



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO  
- SECRETARIA EXECUTIVA -

**RESOLUÇÃO – CIB Nº. 51 /2009, de 23 de Julho de 2009.**

*Dispõe sobre o Termo de Compromisso entre entes públicos dos municípios de Palmas e Gurupi habilitados em Gestão Plena pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/96*

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2º, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os Arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria GM nº. 2.203, de 05 de novembro de 1996, que Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/96, e que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, em anexo;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 23 de Julho de 2009.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar o Termo de Compromisso entre entes públicos dos municípios de Palmas e Gurupi habilitados em Gestão Plena pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/96;

**Art. 2º** - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

**Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

PORTARIA N.2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando que está expirado o prazo para apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi definido pela Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996, e prorrogado por recomendação da Plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADIB D. JATENE

ANEXO

## 1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

## 2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das

necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

### 3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de

ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

#### 4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a consequente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

## **5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS**

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o

gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

## 6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumam a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;

- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
- f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
- i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e
- k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;
- l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

## 7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;



- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
- b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
- e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;
- f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

- g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;
- h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;
- i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;
- j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;
- k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;
- l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;
- n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
- o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;
- p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;
- q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;
- r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;
- s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;
- t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;
- u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

## 8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

## 9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e
- b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os municípios –, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não-somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de

modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

- a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;
- b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e
- c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos – resultantes de identificações e compreensões – que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

## **10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **10.1. Responsabilidades**

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

### **10.2. Fontes**

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da

receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

### **10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas**

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

### **10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais**

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT - observadas as reais disponibilidades financeiras do MS - e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB – observados os limites do TFGE – e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde..

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

## **11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

### **11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI**

- 11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.
- 11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.
- 11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.
- 11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.
- 11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle – inscritas na programação pelo estado e seus municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.
- 11.1.6. A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas

reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

## **11.2. Controle, Avaliação e Auditoria**

- 11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.
- 11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.
- 11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
- 11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.
- 11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.
- 11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.



## 12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

### 12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

#### 12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor *per capita* nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

#### 12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e

- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor *per capita* nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

### 12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

### 12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

#### **12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)**

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

#### **12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)**

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

#### **12.2. Remuneração por Serviços Produzidos**

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

##### **12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares**

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

##### **12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade**

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

### **12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos**

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

### **12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização**

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

## **13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

### **13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo**

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

#### **13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)**

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso –, são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

#### **13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)**

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as

condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

## **13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos**

### **13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)**

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

### **13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária**

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

## **14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS**

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Os valores do TFECD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

### **14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo**

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

## **14.2. Remuneração por Serviços Produzidos**

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

## **14.3. Transferência por Convênio**

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

- a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;
- b) custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças;
- c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

## **15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO**

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

### **15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA**

#### **15.1.1. Responsabilidades**

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

#### 15.1.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- 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.
- g) Disponer de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

### **15.1.3. Prerrogativas**

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
- b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
- d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

## **15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL**

### **15.2.1. Responsabilidades**

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.



- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

#### 15.2.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- 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.
- 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.
- g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada 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.
- i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- 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.
- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

- n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

### 15.2.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
- b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
- c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.
- e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.
- f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

## 16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

### 16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.

- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

## **16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual**

- a) Comprovar o funcionamento do CES.
- b) Comprovar o funcionamento da CIB.
- c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

- d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, 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 de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como 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 é efetuado o acompanhamento das ações.
- e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.
- f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.
- g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.
- 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 à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- i) Comprovar a 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.
- 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.
- k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

## **16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL**

### **16.3.1. Responsabilidades Específicas**

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;
- b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;

- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
- d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

#### **16.3.2. Requisitos Específicos**

- a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) 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% da população.
- c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

#### **16.3.3. Prerrogativas**

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
- b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

### **16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL**

#### **16.4.1. Responsabilidades Específicas**

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
- b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

#### **16.4.2. Requisitos Específicos**

- a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) 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.
- c) 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.
  - d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

#### 16.4.3. Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.
- b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).
- c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- d) Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.
- g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

### 17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

- 17.1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.
- 17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:
  - 17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:
    - 17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;
    - 17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;
    - 17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

- 17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;
- 17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;
- 17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;
- 17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;
- 17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e
- 17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;
- 17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:
  - 17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;
  - 17.2.2.2. 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;
  - 17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e
  - 17.2.2.4. a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode 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;
- 17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.
- 17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.
- 17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.
- 17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.
- 17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS N° 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.
- 17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS N° 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

- 17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS N° 01/93.
- 17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.
- 17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.
- 17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.
- 17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos per capita em ações de atenção básica superiores ao valor per capita nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.
- 17.13. O valor per capita nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor per capita nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.
- 17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).
- 17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.
- 17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.
- 17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.



## SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- FAE - Fração Assistencial Especializada
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
- IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
- IVR - Índice de Valorização de Resultados
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- PAB - Piso Assistencial Básico.
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SNA - Sistema Nacional de Auditoria
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
- TFA - Teto Financeiro da Assistência
- TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
- TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
- TFECD - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
- TFG - Teto Financeiro Global
- TFGE - Teto Financeiro Global do Estado
- TFGM - Teto Financeiro Global do Município
- TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

## CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa do presente 1º Termo Aditivo está consignada no Programa Orçamentário 10.302.0077.4152, Elemento de Despesa 33.90.39, Fonte 245, ND2009/08510.

## CLÁUSULA TERCEIRA - DA BASE LEGAL

O presente Termo Aditivo rege-se-á pelas disposições contidas nos Artigos 65, inciso I, alínea "b", § 1º e 57, inciso II ambos da Lei 8666/93.

## CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

Ficam inalteradas as condições do Convite que não sofreram alterações com a celebração do presente Termo.

## CLÁUSULA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento deverá ser publicado por extrato, no Diário Oficial do Estado.

## CLÁUSULA SEXTA - DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou da interpretação deste TERMO ADITIVO é o da apital do Estado do Tocantins.

E, assim, por estarem de pleno acordo e ajustados, depois de lido e achado conforme, o presente instrumento vai a seguir assinado em 03 (três) vias pelos representantes dos respectivos contratantes, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo firmadas, para publicação e execução.

Gabinete do Secretário da Saúde/SESAU-TO,  
Palmas 07 de agosto de 2009.

Secretário da Saúde

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho

Representante Legal da Empresa

Testemunhas:

1.  
CPF nº

2.  
CPF nº

## EXTRATOS DE CONTRATO

PROCESSO: 2009/3055/001557  
CONTRATO: 144/2009  
CONTRATANTE: SECRETARIA DA SAÚDE  
CONTRATADO: PEREIRA TURISMO LTDA.  
OBJETO: fornecimento de passagem aéreas  
VALOR TOTAL R\$25.464,00 (vinte e cinco mil quatrocentos e sessenta e quatro reais).  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 10.122.0064.4133  
ELEMENTO DE DESPESA: 33.90.33 Fonte: 245  
MODALIDADE: Pregão Presencial para Registro de Preços nº 103/2008  
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses, a partir da assinatura do Contrato.  
DATA DA ASSINATURA: 12/08/2009  
SIGNATÁRIOS  
P/ Contratante EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
P/ Contratada LINDON JONSON VIEIRA DOS SANTOS

PROCESSO: 2008/3055/004025  
CONTRATO: 145/2009  
CONTRATANTE: SECRETARIA DA SAÚDE  
CONTRATADO: COMARKET - AGÊNCIA DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA LTDA.  
OBJETO: prestação de serviços de outdoors, busdoors e de spots em rádio  
VALOR TOTAL R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 30550.10.125.0064.4146  
ELEMENTO DE DESPESA: 33.90.39 Fonte: 245  
MODALIDADE: Pregão Presencial para Registro de Preços nº 005/2009- SECOM  
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses, a partir da assinatura do Contrato.  
DATA DA ASSINATURA: 12/08/2009  
SIGNATÁRIOS  
P/ Contratante EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
P/ Contratada VALDIR TEIXEIRA LIMA

