANEXO - 2: SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS
HABILITADOS NAS CONDIÇÕES DE GESTÃO INCIPIENTE E PARCIAL (NOB SUS 01/93)
À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA (NOB SUS 01/96)**

REQUISITOS	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
2.1 - Ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão	- Ofício do Gestor Municipal solicitando mudança de gestão
2.2 - Ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação	- Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de mudança de gestão
2.3 - Atas das três últimas reuniões do CMS	- Atas das reuniões
2.4 - Extratos de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativos ao trimestre anterior à apresentação do pleito	- Extratos bancários das contas do Fundo Municipal de Saúde relativas ao último trimestre
2.5 - Comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS	- Declaração do Gestor Municipal, atestada pela SES, de que o município tem condições técnicas de processar o SIA/SUS
2.6 - Declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS	- Declaração do Gestor Municipal que tem condições de manter o banco de dados do SIA/SUS
2.7 - Proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal	- Proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação
2.8 - Comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos cobertos pelo PAB	- Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada e previsão de serviços a serem comprados em outro Município conforme o item 17.11 da NOB SUS 01/96
2.9 - Ata de aprovação do Relatório de Gestão no CMS	- Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório

**ANEXO - 3 SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE
MUNICÍPIOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL**

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOB SUS 01/96: item 15.2.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.A - Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS.	- Ato legal de criação do CMS. - Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
3.B - Comprovar a operação do Fundo municipal de Saúde - FMS.	- Ato legal de criação do FMS. - Cadastro financeiro das contas do FMS. - Extrato das contas do FMS do último trimestre.
3.C - Participar da elaboração e implementação da PPI do Estado, bem assim da alocação dos recursos expressa na programação.	- Declaração da SMS e da SES atestando que o Município cumpriu este requisito. - Declaração do Teto Financeiro Global do Município.
3.D - Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto a contratação, ao pagamento, ao controle e auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como para avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde dos seus municípios.	- Declaração da SES assegurando que o Município tem condições de processar o SIA/SUS e SIH/SUS (quando disponível) - Declaração da SMS que cumpriu demais exigências deste requisito - Plano para organização do serviço municipal de controle, avaliação e auditoria aprovado pelo CMS - Comprovar existência de rubrica específica, no orçamento municipal que permita o pagamento de prestadores de serviços. - Declaração da SMS comprometendo-se a alimentar o Banco de Dados Nacional.
3.E - Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.	- Formulário específico da contrapartida em percentual, dos anos atual e anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
3.F - Formalizar junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.	- Ofício do gestor municipal à CIB solicitando habilitação e atestando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS aprovando o pleito.
3.G - Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.	- Declaração da SMS atestando o cumprimento deste requisito.

**ANEXO - 3: SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE
MUNICÍPIOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL**

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOB SUS 01/96: item 15.2.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.H - Apresentar PMS, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Plano Municipal de Saúde - PMS, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS.
3.I - Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder de polícia administrativa e sanitária no Município; - Regulamentação que defina a unidade organizacional, as instâncias de recurso, os mecanismos processuais e os recursos humanos necessários à execução das ações de vigilância sanitária; - Declaração da SMS atestando que possui técnicos habilitados e em quantidade suficiente para as ações de Vigilância. Sanitária.
3.J - Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração da SMS de que o Município se compromete a cumprir este requisito, sendo capaz de realizar notificação de doenças conforme estabelece a legislação vigente, investigação epidemiológica, incluindo obrigatoriamente, os óbitos infantis e maternos e consolidação e análise de dados. - Declaração conjunta da SMS e da SES explicitando as responsabilidades de cada instância no controle de vetores de zoonoses. - Declaração da SMS de que o Município se compromete a implantar o SIM, SINASC e SINAM.
3.K - Apresentar o Relatório de Gestão, do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório de Gestão. - Ata de aprovação do Relatório de Gestão, pelo CMS.
3.L - Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.	<ul style="list-style-type: none"> - FCA - Ficha de Cadastro Ambulatorial, atualizada comprovando o requisito.
3.M - Comprovar a estruturação do componente municipal do SNA.	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal de criação do componente municipal do SNA.
3.N - Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração da SMS e da SES atestando o cumprimento deste requisito.

