



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

RESOLUÇÃO CIB Nº 007/2013 DE 25 DE FEVEREIRO DE 2013.

Dispõe sobre a Nota Técnica que trata do Repasse de Recurso Financeiro do Fundo Estadual para o Fundo Municipal de Saúde dos municípios em Gestão Estadual que possuam Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD ou que venham a possuir Credenciados/ Contratados.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS – CIB/AM, na sua 241ª Reunião (190ª Ordinária), realizada no dia 25.02.2013, e;

CONSIDERANDO as Portarias nºs 599/GM/MS, de 23.3.06, 2.373/GM/MS, de 7.10.2009 e 211/SAS/MS, que estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento e visa ampliar o número de Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias - LRPD;

CONSIDERANDO que o Processo nº 00749/2013-SUSAM, trata do encaminhamento da Nota Técnica sobre o Repasse de Recurso Financeiro do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde dos Municípios em Gestão Estadual que possuam Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD ou que venham a possuir, para regularização dos municípios de Boca do Acre e São Gabriel da Cachoeira;

CONSIDERANDO o parecer favorável do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas – DABE/SUSAM, assinado pelo Responsável Técnico da Área de Saúde Bucal Senhor Robson Roberto Vidal;

CONSIDERANDO que os municípios de São Gabriel da Cachoeira e Boca do Acre foram contemplados com o LRPD, sendo o valor mensal para São Gabriel da Cachoeira de R\$ 9.850,00 (nove mil e oitocentos e cinquenta reais) mês, totalizando R\$ 118.200,00 (Cento e dezoito mil e duzentos reais) ano; e Boca do Acre R\$ 326,67 (Trezentos e vinte e seis reais e sessenta e sete centavos) mês, totalizando R\$ 3.920,04 (Três mil, novecentos e vinte reais e quatro centavos) ano;

CONSIDERANDO o parecer favorável da Senhora **Geilane Evangelista de Oliveira**, tendo em vista a Política Nacional de Saúde Bucal e os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à melhoria do seu público alvo.

RESOLVE:

CONSENSUAR pela aprovação do Repasse de Recurso Financeiro do Fundo Estadual para o Fundo Municipal para os municípios em Gestão Estadual que possuam Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD ou que venham a possuir Credenciados/Contratados com regularização dos municípios de Boca do Acre e São Gabriel da Cachoeira/AM.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Sala de Reuniões da **Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas**, em Manaus, 25 de fevereiro de 2013.

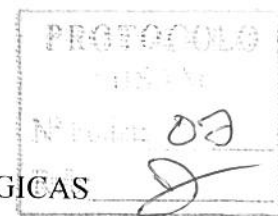

Januário Carneiro da Cunha Neto
Presidente do COSEMS/AM


Wilson Duarte Alecrim
Coordenador da CIB/AM

HOMOLOGO as decisões contidas na Resolução CIB/AM Nº 007/2013, datada de 25 de fevereiro 2013, nos termos do Decreto de 13.7.2010.


WILSON DUARTE ALECRIM
Secretário de Estado da Saúde

GOVERNO DO AMAZONAS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AÇÕES ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL



NOTA TÉCNICA

ASS: Repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual para o Fundo Municipal dos Municípios em Gestão Estadual que possuam Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD ou que venham a possuir.

Considerando a Política Nacional de Saúde Bucal e os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS, visando a melhoria de seu público-alvo na assistência dos serviços oferecidos pelos municípios, devido a grande necessidade de reabilitação oral através dos serviços prestados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – (LRPD) credenciados / contratados pelos mesmos através do Ministério da Saúde;

Considerando as Portarias 2373/GM/MS de 07 de outubro de 2.009 e nº 211/SAS/MS, que visam ampliar o número de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – (LRPD);

Considerando a necessidade de se aumentar a oferta de prótese dentária;

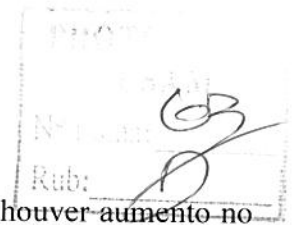
Considerando o Repasse Financeiro Federal para este fim constante nas referidas Portarias;

E, considerando dar ao município maiores informações, segue abaixo:

1. Fluxo do Repasse Financeiro aos Municípios em Gestão Estadual:

- 1º – Repassar diretamente os recursos provenientes das Portarias aos municípios acima mencionados os valores mensais discriminados conforme a tabela acima.
- 2º - Ao concluir seu credenciamento eletrônico junto ao Ministério da Saúde de enviar à Coordenação de Saúde Bucal do Estado, uma cópia da conclusão do Fluxo de Credenciamento do LRPD;
- 3º – Cadastrar conta específica junto a Secretaria de Fazenda – SEFAZ para o recebimento do recurso informando, posteriormente ao FES.
- 4º - No caso de **existirem ou a vir existir situação semelhante**, o município contemplado estará automaticamente sob o constante desta Nota Técnica.
- 5º - A Coordenação Estadual de Saúde Bucal informará ao Fundo Estadual de Saúde – FES, sobre novos municípios que solicitaram seu credenciamento.

2. Mudança de Classificação por faixa de Produção:



1º- No caso de mudança de classificação de produção ou em que houver aumento no valor dos procedimentos, o gestor interessado deverá encaminhar a proposta por meio de ofício à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM, Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas – DABE (modelo em Anexo), contendo:

- a) Identificação do Município pleiteante e do Estabelecimento de Saúde, devidamente registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- b) Portaria que credenciou/implantou o LRDP;
- c) Informação da oferta de produção dos últimos 6 meses, por estabelecimento;

ANEXO

LOGOMARCA DA PREFEITURA
**** UTILIZAR PAPEL TIMBRADO ****

Município – AM, XX de xxxxxx de 2.013.

Ofício N ____ / ____.

Assunto: Alteração da faixa de produção.

Senhor Secretário,

O Município de _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, propõe a mudança na faixa de produção do Laboratório Regional de Prótese Dentária sob nº _____ do CNES, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, Sr(a) _____, CPF nº _____ e RG nº _____, e solicita a Vossa Excelência a adoção das medidas necessárias para a realização do repasse financeiro destinado conforme portaria nº ____/MS, ao custeio mensal referente a alteração da faixa de produção de ____ a ____ para ____ a ____ mensal.

O LRPD apresenta as seguintes características:

1. Área ou Região de Referência:.....
2. População a ser coberta:
3. Tipo de Estabelecimento: () Isolado () Não isolado.
4. Cópia da FPO alterada.
3. Ações e atividades procedimentos ofertados:.....
-

4. Esta Secretaria Municipal de Saúde assume o compromisso de:

- a) Alimentar corretamente os sistemas de informações;
- b) Prover o Laboratório Regional de Prótese Dentária com os recursos necessários para o seu funcionamento.
- c) Esta Secretaria Municipal de Saúde afirma ainda ter conhecimento de que o repasse do recurso financeiro será descontinuado no caso de ser comprovado por meio dos sistemas de informações, por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS.

Secretário(a) Municipal de Saúde
[Carimbo do(a) Secretário(a)]

Ao Exmo. Sr. **Dr. WILSON DUARTE ALECRIM**
Secretário de Estado de Saúde