## EXTRATO DE TERMO ADITIVO

PROCESSO: 2007.3055.000017  
CONTRATO: TERMO ADITIVO REFERENTE AO CONTRATO 108/2007  
CONTRATANTE: SECRETARIA DA SAÚDE  
CONTRATADO: CIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO ESTADO DO TOCANTINS - CELTINS.  
OBJETO: PRORROGAÇÃO DE PRAZO POR 12 (DOZE) MESES  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 10.302.0010.4141  
ELEMENTO DE DESPESA: 33.90.39 Fonte: 0100  
VIGÊNCIA: prorrogação de 19/07/2009 A 18/07/2010  
DATA DA ASSINATURA: 16/07/2009  
SIGNATÁRIOS  
P/ CONTRATANTE: EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
P/ CONTRATADA: MILTON T. UMINO

## EXTRATO DE TERMO ADITIVO AO CONTRATO 145/2007

PROCESSO Nº: 2007/3055/001188  
TERMO ADITIVO Nº 3º  
CONTRATO Nº: 145/2007  
CONTRATANTE: SECRETARIA DA SAÚDE  
CONTRATADO: SAPRA LANDAUER SERVIÇO DE ASSESSORIA E PROTEÇÃO RADIOLÓGICA LTDA.  
OBJETO: Prorrogação da Vigência do Contrato Original por mais 12 (doze) meses.  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 10.302.0077.4156  
ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.39  
FONTE: 245  
DATA DA ASSINATURA: 11/08/2009  
SIGNATÁRIOS: EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
SECRETÁRIO DA SAÚDE  
IVONE MARIA MASCARENHAS  
P/CONTRATADA

## EXTRATO DE TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS

TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICO Nº 072/2009  
PROCESSO: 2009/3055/002094  
COMPROMITENTE: Estado do Tocantins, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde.  
COMPROMISSÁRIO: Município de Palmas/TO  
OBJETO: Formalização da contratação dos serviços de saúde ofertados, bem como a respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob a gerência do Estado do Tocantins, localizadas no Município de Palmas/TO, definindo o papel do hospital na rede de atenção à saúde e no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos.  
DATA DA ASSINATURA: 24/07/2009  
VIGÊNCIA: 23/07/2010  
EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
Secretário de Estado da Saúde  
SAMUEL BRAGA BONILHA  
Secretário de Saúde do Município de Palmas/TO

## TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICO Nº 073/2009

PROCESSO: 2009/3055/002096  
COMPROMITENTE: Estado do Tocantins, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde.  
COMPROMISSÁRIO: Município de Gurupi/TO  
OBJETO: Formalização da contratação dos serviços de saúde ofertados, bem como a respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob a gerência do Estado do Tocantins, localizadas no Município de Gurupi/TO, definindo o papel do hospital na rede de atenção à saúde e no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos.  
DATA DA ASSINATURA: 24/07/2009  
VIGÊNCIA: 23/07/2010  
EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
Secretário de Estado da Saúde  
GERAL DO ALVES TEIXEIRA  
Secretário de Saúde do Município de Gurupi/TO

## EXTRATO DE CONTRATO

PROCESSO: 2009/3055/001215  
CONTRATO: 148/2009  
CONTRATANTE: SECRETARIA DA SAÚDE  
CONTRATADO: OXIENG COMÉRCIO E SERVIÇOS LTDA  
OBJETO: Instalação de rede de gases medicinais no Anexo I do Hospital e Maternidade Dona Regina  
VALOR TOTAL: R\$ 38.475,00 (trinta e oito mil, quatrocentos e setenta e cinco reais)  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 10.302.0077.4156  
ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.39  
FONTE: 245  
MODALIDADE: Pregão Presencial nº 81/2009  
VIGÊNCIA: 06 (seis) meses a partir da data de assinatura.  
DATA DA ASSINATURA: 17/08/2009  
SIGNATÁRIOS:  
EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
P/ Contratante  
ROSIMAR APARECIDA PIRES DE OLIVEIRA BORGES  
P/ Contratada