**ANEXO - 4: SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS
HABILITADOS NA CONDIÇÃO DE GESTÃO SEMIPLENA (NOB SUS 01/93) À
CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL (NOB SUS 01/96: item 17.2.2)**

REQUISITOS	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
4.1 - Aprovação do Relatório de Gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente	- Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório
4.2 - A existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio Município ou contratados de outro gestor municipal	- Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada
4.3 - A estruturação do componente municipal do SNA	- Ato legal de criação do componente municipal
4.4 - A integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI.	- Declaração do Gestor Municipal e do Gestor Estadual

Caso o Município não atenda ao requisito 4.4, poderá ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1

ANEXO - 5: SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ESTADOS

5-1) REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO (NOB SUS 01/96: item 16.2)

REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.A - Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES.	- Ato legal de criação do CES. - Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
5.B - Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite - CIB.	- Ato legal de criação. - Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.
5.C - Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde - FES.	- Ato legal de criação do FES. - Cadastro financeiro. - Extratos das contas do FES do último trimestre
5.D - Apresentar o PES, aprovado pelo CES, que deve conter: - as metas pactuadas; - a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades da vacinação de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem com as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; - as estratégias de descentralização das ações de saúde para Municípios; - as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e - os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais será efetuado o acompanhamento das ações.	- Apresentar o Plano Estadual de Saúde - PES, atualizado para a presente gestão estadual. - Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde - PES.
5.E - Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.	- Apresentar Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito. - Ata da reunião do CES que aprovou o relatório de gestão.
5.F - Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos Municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão .	- Declaração da CIB atestando a referida transferência, nos termos do modelo de gestão e da estratégia de descentralização pactuados na CIB, para o Estado.
5.G - Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.	- Ato legal de criação do componente estadual do SNA. - Plano de estruturação do componente estadual do SNA, aprovado pelo CES.

5-1) REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO (NOB SUS 01/96: item 16.2)

REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO (NOB SUS 01/96: item 16.2)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
<p>5.H - Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto a avaliação do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população do Estado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração do DATASUS atestando que a SES está em condições técnicas de processar o SIA/SUS e o SIH/SUS. - Plano para organização do controle e avaliação e auditoria no Estado, aprovado pelo CES. - Rubrica específica no orçamento do exercício que permita a transferência dos recursos financeiros do FES, para os FMS e pagamento de prestadores de serviço.
<p>5.I - Comprovar dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário específico da contrapartida em percentual, dos anos atual e anterior, do total da receita do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação vigente
<p>5.J - Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração da CIB atestando o cumprimento do conjunto de requisitos gerais e específicos. - Ata da reunião do CES que aprovou o pleito.
<p>5.K - Comprovar a criação, na SES, do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ato formal da SES criando o Comitê Interinstitucional de Epidemiologia.
<p>5.L - Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no Estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Código Sanitário Estadual, acompanhado do ato legal de aprovação; - Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder de polícia administrativa e sanitária no Estado; - Regulamentação que defina a unidade organizacional de vigilância sanitária, as instâncias de recurso, os mecanismos processuais e os recursos humanos necessários à execução das ações de vigilância sanitária; - Plano de ação anual aprovado pelo CES; - Declaração da SES atestando que possui técnicos habilitados e em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária.

<p>5.M - Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no Estado.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da(s) estrutura(s) organizacional(ais) e o(s) respectivo(s) regulamento(s) que comprove(m) as atribuições pertinentes às ações de vigilância epidemiológica, controle de vetores e zoonoses e endemias.- Apresentação de relatórios atualizados que comprovem a alimentação, pela SES, dos bancos de dados do SIM, SINAM e SINASC.- Declaração da SES se comprometendo a implantar e alimentar, de forma regular, os bancos de dados da vigilância epidemiológica.- Apresentação, pela SES, de cronograma aprovado pela CIB contendo a meta de implantação do SIM, SINAM e SINASC em todos os Municípios com população acima de 50.000 habitantes.
--	--

5-2) REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA HABILITAÇÃO À CONDIÇÃO DE GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL - (NOB SUS 01/96: item 16.3.2)

REQUISITOS ESPECÍFICOS : CONDIÇÃO DE GESTÃO AVANÇADA	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.N - Apresentar a PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.	- PPI de acordo com critérios definidos na CIT. - Declaração de aprovação na CIB - Ata de aprovação da PPI no CES - Declaração do Teto Financeiro Global do Estado
5.O - Dispor de 60% dos Municípios do Estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos Municípios habilitados, desde que nestes, residam 60% população.	- Declaração da CIB, ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.
5.P - Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios.	- Declaração da CIB ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.

5-3) REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA HABILITAÇÃO À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL - (NOB SUS 01/96: item 16.4.2)

REQUISITOS ESPECÍFICOS: CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.Q - Comprovar a implementação da Programação Integrada (PPI) das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.	- PPI de acordo com critérios definidos na CIT. - Declaração de aprovação na CIB - Ata de aprovação do PPI no CES - Declaração do Teto Financeiro Global do Estado
5.R - Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo e/ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.	- Declaração da CIB atestando que SES dispõe de mecanismos de controle e de garantia da referência intermunicipal.
5.S - Dispor de 80% dos Municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos Municípios, desde que, nestes residam 80% da população.	- Declaração da CIB ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.
5.T - Dispor de 50% do valor do TFA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios.	- Declaração da CIB ratificada pelo Ministério da Saúde (Secretaria Técnica da CIT), atestando que o Estado cumpre este requisito.

