



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.413, DE 19 DE MARÇO DE 2013.

Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- a Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM);



- a Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011, que estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de saúde da Família (ESF);
- a Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica;
- a Portaria nº 2.887, de 20 de dezembro de 2012, que dispõe sobre o processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal;
- a Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012, que redefine a composição das equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da família, constante na política Nacional de Atenção Básica e considerando a necessidade de adequação do cadastro de equipes de Saúde Bucal no SCNES;
- a Portaria nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012, que institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família prevista na Política Nacional de Atenção Básica;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 338, 15 de março de 2007, que delega competência à Comissão Intergestores Bipartite Microrregional para homologar pactuações;
- a necessidade de revisar e adequar às normas estaduais às normas nacionais, considerando o atual momento do desenvolvimento da atenção primária;
- a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção primária;
- as normas e diretrizes que definem valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica; e
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 189ª Reunião Ordinária, ocorrida em 19 de março de 2013.

DELIBERA:



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Art. 1º Ficam aprovadas as disposições sobre as equipes de atenção primária, a suspensão do repasse de recursos e as condutas perante irregularidades, nos termos do Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º Fica revogada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 807, de 20 de abril de 2011.

Art. 3º Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 19 de março de 2013.

**ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, GESTOR DO SUS/MG E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG**

**ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.413, DE 19 DE MARÇO DE
2013 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br/cib).**



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 3.689, DE 19 DE MARÇO DE 2013.

Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;



- a Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- a Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011, que estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de saúde da Família (ESF);
- a Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica;
- a Portaria nº 2.887, de 20 de dezembro de 2012, que dispõe sobre o processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal;
- a Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012, que redefine a composição das equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da família, constante na política Nacional de Atenção Básica e considerando a necessidade de adequação do cadastro de equipes de Saúde Bucal no SCNES;
- a Portaria nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012, que institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família prevista na Política Nacional de Atenção Básica;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 338, 15 de março de 2007, que delega competência à Comissão Intergestores Bipartite Microrregional para homologar pactuações;
- a necessidade de revisar e adequar às normas estaduais às normas nacionais, considerando o atual momento do desenvolvimento da atenção primária;
- a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção primária;
- as normas e diretrizes que definem valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica; e
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.413, de 19 de março de 2013.



RESOLVE:

Art. 1º Ficam aprovadas as disposições sobre as equipes de atenção primária, a suspensão do repasse de recursos e as condutas perante irregularidades.

Art. 2º A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) elegeu a Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário para a reorganização e consolidação da atenção primária no Estado.

Parágrafo único. Buscando fortalecer essa estratégia, mensalmente é realizado o consolidado do número total de ESF em funcionamento, em cada município, para fins de pagamento de incentivo financeiro estadual, obedecendo ao seguinte fluxo:

I - O município deverá enviar até o 5º (quinto) dia útil de cada mês o atesto de funcionamento das ESF no mês anterior para o NAPRIS de sua respectiva SRS/GRS;

II- O NAPRIS deverá consolidar as informações recebidas e enviar o atesto consolidado até o dia 10 (dez) de cada mês para a DPAPS/SAPS;

III - A DPAPS/SAPS deverá encaminhar até o dia 20 de cada mês à Fundação João Pinheiro as informações das ESF completas e em funcionamento para - o cálculo de valores a serem enviados à Secretaria de Estado da Fazenda, responsável pela ordenação do pagamento;

DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Art. 3º Para a implantação da Equipe de Saúde da Família (eSF) devem-se observar as seguintes especificidades:

I – existência de UBS inscrita no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dentro da área de abrangência das eSF.

II – existência de equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujos profissionais estejam cadastrados no SCNES, com as cargas horárias de trabalhos informadas e exigidas para cada modalidade.



a) Esses profissionais não poderão ocupar outras funções que resultem em incompatibilidade de horários, inclusive aquelas inerentes ao cargo de gestor municipal, diretor clínico de Hospital e de Responsável Técnico (RT) por atividades realizadas no âmbito hospitalar, entre outras.

b) Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 1 (uma) eSF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 2 (duas) e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais.

c) Carga horária de 40 (quarenta) horas para todos os profissionais de saúde membros da ESF, à exceção dos profissionais médicos, que deverão observar o disposto na alínea 'e' deste artigo.

d) A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas para as atividades na equipe, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 8 horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

e) Para os profissionais médicos inseridos na eSF, serão admitidas além da inserção integral (40 horas), outras 5 (cinco) modalidades de inserção, com diferenciação no valor do incentivo financeiro federal, conforme disposto na Portaria nº 2.488/2011.

III – cada equipe deverá ser responsável por, no máximo, 4.000 (quatro mil) pessoas, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias do território.

IV – o número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% (cem por cento) da população cadastrada, com um limite máximo de 750 (setecentas e cinquenta) pessoas por agente e de 12 (doze) agentes por equipe.