## EXTRATO DE CONTRATO

PROCESSO: 2008/3055/004154  
CONTRATO: 146/2009  
CONTRATANTE: SECRETARIA DA SAÚDE  
CONTRATADO: OLIVEIRA E FILHO LTDA.  
OBJETO: Aquisição de serviços gerais de lavagem e higienização da frota de veículos da Secretaria da Saúde  
VALOR TOTAL: R\$51.269,10 (cinquenta e um mil duzentos e sessenta e nove reais e dez centavos).  
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 10.122.0195.4002 2009ND09207  
ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.39 FONTE: 100  
MODALIDADE: Convite nº 054/2009  
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses a contar da data de assinatura.  
DATA DA ASSINATURA: 31/12/2009  
SIGNATÁRIOS:  
EUGÊNIO PACCELI DE FREITAS COÊLHO  
P/ Contratante  
GREICE CAETANO SOUZA DE OLIVEIRA  
P/ Contratada

## PORTARIA SESAU Nº 269, de 11 DE AGOSTO DE 2009.

Altera a Portaria Nº 452, de 11 de setembro de 2007, na parte que especifica.

O SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO, com fundamento no art. 42, § 1º, inciso IV e art. 152, inciso III da Constituição do Estado do Tocantins, no uso de suas atribuições.

Considerando a necessidade de atualizar a regulamentação concernente à utilização de medicamentos na Rede Estadual de Saúde com conseqüente revisão da Portaria Nº 452, de 11 de setembro de 2007, alterada pela Portaria 322 de 14 de outubro de 2008;

RESOLVE:

Art. 1º - A Comissão Permanente de Avaliação da Relação Estadual de Medicamentos Hospitalares e Ambulatoriais instituída pela Portaria SESAU Nº 462, de 11 de setembro de 2007, passa a se denominar "Comitê Estadual de Farmácia e Terapêutica do Tocantins".

Art. 2º - A comissão acima será composta pelos membros abaixo designados, que sob a presidência do primeiro, desenvolverão processo de seleção de medicamentos com o objetivo de assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo implementando processo contínuo de educação farmacológica aos profissionais de saúde;

Membros Efetivos:

- Alexandre Janotti, Matrícula Nº 247081-1, Médico - Presidente
  - Glécia Regina Claudino Valentin, Matrícula Nº 843738-6,
  - Maria Gleydy Brito Chianca Silva, Matrícula Nº 817094-1
  - Regina Mara Ferreira de Brito, Matrícula Nº 853917-1
  - Solange de Freitas Viana, Matrícula Nº 289159-0
  - Vidal Gonzalez Mateos Júnior, Matrícula Nº 861356-7
  - Yara Maria Coelho Bulamarque, Matrícula Nº 717010-6
- Apoio:
- Jennifer Gomes Martiniano, Matrícula Nº 848941-8
  - Ana Cláudia Dias Bastos, Matrícula Nº 820328-8

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário;

## MACROALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Data de Impressão: 24/07/2009

U.F.: TOCANTINS

ÁREA ASSISTENCIAL	Produção do Período Anterior (a)	Macroalocação (b)	Taxa de Cresc. [(b-a)/a]x100
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	16.371.146,05	0,00	(100,00)
Atenção Básica	<b>57.156.186,05</b>	<b>0,00</b>	<b>(100,00)</b>
<b>ÁREA ASSISTENCIAL</b>	<b>Produção do Período Anterior (a)</b>	<b>Macroalocação (b)</b>	<b>Taxa de Cresc. [(b-a)/a]x100</b>
<b>MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL</b>	10.181.710,72	10.396.990,16	2,11
Média Complexidade I	11.975.415,81	13.220.619,13	10,40
Média Complexidade II	2.853.105,05	3.942.628,69	38,19
Média Complexidade III	<b>25.010.231,58</b>	<b>27.560.237,98</b>	10,20
<b>Subtotal MC</b>	624.926,00	0,00	(100,00)
<b>TFD GESTÃO MUNICIPAL</b>	<b>624.926,00</b>	<b>0,00</b>	<b>(100,00)</b>
<b>ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL</b>	187.173,53	374.346,42	100,00
Hemodinâmica	886.575,71	2.415.202,72	172,42
Radioterapia	2.895.455,22	4.405.957,19	52,17
Quimioterapia	0,00	572.853,70	100,00
Ressonância Magnética	0,00	0,00	0,00
Medicina Nuclear	0,00	0,00	0,00
Radiologia Intervencionista	424.379,42	3.100.000,00	630,48
Tomografia Computadorizada	3.253.190,82	0,00	(100,00)
Hemoterapia	32.716,30	57.858,90	76,85
Radiodiagnóstico	434.454,00	755.636,18	100,00
Terapia Especializada Litotripsia	0,00	0,00	(100,00)
Patologia Clínica Especializada	<b>8.113.945,00</b>	<b>11.681.855,11</b>	<b>43,97</b>
<b>Subtotal AC</b>	44.942.603,99	44.942.603,99	(0,00)
<b>INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	4.826.119,94	4.985.867,64	3,31
Internação Hospitalar de Média Complexidade	<b>49.768.723,93</b>	<b>49.928.471,63</b>	<b>0,32</b>
Internação Hospitalar de Alta Complexidade			
<b>GESTÃO ESTADUAL</b>	-----	1.507.954,55	-----
TFD	-----	4.850.224,24	-----
Hemorede	-----	0,00	-----
Outros:	-----		-----
<b>Subtotal GE</b>		<b>6.358.178,79</b>	
<b>AJUSTE CIB</b>	-----	<b>65.487.555,07</b>	-----
<b>Subtotal Ajuste CIB</b>			
<b>PPI Interestadual</b>	-----	0,00	-----
Encaminhado	-----	0,00	-----
Recebido	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	-----
<b>Subtotal Interestadual</b>			
<b>Incentivos Permanentes de custeio</b>	-----	<b>8.711.580,81</b>	-----
<b>Subtotal INC</b>			
<b>TETO FEDERAL (MAC)</b>	<b>TOTAL MACROALOCADO</b>	<b>BALANÇO (T.Fed.-T. Macro.)</b>	
<b>R\$ 169.727.879,39</b>	<b>R\$ 169.727.879,39</b>	<b>R\$ 0,00</b>	

CIB: Palmas, 24 de julho de 2009

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho

Eduardo Novaes Medrado

Fonte: SisPPI/MS

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho  
 Secretário da Saúde

Assinatura

Assinatura

QUADRO 01 - PPI ASSISTENCIAL  
 DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

IBGE	Nome	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Valores recebidos de outras UFs(+)	Ajustes (+ ou -)	Total Programado p/ Município	Registro de valores de M.C. Amb. enc. a outras UFs	Total
		População Própria (+)	População Referência (+)	População Própria (+)	População Referência (+)						
		(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
170025	ABREULÂNDIA	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.366,50	1.366,50	0,00	1.366,50
170030	AGUIARNÓPOLIS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.225,87	49.818,63	0,00	49.818,63
170035	ALIANÇA DO TOCANTINS	38.616,62	5.976,14	0,00	0,00	0,00	0,00	7,80	40.800,49	0,00	40.800,49
170040	ALMAS	40.792,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.467,38	165.770,48	0,00	165.770,48
170070	ALVORADA	62.240,83	12.682,27	0,00	0,00	88.380,00	0,00	20.026,52	463.297,02	0,00	463.297,02
170100	ANANÁS	142.751,96	11.285,94	0,00	20.778,80	268.453,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170105	ANGICO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170110	APARECIDA DO RIO NEGRO	19.958,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	891,27	20.850,22	0,00	20.850,22
170130	ARAGOMINAS	33.291,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	431,70	33.723,41	0,00	33.723,41
170190	ARAGUACEMA	90.328,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26.387,36	192.003,58	0,00	192.003,58
170200	ARAGUAÇU	125.052,83	42.158,09	162.809,02	44.377,20	0,00	0,00	75.287,40	631.313,66	0,00	631.313,66
170210	ARAGUAÍNA	3.775.798,51	8.471.320,22	8.205.204,42	10.383.844,61	3.319.476,48	0,00	15.282.200,43	49.437.844,67	0,00	49.437.844,67
170215	ARAGUANÃ	34.568,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.078,49	36.646,59	0,00	36.646,59
170220	ARAGUATINS	480.598,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	473.551,26	1.366.726,59	0,00	1.366.726,59
170230	ARAPOEMA	83.766,37	68.878,26	100.088,25	34.557,14	0,00	0,00	412.576,96	395.775,59	0,00	395.775,59
170240	ARRAIAS	173.908,48	130.713,47	228.551,59	124.895,49	0,00	0,00	108.485,57	395.775,59	0,00	395.775,59
170255	AUGUSTINÓPOLIS	278.454,06	1.336.452,90	389.079,20	2.072.408,28	0,00	0,00	1.444.189,46	5.520.583,90	0,00	5.520.583,90
170270	AURORA DO TOCANTINS	5.248,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	923,09	6.171,41	0,00	6.171,41
170290	AXIXÁ DO TOCANTINS	35.111,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.181,00	37.292,68	0,00	37.292,68
170300	BABAÇULÂNDIA	1.469,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,00	1.481,44	0,00	1.481,44
170305	BANDEIRANTES DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170307	BARRA DO OURO	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170310	BARROLÂNDIA	37.576,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	270,00	37.846,62	0,00	37.846,62
170320	BERNARDO SAYÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	270,00	270,00	0,00	270,00
170330	BOM JESUS DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170360	BRASILÂNDIA DO TOCANTINS	10.457,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	126.234,48	163.811,10	0,00	163.811,10
170370	BREJINHO DE NAZARÉ	52.866,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170380	BURITI DO TOCANTINS	11.010,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170382	CACHOEIRINHA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170384	CAMPOS LINDOS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170386	CARIRI DO TOCANTINS	1.117,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	635,26	1.753,00	0,00	1.753,00