ANEXO 6 - MODELO A - Termo de Habilitação
MUNICÍPIO PLEITEANTE À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA
NOB SUS 01/96

Município _____ UF _____

Prefeito Municipal _____

Secretário Municipal da Saúde _____

Endereço da SMS _____

CEP: _____ Tel: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO
ANEXO 1 DA L.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
1.A - Conselho Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do CMS Data / /	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
1.B - Fundo Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do FMS Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FMS relativos ao último trimestre	()	()
1.C - Plano Municipal de Saúde		
PMS atualizado para a presente gestão municipal Período:	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o PMS atualizado Data / /	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Município - TFGM	()	()
1.D - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração da SES ou do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS pelo Município	()	()
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito	()	()
1.E - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
1.F - Formalização do pleito de habilitação		
Ofício do gestor municipal à CIB	()	()
1.G - Designação de médico		
Declaração da SMS	()	()
1.H - Vigilância Sanitária		
Ato que estabelece atribuição e competência da Vigilância Sanitária Data / /	()	()
1.I - Vigilância Epidemiológica		
Declaração da SES se comprometendo a cumprir este requisito	()	()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica	()	()
1.J - Recursos humanos para supervisão e auditoria		
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito	()	()

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: _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	PARCELA PARA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO	PAGAMENTO POR SERVIÇOS PRESTADOS
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Compl. da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

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

ANEXO 6 - MODELO B - Termo de Habilitação
MUNICÍPIO HABILITADO NA CONDIÇÃO DE GESTÃO INCIPIENTE OU PARCIAL, NOS TERMOS DA
NOB SUS 01/93, PLEITEANTE À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA
NOB SUS 01/96

Município _____ UF _____

Prefeito Municipal _____

Secretário Municipal da Saúde _____

Endereço da SMS _____

CEP: _____ Tel.: () _____ Fax: () _____

Condição de gestão anterior nos termos da NOB/93: _____ Portaria SAS/MS nº ____ de / /

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO
ANEXO 2 DA I.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
2.1 - Formalização do pleito de mudança de condição de gestão		
Ofício do Gestor Municipal solicitando mudança de gestão	()	()
2.2 - Conselho Municipal de Saúde		
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de mudança de gestão Data / /	()	()
2.3 - Conselho Municipal de Saúde		
Atas das 3 últimas reuniões do CMS Meses:	()	()
2.4 - Fundo Municipal de Saúde		
Extratos das contas do FMS relativos ao trimestre anterior	()	()
2.5 - Processamento do SIA/SUS		
Declaração do Gestor Municipal, atestada pela SES, de que o município tem condições de processar o SIA/SUS	()	()
2.6 - Alimentação do banco de dados do SIA/SUS		
Declaração do Gestor Municipal que tem condições de manter o banco de dados do SIA/SUS	()	()
2.7 - Controle e Avaliação		
Proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação	()	()
2.8 - Procedimentos cobertos pelo PAB		
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / /	()	()
2.9 - Relatório de Gestão		
Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data: / /	()	()

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.: _____

Secretários: _____

ANEXO 6 - MODELO B (continuação)

Município _____ UF _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	PARCELA PARA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO	PAGAMENTO POR SERVIÇOS PRESTADOS
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Compl. Da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

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

ANEXO 6 - MODELO C - Termo de Habilitação
MUNICÍPIO PLEITEANTE À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
NOB SUS 01/96

Município _____	UF _____
Prefeito Municipal _____	
Secretário Municipal da Saúde _____	
Endereço da SMS _____	
CEP: _____	Tel.: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO

NO ANEXO 3 DA I.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
3.A - Conselho Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do CMS Data / /	()	()
Atas das reuniões do último trimestre Número de reuniões:	()	()
3.B - Fundo Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do FMS Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FMS relativos ao último trimestre	()	()
3.C - Programação Pactuada e Integrada		
Declaração da SMS e da SES atestando o cumprimento desse requisito	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Município - TFGM	()	()
3.D - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração da SES referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo Município	()	()
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito	()	()
Plano para organização do serviço aprovado no CMS	()	()
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores de serviços	()	()
Declaração da SMS comprometendo-se a alimentar o Banco de Dados Nacional	()	()
3.E - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
3.F - Formalização do pleito de habilitação		
Ofício do Gestor Municipal à CIB	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
3.G - Designação de médico		
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito	()	()
3.H - Plano Municipal de Saúde		
PMS atualizado para a presente gestão municipal Período:	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o PMS atualizado Data / /	()	()
3.I - Vigilância Sanitária		
Ato que estabelece atribuição e competência da Vigilância Sanitária Data / /	()	()
Regulamentação das ações de Vigilância Sanitária Data / /	()	()
Declaração da SMS referente aos recursos humanos	()	()
3.J - Vigilância Epidemiológica		
Declaração da SMS se comprometendo a cumprir o requisito	()	()
Declaração SMS e SES definindo responsabilidade no controle de vetores e zoonoses	()	()
Declaração da SMS se comprometendo a implantar bancos de dados	()	()
3.K - Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito Ano:	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data / /	()	()
3.L - PAB e serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas		
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / /	()	()
3.M - Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente municipal Data / /	()	()
3.N - Recursos humanos para supervisão e auditoria da rede		
Declaração da SMS e da SES atestando o cumprimento desse requisito	()	()