V – a eSF pode ser configurada em duas modalidades, de acordo com os seguintes critérios:

a) Modalidade 1: todas as eSF dos Municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, as eSF dos Municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes



definidos também na Portaria nº 90/GM, e as eSF que atuam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008.

b) Modalidade 2: equipes implantadas em municípios que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

VI – o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento da UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Art. 4º Para a implantação da Equipe de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem-se observar os seguintes critérios:

I – existência de UBS inscrita no SCNES, na qual funcionará a equipe de saúde bucal vinculada à equipe de saúde da família, a mesma na qual a eSF está inserida;

II – consultório odontológico para a eSB, de acordo com as necessidades do desenvolvimento das ações de sua competência, instalado dentro da UBS (a mesma em que a eSF está funcionando), ou em espaço adjacente à mesma, funcionando, assim, no mesmo terreno;

III – espaço com equipamentos necessários para desenvolvimento das atividades clínicas inerentes ao Técnico em Saúde Bucal (TSB), quando na equipe de modalidade II no mesmo consultório, uma vez que as atividades clínicas do TSB devem ser supervisionadas diretamente pelo cirurgião-dentista (Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008), respeitando-se, quanto à sua localização, o mesmo definido para o consultório odontológico.

IV – a inclusão da eSB poderá ocorrer de forma gradativa, de acordo com as possibilidades do município, sempre atendendo à razão de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família;

V – a eSB pode ser planejada em duas modalidades de composição, mediante diferenciação dos incentivos financeiros, sendo que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma equipe de saúde da família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território adscritos à equipe à qual está vinculada:



a) Modalidade I: equipe composta por cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB).

b) Modalidade II: equipe composta por cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB).

VI - cumprimento de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os seus componentes.

VII - para a inclusão da ESB é necessária a implantação da Estratégia Saúde da Família, podendo-se manter a equipe de saúde bucal, caso a equipe de saúde da família seja transformada em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Parágrafo único. Os profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM), nos casos de municípios que foram contemplados pelo Ministério da Saúde com a referida unidade.

Art. 5º Para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) deve-se observar os itens abaixo:

I – existência de UBS inscrita no SCNES, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

II - existência de um enfermeiro para até 12 (doze) e no mínimo 4 (quatro) ACS.

III - cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por todos os profissionais.

IV - definição das micro áreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não ultrapasse a 750 pessoas.

Parágrafo único. A implantação do PACS deve ser adotada como estratégia inicial para implantação da Estratégia Saúde da Família, devendo ser substituída gradativamente.

Art. 6º Para credenciamento das equipes de atenção primária, o município deverá encaminhar ao Núcleo de Atenção Primária (NAPRIS) da sua respectiva Superintendência ou Gerência Regional de Saúde (SRS/GRS), os seguintes documentos:



I – ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de equipes e modalidade das mesmas;

II – cópia da ata de aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), especificando o número de equipes e modalidade;

III – projeto de credenciamento da equipe, nos moldes do formulário padrão;

IV – declaração de incentivo, nos moldes do formulário padrão.

§1º Os formulários para elaboração de projetos de eSF, eSB e PACS, padronizados pela SES/MG, assim como as orientações para o seu preenchimento, encontram-se disponíveis no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

§2º Nos casos de solicitação para mudança de modalidade de eSB os documentos solicitados são os citados acima, havendo apenas a substituição do projeto pela justificativa de mudança.

Art. 7º Municípios que receberam a UOM deverão seguir o fluxo regular de credenciamento de equipes observando as peculiaridades da nota técnica disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/gera/Nota_Tecnica_UOM.pdf.

Art. 8º Na análise dos projetos, o NAPRIS deverá verificar a existência das características e das condições mínimas de implantação e funcionamento das equipes de atenção primária, com especial atenção para:

I – infraestrutura física da UBS, conforme normas sanitárias;

II – delimitação da área de atuação da equipe;

III – eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de atuação da equipe de saúde;

IV – identificação e intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população estiver exposta;

V – prestação da atenção integral à saúde da população, compreendendo ações de promoção, prevenção, curativas, de reabilitação e cuidados paliativos;



VI – estímulo à organização da comunidade para a efetivação do controle social e democratização da gestão dos serviços de saúde;

VII – desenvolvimento das ações de saúde em parceria com outros setores da comunidade;

VIII – facilidade de acesso da população às ações de saúde, em seus diversos níveis de complexidade;

IX – continuidade das ações de forma geral;

X – ênfase no trabalho em equipe multiprofissional;

XI – jornada de trabalho de 08 (oito) horas diárias, perfazendo um total de 40 (quarenta) horas semanais, para todos os profissionais da equipe, exceto para o profissional médico;

XII – cadastramento das famílias, visando instruir estudos da realidade socioeconômica e sanitária local;

XIII – o teto máximo de equipes de atenção primária publicado pelo Ministério da Saúde.