*Edmundo Almeida*

QUADRO 01 - PPI ASSISTENCIAL  
 DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

IBGE	Nome	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Valores recebidos de outras UFs(+)	Ajustes (+ ou -)	Total Programado p/ Município	Registro de valores de M.C. Amb. enc. a outras UFs	Total
		População Própria (+)	População Referência (+)	População Própria (+)	População Referência (+)						
								265,50	9.784,21	0,00	9.784,21
						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170388	CARMOLÂNDIA	9.518,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	286,50	4.336,98	0,00	4.336,98
170389	CARRASCO BONITO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	333,00	333,00	0,00	333,00
170390	CASEARA	4.050,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	613,50	613,50	0,00	613,50
170410	CASEARA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	156,00	156,00	0,00	156,00
170410	CENTENÁRIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	156,00	156,00	0,00	156,00
170510	CHAPADA DA NATIVIDADE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	809.844,93	2.474.335,45	0,00	2.474.335,45
170460	CHAPADA DE AREIA	0,00	0,00	0,00	0,00	79.200,00	0,00	121.266,95	437.931,76	0,00	437.931,76
170550	COLINAS DO TOCANTINS	420.112,41	139.571,43	599.232,02	426.374,66	214.126,12	0,00	1.864,18	176.691,54	0,00	176.691,54
170550	COLINAS DO TOCANTINS	101.960,77	0,00	0,00	577,92	113.089,56	0,00	45,00	10.944,22	0,00	10.944,22
171670	COLMÉIA	36.813,28	20.837,52	0,00	4.087,00	0,00	0,00	72,00	30.930,88	0,00	30.930,88
170555	COMBINADO	10.899,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.527,64	382.746,14	0,00	382.746,14
170560	CONCEIÇÃO DO TOCANTINS	30.858,88	0,00	0,00	0,00	272.073,12	0,00	87,00	87,00	0,00	87,00
170600	COUTO DE MAGALHÃES	83.289,33	18.856,05	0,00	0,00	0,00	0,00	19,08	19,08	0,00	19,08
170610	CRISTALÂNDIA	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,08	19,08	0,00	19,08
170625	CRIXÁS DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	642.932,13	1.950.279,69	0,00	1.950.279,69
170650	DARCINÓPOLIS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37.914,35	261.785,61	0,00	261.785,61
170650	DARCINÓPOLIS	287.904,48	168.047,07	439.606,69	332.589,32	79.200,00	0,00	85.590,72	97.867,98	0,00	97.867,98
170700	DIANÓPOLIS	71.928,95	66.351,59	0,00	0,00	0,00	0,00	17.148,31	179.265,99	0,00	179.265,99
170710	DIVINÓPOLIS DO TOCANTINS	80.719,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.834,37	179.265,99	0,00	179.265,99
170720	DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS	80.719,67	0,00	0,00	0,00	131.587,36	0,00	910,47	910,47	0,00	910,47
170720	DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS	45.844,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	804,90	17.476,19	0,00	17.476,19
170730	DUERÉ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170740	ESPERANTINA	16.671,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.652,96	160.860,13	0,00	160.860,13
170755	FÁTIMA	49.170,97	0,00	0,00	0,00	110.036,20	0,00	93,00	73.217,16	0,00	73.217,16
170765	FIGUEIRÓPOLIS	73.124,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	152.002,47	844.678,38	0,00	844.678,38
170770	FILADÉLFIA	73.124,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	262,50	262,50	0,00	262,50
170770	FILADÉLFIA	316.468,97	434,46	375.772,48	0,00	0,00	0,00	262,50	26.144,57	0,00	26.144,57
170820	FORMOSO DO ARAGUAIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26.144,57	0,00	26.144,57
170825	FORTALEZA DO TABOÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.486,24	357.109,21	0,00	357.109,21
170830	GOIANORTE	26.144,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.486,24	357.109,21	0,00	357.109,21
170830	GOIANORTE	102.535,00	29.411,37	0,00	113.630,60	105.046,00	0,00	434.077,89	1.793.868,50	0,00	1.793.868,50
170900	GOIATINS	381.611,67	130.831,91	450.992,22	396.354,81	0,00	0,00	2.647.923,27	9.250.882,06	0,00	9.250.882,06
170930	GUARÁI	1.497.676,14	873.108,49	2.208.305,32	1.086.668,84	937.200,00	0,00	60,00	60,00	0,00	60,00
170950	GURUPI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	71.032,94	271.496,94	0,00	271.496,94
170980	IPUEIRAS	61.830,02	27.464,28	83.663,29	27.506,41	0,00	0,00	6,00	191.791,37	0,00	191.791,37
171050	ITACAJÁ	51.909,01	0,00	0,00	0,00	139.876,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171070	ITAGUATINS	51.909,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