ANEXO 6 - MODELO C (continuação)

Município _____ UF _____

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: _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	PARCELA PARA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO	PAGAMENTO POR SERVIÇOS PRESTADOS
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Complexidade da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

ANEXO 6 - MODELO C (continuação)

Município _____ UF _____

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
----	--------	----------

ANEXO 6 - MODELO D - Termo de Habilitação
MUNICÍPIO HABILITADO NA CONDIÇÃO DE GESTÃO SEMIPLENA, NOS TERMOS DA NOB SUS 01/93,
PLEITEANTE À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
NOB SUS 01/96

Município _____	UF _____
Prefeito Municipal _____	
Secretário Municipal da Saúde _____	
Endereço da SMS _____	
CEP: _____	Tel.: () _____ Fax: () _____
Portaria SAS/MS de habilitação à condição de gestão simplena nº _____ de / /	

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO
ANEXO 4 DA LN. Nº 01/98

4.1 - Relatório de Gestão	SIM NÃO
Ata da reunião do CMS que aprovou o Relatório Data / /	() ()
4.2 - Procedimentos cobertos pelo PAB e serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas	
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada Atualizada em: / /	() ()
4.3 - Sistema Nacional de Auditoria	
Ato legal de criação do componente municipal Data / /	() ()
4.4 - Programação Pactuada e Integrada	
Declaração do Gestor Municipal e do Gestor Estadual	() ()

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: _____

ANEXO 6 - MODELO D (continuação)

Município _____ UF _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Município

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

ITEM	PARCELA PARA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO	PAGAMENTO POR SERVIÇOS PRESTADOS
1. Teto Financeiro para a Assistência (TFAM)		
1.1. Atenção Hospitalar		
1.1.1. AIH		
1.1.2. FIDEPS		
1.1.3. IVH-E		
1.2. Atenção Ambulatorial		
1.2.1. Piso da Atenção Básica - Parte Fixa		
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)		
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade		
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável		
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		
1.3.2. Programa de Saúde da Família		
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica		
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais		
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária		
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
2. Teto Financeiro para a Vigilância Sanitária (TFVS)		
2.1. Média e Alta Complexidade da Vigilância Sanitária		
2.2. PDAVS		
3. Teto Financeiro de Epidemiol. e Contr. Doenças (TFECD)		
4. TETO FINANC. GLOBAL MUNICÍPIO (TFGM)		

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

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

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

ANEXO 6 - MODELO D (continuação)

MUNICÍPIO _____ UF _____

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

ANEXO 6 - MODELO E - Termo de Habilitação
ESTADO PLEITEANTE À CONDIÇÃO DE GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL
NOB SUS 01/96

Estado _____
 Governador _____
 Secretário Estadual de Saúde _____
 Endereço da SES _____
 CEP: _____ Tel.: () _____ Fax: () _____

AValiação DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO
NO ANEXO 5 DA I.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
5.A - Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.B - Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.C - Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FES relativos ao último trimestre	()	()
5.D - Plano Estadual de Saúde		
PES atualizado para a presente gestão estadual Período:	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES atualizado Data / /	()	()
5.E - Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito Ano:	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório Data / /	()	()
5.F - Transf. da gestão da atenção hosp. e amb. aos Municípios habilitados		
Declaração da CIB	()	()
5.G - Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual Data / /	()	()
Plano de estruturação aprovado no CES Data de aprovação: / /	()	()
5.H - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo Estado	()	()
Plano de organização das ações aprovado no CES Data de aprovação: / /	()	()
Rubrica orçamentária específica p/ transf. de rec. entre FES e FMS e pagamento de prestadores	()	()
5.I - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
5.J - Formalização do pleito de habilitação		
Declaração da CIB atestando o cumprimento dos requisitos	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
5.K - Comitê Interinstitucional de Epidemiologia		
Ato formal de criação Data / /	()	()
5.L - Vigilância Sanitária		
Código Sanitário Estadual e ato legal de aprovação Data / /	()	()
Ato legal de criação da Vigilância Sanitária no Estado Data / /	()	()
Regulamentação das ações de Vigilância Sanitária Data / /	()	()
Plano de ação anual aprovado no CES Data da aprovação: / /	()	()
Declaração da SES	()	()
5.M - Vigilância Epidemiológica		
Estrutura organizacional e respectivo regulamento da vigilância epidemiológica na SES	()	()
Relatórios atualizados que comprovem a alimentação dos bancos de dados	()	()
Declaração da SES se comprometendo a alimentar os bancos de dados	()	()
Cronograma de implantação dos Sistemas de Informações definidos	()	()