Art. 9º O NAPRIS, após receber a documentação relacionada no artigo 6º desta Resolução, enviada pelo município, deverá analisá-la de acordo com as especificidades de cada projeto, observando o artigo antecedente, e emitir parecer, nos moldes do modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

§1º Se a documentação estiver correta, enviar para a Comissão Intergestores Regional (CIR), o parecer favorável, o ofício do prefeito ou secretário e a declaração de incentivo original para a homologação.

§2º Se a documentação estiver inconforme, todos os documentos deverão ser devolvidos ao município, acompanhados do parecer contendo as orientações para correção.

§3º Os projetos de saúde bucal deverão ser analisados pela referência técnica de saúde bucal da SRS/GRS, que emitirá o parecer técnico.



Art. 10. No caso da documentação estar correta, a CIR deverá encaminhar à Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG o parecer técnico emitido pela referência regional, a declaração de incentivo e o formulário de homologação dos projetos aprovados.

§1º A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará toda a documentação referente às equipes de atenção primária para análise da Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS)/Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), com exceção da documentação relativa aos projetos de saúde bucal que deverão ser encaminhados para a Diretoria de Saúde Bucal (DSB)/Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS).

§2º A DPAPS/SAPS encaminhará ao Ministério da Saúde a declaração de incentivo original dos projetos aprovados no âmbito estadual.

§3º A DPAPS/SAPS e a DSB/SRAS farão o consolidado das homologações dos projetos aprovados e encaminharão à Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG que remeterá ao Ministério da Saúde.

§4º A SRS/GRS e os municípios deverão acompanhar o credenciamento das equipes solicitadas no Diário Oficial da União.

Art. 11. Após o credenciamento das equipes pelo Ministério da Saúde ou no caso de modificação dos membros da equipe, o município deverá encaminhar para o NAPRIS o formulário padronizado de constituição de equipe, acompanhado da cópia dos documentos dos profissionais, mantendo as informações atualizadas no SCNES.

Parágrafo único. O NAPRIS fará a conferência dos documentos e arquivará as constituições de equipe para acompanhamento junto ao SCNES.

Art. 12. O cálculo do teto máximo de equipes de atenção primária é realizado pelo Ministério da Saúde tendo como fonte de dados populacionais a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE.

**DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS REFERENTES ÀS EQUIPES
E AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**



Art. 13. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses de recursos referentes às equipes e aos serviços de atenção primária, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I – inexistência de UBS cadastrada para o trabalho das equipes.

II – ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica.

III – descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes.

IV – ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades.

V – malversação ou desvio na utilização dos recursos.

Art. 14. Caso a inconformidade seja detectada por órgãos de controle e notificada à SAPS, esta encaminhará a documentação à SRS/GRS competente para que seja realizada visita de supervisão e posterior emissão de relatório técnico que será remetido ao órgão demandante.

Art. 15. Caso a inconformidade seja publicizada por portaria ministerial, a SAPS encaminhará a referida documentação à SRS/GRS competente para que a mesma comunique o município e forneça apoio técnico e administrativo na regularização da situação.

Art. 16. Caso a inconformidade seja constatada durante as visitas realizadas por técnicos da SES/MG, estas deverão ser oficializadas, considerando sequencialmente o fluxo abaixo:

I – aprazamento para correção das irregularidades, nos moldes de nota técnica a ser emitida;

II – ciência à CIR sobre a irregularidade encontrada, bem como o prazo para correção da mesma;



III – no caso de não regularização da inconformidade após o prazo para correção, os técnicos da SRS/GRS emitirão relatório à SAPS, detalhando a situação atual do município e as condutas realizadas, e esta solicitará ciência à CIB-SUS/MG que, por sua vez, oficializará ao Ministério da Saúde.

DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Art. 17. Para solicitação de crédito retroativo referente aos incentivos federais o município deverá encaminhar ao NAPRIS o formulário padronizado, disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br, discriminando o tipo de recurso financeiro que não foi creditado, a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com seus respectivos profissionais, os relatórios de produção das equipes e o ofício do gestor municipal pleiteando a complementação de crédito e justificando o motivo da suspensão.

§ 1º A solicitação de crédito retroativo está condicionada ao encaminhamento da documentação descrita no caput deste artigo em até seis meses após o mês em que houve a suspensão do recurso.

§ 2º O NAPRIS deverá encaminhar à Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS)/SAPS a documentação encaminhada pelo município, juntamente com parecer técnico favorável à liberação do crédito retroativo.

§ 3º A DEAPS/SAPS após analisar a adequação da solicitação encaminhará ao Departamento de Atenção Básica a solicitação de complementação de crédito dos incentivos.

Art. 18. Esta Resolução SES/MG entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 19 de março de 2013.

ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E
GESTOR DO SUS/MG