*Carvalho*

*P*

QUADRO 01 - PPI ASSISTENCIAL  
 DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

IBGE	Nome	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Valores recebidos de outras UFs(+)	Ajustes (+ ou -)	Total Programado p/ Município	Registro de valores de M.C. Amb. enc. a outras UFs	Total
		População Própria (+)	População Referência (+)	População Própria (+)	População Referência (+)						
171090	ITAPIRATINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
171110	ITAPORÃ DO TOCANTINS	13.893,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.901,38	16.794,66	0,00	16.794,66
171150	JAÚ DO TOCANTINS	824,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	270,00	1.094,92	0,00	1.094,92
171180	JUARINA	(0,00)	0,00	0,00	0,00	64.402,80	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
171180	JUARINA	94.103,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	288,00	160.751,74	0,00	160.751,74
171190	LAGOA DA CONFUSÃO	7.624,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	392,31	7.912,37	0,00	7.912,37
171195	LAGOA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	288,00	392,31	0,00	392,31
171200	LAJEADO	1.085,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	392,31	2.516,80	0,00	2.516,80
171215	LAVANDEIRA	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.431,00	2.516,80	0,00	2.516,80
171240	LIZARDA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
171245	LUZINÓPOLIS	6.622,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,54	9,54	0,00	9,54
171250	MARIANÓPOLIS DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,54	9,54	0,00	9,54
171270	MATEIROS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.451,64	9.074,39	0,00	9.074,39
171280	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	462.686,34	204.162,75	585.279,52	210.641,48	0,00	0,00	888.377,31	2.351.147,40	0,00	2.351.147,40
171320	MIRACEMA DO TOCANTINS	105.933,53	0,00	264.533,70	0,00	0,00	0,00	217.060,47	587.527,70	0,00	587.527,70
171330	MIRANORTE	28.051,94	0,00	0,00	0,00	64.351,08	0,00	1.027,20	93.430,22	0,00	93.430,22
171360	MONTE DO CARMO	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	360,00	360,00	0,00	360,00
171370	MONTE SANTO DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.892,34	1.892,34	0,00	1.892,34
171395	MURICILÂNDIA	79.886,97	35.631,03	63.253,16	44.194,20	0,00	0,00	2.394,93	395.615,67	0,00	395.615,67
171420	NATIVIDADE	45.471,73	18.912,16	0,00	0,00	0,00	0,00	2.394,93	395.615,67	0,00	395.615,67
171430	NAZARÉ	71.147,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42.066,90	213.898,15	0,00	213.898,15
171488	NOVA OLINDA	12.863,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42.066,90	213.898,15	0,00	213.898,15
171500	NOVA ROSALÂNDIA	37.140,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	139.589,64	210.736,64	0,00	210.736,64
171510	NOVO ACORDO	4.466,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13.152,81	0,00	13.152,81
171515	NOVO ALEGRE	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	289,31	13.152,81	0,00	13.152,81
171525	NOVO JARDIM	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	289,31	13.152,81	0,00	13.152,81
171550	OLIVEIRA DE FÁTIMA	5.821.033,68	6.575.851,64	9.697.893,37	4.579.351,93	1.113.600,00	0,00	34.124.076,33	61.911.806,95	0,00	61.911.806,95
172100	PALMAS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81,00	81,00	0,00	81,00
171570	PALMEIRANTE	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81,00	81,00	0,00	81,00
171380	PALMEIRAS DO TOCANTINS	85.304,49	28.788,39	82.412,31	775.889,14	79.200,00	0,00	564,57	564,57	0,00	564,57
171575	PALMEIRÓPOLIS	741.887,98	308.276,58	1.020.939,66	775.889,14	79.200,00	0,00	564,57	564,57	0,00	564,57
171610	PARAÍSO DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36.543,93	263.146,49	0,00	263.146,49
								1.400.740,82	4.326.934,18	0,00	4.326.934,18