ANEXO 6 - MODELO E (continuação)

ESTADO _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO 5 DA L.N. Nº 01/98		
5.N - Programação Pactuada e Integrada PPI	SIM	NÃO
Declaração de aprovação na CIB	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou a PPI	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Estado - TFGE	()	()
	()	()
5.O - Índice de Descentralização		
Declaração da CIB	()	()
5.P - Transferências do TFA aos Municípios		
Declaração da CIB	()	()

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: _____

ESTADO _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Estado

Assinatura do Secretário Estadual de Saúde

ITEM	TETO FINANCEIRO	PARCELA PARA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO	
		AO ESTADO	AOS MUNICÍPIOS
1. TETO FINANCEIRO PARA A ASSISTÊNCIA (TFAE)			
1.1. Atenção Hospitalar			
1.1.1. AIH			
1.1.2. FIDEPS			
1.1.3. IVH-E			
1.2. Atenção Ambulatorial			
1.2.1. Piso da Atenção Básica: Parte Fixa			
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)			
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade			
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável			
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		não se aplica	
1.3.2. Programa de Saúde da Família		não se aplica	
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica			
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais			
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária			
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental			
2. TETO FINANCEIRO PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (TFVS)			
2.1. Média e Alta Complexidade da Vigilância Sanitária			
2.2. PDAVS			
3. TETO FIN. EPIDEMIOL. E CONTR. DOENÇAS (TFECD)			
4. TETO FINANC. GLOBAL DO ESTADO (TFGE)			

DECISÃO DA CIB APÓS ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

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

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

ANEXO 6 - MODELO E (continuação)

ESTADO _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

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

Ratificação da SAS da Declaração da CIB referente aos itens:

5.0 - Índice de Descentralização Sim () Não ()

5.P - Transferências do TFA aos Municípios Sim () Não ()

Cópia da publicação da habilitação do Estado 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

ANEXO 6 - MODELO F - Termo de Habilitação
ESTADO PLEITEANTE À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
NOB SUS 01/96

Estado _____

Governador _____

Secretário Estadual de Saúde _____

Endereço da SES _____

CEP: _____ Tel.: () _____ Fax: () _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO
NO ANEXO 5 DA L.N. Nº 01/98

	SIM	NÃO
5.A - Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.B - Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB Data / /	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior Número de reuniões:	()	()
5.C - Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES Data / /	()	()
Cadastro Financeiro	()	()
Extratos das contas do FES relativos ao último trimestre	()	()
5.D - Plano Estadual de Saúde		
PES atualizado para a presente gestão Período:	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES atualizado Data / /	()	()
5.E - Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito Ano:	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório Data / /	()	()
5.F - Transf. da gestão da atenção hosp. e amb. aos Municípios habilitados		
Declaração da CIB	()	()
5.G - Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual Data / /	()	()
Plano de estruturação aprovado na CIB Data de aprovação: / /	()	()
5.H - Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo Estado	()	()
Plano de organização das ações aprovado na CIB Data da aprovação: / /	()	()
Rubrica orçamentária específica p/ transf. de rec. entre FES e FMS e pagamento de prestadores	()	()
5.I - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Formulário específico demonstrando a contrapartida dos anos atual e anterior	()	()
5.J - Formalização do pleito de habilitação		
Declaração da CIB atestando o cumprimento dos requisitos	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
5.K - Comitê Interinstitucional de Epidemiologia		
Ato formal de criação Data / /	()	()
5.L - Vigilância Sanitária		
Ato legal de criação da Vigilância Sanitária no Estado Data / /	()	()
Código Sanitário Estadual e ato legal de aprovação Data / /	()	()
Regulamentação das ações de Vigilância Sanitária Data / /	()	()
Plano de ação anual aprovado pelo CES Data de aprovação: / /	()	()
Declaração da SES	()	()
5.M - Vigilância Epidemiológica		
Estrutura organizacional e respectivo regulamento da vigilância epidemiológica na SES	()	()
Relatórios atualizados que comprovem a alimentação dos bancos de dados	()	()
Declaração da SES se comprometendo a alimentar os bancos de dados	()	()
Cronograma de implantação dos Sistemas de Informações definidos	()	()

ESTADO _____

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO
NO ANEXO 5 DA I.N. Nº 01/98**

	SIM	NÃO
5.Q - Programação Pactuada e Integrada		
PPI implementada	()	()
Declaração de aprovação na CIB	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou a PPI	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Estado - TFGE	()	()
5.R - Operacionalização de Mecanismo de Contr. da Prestação de Serviços Assistenciais		
Declaração da CIB	()	()
5.S - Índice de Descentralização		
Declaração da CIB	()	()
5.T - Transferências do TFA aos Municípios		
Declaração da CIB	()	()

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: _____

ESTADO _____

DECLARAÇÃO DO TETO FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO

Declaro que estou de acordo com o teto abaixo definido para o Estado

Assinatura do Secretário Estadual de Saúde

ITEM	TETO FINANCEIRO	PARCELA PARA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO	
		AO ESTADO	AOS MUNICÍPIOS
1. TETO FINANCEIRO PARA A ASSISTÊNCIA (TFAE)			
1.1. Atenção Hospitalar			
1.1.1. AIH			
1.1.2. FIDEPS			
1.1.3. IVH-E			
1.2. Atenção Ambulatorial			
1.2.1. Piso da Atenção Básica: Parte Fixa			
1.2.2. Fração Assistencial Especializada (FAE)			
1.2.3. Procedimentos de Alta Complexidade			
1.3. Incentivos: PAB - Parte Variável			
1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde		não se aplica	
1.3.2. Programa de Saúde da Família		não se aplica	
1.3.3. Assistência Farmacêutica Básica			
1.3.4. Programa de Combate às Carências Nutricionais			
1.3.5. Ações Básicas de Vigilância Sanitária			
1.3.6. Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental			
2. TETO FINANCEIRO PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA (TFVS)			
2.1. Média e Alta Compledade da Vigilância Sanitária			
2.2. PDAVS			
3. TETO FIN. EPIDEMIOL. E CONTR. DOENÇAS (TFECD)			
4. TETO FINANC. GLOBALESTADO (TFGE)			

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

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

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

ANEXO 6 - MODELO F (continuação)

ESTADO _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

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

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

Ratificação da SAS da Declaração da CIB referente aos itens:

5.S - Índice de Descentralização Sim () Não ()

5.T - Transferências do TFA aos Municípios Sim () Não ()

Responsável pela análise do termo: _____ Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

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

MS

CONASS

CONASEMS

TABELA I - Execução Orçamentária de 1996

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4 = 2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A- RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias			I- Despesas Correntes					
IPTU		Pessoal						
ISS		Outros Custeios						
ITBI								
---			II- Despesas de Capital					
II - Receitas de Transferências			Investimentos					
FPM		Outras Despesas						
ICMS		TOTAL						
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO			1- PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO					
IOF - S/OURO			1.1- % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =					
III - Juros e Multas			$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A"}} \%$					
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais			1.2- % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =					
Diversos			$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}} \%$					
SUBTOTAL - A								
B- RECEITAS DE OUTRAS FONTES			1.3- % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =					
V - Outras Transf. P/ SAÚDE			$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}} \%$					
Do SUS								
CONVÊNIO FEDERAIS								
CONVÊNIO ESTADUAIS								
CONVÊNIO DIVERSOS								
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.

TABELA II - Execução Orçamentária de 1997

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4 = 2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A- RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias			I- Despesas Correntes					
IPTU		Pessoal						
ISS		Outros Custeios						
ITBI								
---			II- Despesas de Capital					
II - Receitas de Transferências			Investimentos					
FPM		Outras Despesas						
ICMS		TOTAL						
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO			1- PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO					
IOF - S/OURO			1.1- % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =					
III - Juros e Multas			$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" }} \%$					
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais			1.2- % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =					
Diversos			$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA }} \%$					
SUBTOTAL - A								
B- RECEITAS DE OUTRAS FONTES			1.3- % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =					
V - Outras Transf. P/ SAÚDE			$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA }} \%$					
Do SUS								
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS ESTADUAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS								
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.

TABELA III - Previsão Orçamentária para 1998

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS PREVISTAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL
			MUNICIPAIS (1)	FED. DO SUS (2)	CONV. FEDERAIS (3)	TOTAL FEDERAL (4 = 2+3)	CONV. ESTADUAIS (5)	GERAL (6=1+4+5)
A- RECEITAS MUNICIPAIS								
I - Receitas Tributárias			I- Despesas Correntes					
IPTU		Pessoal						
ISS		Outros Custeios						
ITBI								
---			II- Despesas de Capital					
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPM		Outras Despesas						
ICMS		TOTAL						
IPVA								
FUNDO DE EXPORTAÇÃO			1- PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS PREVISTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO					
IOF - S/OURO			1.1- % COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS =					
III - Juros e Multas			$\frac{\text{GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A"}}$					
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais			1.2- % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =					
Diversos			$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}}$					
SUBTOTAL - A								
B- RECEITAS DE OUTRAS FONTES			1.3- % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =					
IV - Outras Transf. P/ SAÚDE			$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}}$					
Do SUS								
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS ESTADUAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS								
SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.

TABELA IV - Execução Orçamentária de 1996

ESTADO: _____

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL
			ESTADUAIS	FED. DO SUS	CONV. FEDERAIS	TOTAL FEDERAL	OUTROS	GERAL
			(1)	(2)	(3)	(4 = 2+3)	(5)	(6=1+4+5)
A- RECEITAS ESTADUAIS								
I - Receitas Tributárias			I- Despesas Correntes					
ITCD		Pessoal						
ICMS		Outros Custeios						
IPVA								
---			II- Despesas de Capital					
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPE		Outras Despesas						
IOF - S/ OURO		TOTAL						
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								

III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos								
SUBTOTAL - A								
B- RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transf. P/ SAÚDE								
Do SUS								
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS								

SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

1- PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO
1.1- % COM RECURSOS PRÓPRIOS ESTADUAIS =
$\frac{\text{GASTOS ESTADUAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A"}} \%$
1.2- % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}} \%$
1.3- % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}} \%$

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.

TABELA V - Execução Orçamentária de 1997

ESTADO: _____

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL
			ESTADUAIS	FED. DO SUS	CONV. FEDERAIS	TOTAL FEDERAL	OUTROS	GERAL
			(1)	(2)	(3)	(4 = 2+3)	(5)	(6=1+4+5)
A- RECEITAS ESTADUAIS								
I - Receitas Tributárias			I- Despesas Correntes					
ITCD		Pessoal						
ICMS		Outros Custeios						
IPVA								
---			II- Despesas de Capital					
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPE		Outras Despesas						
IOF - S/ OURO		TOTAL						
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								

III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos								
SUBTOTAL - A								
B- RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transf. P/ SAÚDE								
Do SUS								
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS								

SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

1- PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO
1.1- % COM RECURSOS PRÓPRIOS ESTADUAIS =
$\frac{\text{GASTOS ESTADUAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A"}} \%$
1.2- % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =
$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}} \%$
1.3- % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =
$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA}} \%$

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.

TABELA VI - Previsão Orçamentária para 1998

ESTADO: _____

FONTES	VALOR DA RECEITA	DESPESAS COM SAÚDE POR ITENS	DESPESAS PREVISTAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS					TOTAL
			ESTADUAIS	FED. DO SUS	CONV. FEDERAIS	TOTAL FEDERAL	OUTROS	GERAL
			(1)	(2)	(3)	(4 = 2+3)	(5)	(6=1+4+5)
A- RECEITAS ESTADUAIS								
I - Receitas Tributárias			I- Despesas Correntes					
ITCD		Pessoal						
ICMS		Outros Custeios						
IPVA								
---			II- Despesas de Capital					
II - Receitas de Transferências		Investimentos						
FPE		Outras Despesas						
IOF - S/ OURO		TOTAL						
FUNDO DE EXPORTAÇÃO								

III - Juros e Multas								
Sobre Receitas Acima								
IV - Receitas Patrimoniais								
Diversos								
SUBTOTAL - A								
B- RECEITAS DE OUTRAS FONTES								
V - Outras Transf. P/ SAÚDE								
Do SUS								
CONVÊNIOS FEDERAIS								
CONVÊNIOS DIVERSOS								

SUBTOTAL - B								
TOTAL GERAL DA RECEITA								

1- PARTICIPAÇÃO % DOS GASTOS PREVISTOS COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO	
1.1- % COM RECURSOS PRÓPRIOS ESTADUAIS =	
	$\frac{\text{GASTOS ESTADUAIS COM SAÚDE}}{\text{SUBTOTAL "A" }} \%$
1.2- % COM RECURSOS DE OUTRAS FONTES =	
	$\frac{\text{GASTOS COM OUTRAS FONTES COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA }} \%$
1.3- % DOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE =	
	$\frac{\text{GASTOS TOTAIS COM SAÚDE}}{\text{TOTAL GERAL DA RECEITA }} \%$

NOTA: Não incluir nas Receitas: Taxas, Tarifas e Contribuições.

Instruções para preenchimento das Tabelas I, II e III do Anexo 07 PARA MUNICÍPIOS

CAMPO A = Receitas Municipais

Item I - Receitas Tributárias

Neste campo deverão ser informados os valores das Receitas de Tributos tais como, IPTU, ISS, ITBI - Imposto sobre Transmissão e outros que porventura integrem o elenco dessas receitas.

Item II - Receitas de Transferências

Representam os valores recebidos por Transferências Intergovernamentais tais como, FPM, ICMS, IPVA, IOF s/Ouro, Fundo de Exportação e outras eventualmente recebidas, exceto aquelas indicadas no Campo B, abaixo.

Item III - Juros e Multas

Integram, este campo, as possíveis multas, juros de mora ou qualquer correção, decorrentes de recebimento dos tributos acima.

Item IV - Receitas Patrimoniais

Deverão ser indicadas neste campo as receitas imobiliárias, os arrendamentos e aluguéis, aplicações e dividendos e outras receitas de valores mobiliários.

CAMPO B - Receitas de Outras Fontes

Item V - Outras Transferências para a Saúde

Devem representar exclusivamente as receitas específicas para a saúde auferidas através do Sistema Único de Saúde - SUS, e através de convênios com órgãos federais, estaduais e outros.

DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS

Coluna 1 - Fontes Municipais

Deverá indicar as despesas cobertas com recursos arrecadados por fontes municipais, indicadas no Campo A das Receitas, bem como de outras fontes (inclui convênios diversos, com órgãos não federais ou estaduais).

Coluna 2 - Recursos Federais do SUS

Representam as despesas custeadas com os recursos obtidos através da rede pública municipal, pela prestação de serviços assistenciais do SUS, e que, conseqüentemente, integram o orçamento municipal, destinado à saúde, conforme indicado no Campo B das Receitas.

Coluna 3 - Convênios Federais

Deverá figurar, nesta coluna, o valor das despesas cobertas com recursos oriundos de convênios com órgãos federais da administração direta, autárquica, fundacional, fundos federais e outros.

Coluna 4 - Total Federal

Corresponde à soma dos valores das colunas 2 e 3.

Coluna 5 - Convênios Estaduais

Devem ser indicadas possíveis despesas realizadas com recursos de convênios com órgãos estaduais.

Coluna 6 - Total Geral

Corresponde ao somatório das colunas 1, 4 e 5, representando todas as despesas com saúde realizadas pelo orçamento estadual.

OBSERVAÇÕES GERAIS

As despesas deverão ser sempre discriminadas segundo os itens inseridos nas tabelas.

Os cálculos de percentuais serão efetuados de acordo com as fórmulas indicadas nas próprias tabelas.

Instruções para preenchimento das Tabelas IV, V e VI do Anexo 07 PARA ESTADOS

CAMPO A = Receitas Estaduais

Item I - Receitas Tributárias

Neste campo deverão ser informados os valores das Receitas de Tributos, tais como, ICMS, IPVA, ITCD - Imposto sobre Transmissão e outros que porventura integrem o elenco dessas receitas.

Item II - Receitas de Transferências

Representam os valores recebidos por Transferências Intergovernamentais, tais como, FPE, IOF s/Ouro, Fundo de Exportação e outras eventualmente recebidas, exceto aquelas indicadas no Campo B, abaixo.

Item III - Juros e Multas

Integram, este campo, as possíveis multas, juros de mora ou qualquer correção, decorrentes de recebimento dos tributos acima.

Item IV - Receitas Patrimoniais

Deverão ser indicadas, neste campo, as receitas imobiliárias, os arrendamentos e aluguéis, aplicações e dividendos e outras receitas de valores mobiliários.

CAMPO B - Receitas de Outras Fontes

Item V - Outras Transferências para a Saúde

Devem representar, exclusivamente, as receitas específicas para a saúde, auferidas através do Sistema Único de Saúde - SUS, através de convênios com órgãos federais e outros.

DESPESAS COM SAÚDE - POR FONTE DE RECURSOS

Coluna 1 - Fontes Estaduais

Deverá indicar as despesas cobertas com recursos arrecadados por fontes estaduais especificadas no Campo A das Receitas.

Coluna 2 - Recursos Federais do SUS

Representam as despesas custeadas com os recursos obtidos através da rede pública Estadual, pela prestação de serviços assistenciais do SUS, e que, conseqüentemente, integram o orçamento estadual, destinado à saúde, conforme indicado no Campo B das Receitas.

Coluna 3 - Convênios Federais

Deverá figurar, nesta coluna, o valor das despesas cobertas com recursos oriundos de convênios com órgãos federais da administração direta, autárquica, fundacional, fundos federais e outros.

Coluna 4 - Total Federal

Corresponde à soma dos valores das colunas 2 e 3.

Coluna 5 - Outros

Devem ser indicadas possíveis despesas realizadas com recursos de convênios com outros organismos, que não federais, bem como outras fontes não indicadas acima.

Coluna 6 - Total Geral

Corresponde ao somatório das colunas 1, 4 e 5, representando todas as despesas com saúde realizadas pelo orçamento estadual.

OBSERVAÇÕES GERAIS

As despesas deverão ser sempre discriminadas segundo os itens inseridos nas tabelas.

Os cálculos de percentuais serão efetuados de acordo com as fórmulas indicadas nas próprias tabelas.

ANEXO 8 - CADASTRO FINANCEIRO NO BANCO DO BRASIL

PROPONENTE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

CGC DO PROPONENTE:

Nº DA AGÊNCIA:

Nº DA CONTA CORRENTE:

Nº DA CONTA CORRENTE:

Assinatura do Gerente da Agência

Local e data

Obs.: Informar a conta do Fundo Municipal ou Estadual de Saúde que será utilizada para o repasse dos recursos do Piso da Atenção Básica - PAB, e a conta para o repasse de outros recursos fundo a fundo.