*Estados*

QUADRO 01 - PPI ASSISTENCIAL  
 DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

IBGE	Nome	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Valores recebidos de outras UFs(+)	Ajustes (+ ou -)	Total Programado p/ Município	Registro de valores de M.C. Amb. enc. a outras UFs	Total
		População Própria (+)	População Referência (+)	População Própria (+)	População Referência (+)						
									302.260,51	0,00	302.260,51
						0,00	0,00	25.179,47	176,67	0,00	176,67
171620	PARANÃ	125.652,00	3.519,60	147.909,44	0,00	0,00	0,00	176,67	176,67	0,00	176,67
171630	PAU D'ARCO	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	574.386,63	1.230.102,60	0,00	1.230.102,60
171650	PEDRO AFONSO	132.217,31	152.569,51	160.449,46	210.479,69	0,00	0,00	114.377,36	422.774,22	0,00	422.774,22
171660	PEIXE	99.702,60	2.991,02	176.471,30	29.231,94	0,00	0,00	94,62	25.295,47	0,00	25.295,47
171665	PEQUIZEIRO	25.200,85	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0,00	0,00	89.010,91	0,00	89.010,91
171700	PINDORAMA DO TOCANTINS	29.010,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36.644,44	0,00	36.644,44
171720	PIRAQUÊ	36.644,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	72.466,12	324.690,80	0,00	324.690,80
171750	PIUM	65.773,12	35,82	86.617,33	22.782,89	77.015,52	0,00	90,00	14.675,57	0,00	14.675,57
171780	PONTE ALTA DO BOM JESUS	14.585,57	0,00	0,00	0,00	71.795,40	0,00	0,00	24.377,25	0,00	24.377,25
171790	PONTE ALTA DO TOCANTINS	47.766,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.012.105,42	7.263.692,18	0,00	7.263.692,18
171800	PORTO ALEGRE DO TOCANTINS	24.377,25	0,00	0,00	0,00	79.200,00	0,00	60,00	60,00	0,00	60,00
171820	PORTO NACIONAL	826.466,80	521.517,94	1.083.181,34	741.220,68	0,00	0,00	974,85	232.872,54	0,00	232.872,54
171830	PRAIA NORTE	0,00	0,00	0,00	0,00	128.771,88	0,00	90,00	90,00	0,00	90,00
171840	PRESIDENTE KENNEDY	51.585,36	13.010,04	0,00	38.530,41	0,00	0,00	90,00	90,00	0,00	90,00
171845	PUGMIL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.393,15	9.278,51	0,00	9.278,51
171850	RECURSOLÂNDIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
171855	RIACHINHO	6.885,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	842,85	0,00	842,85
171865	RIO DA CONCEIÇÃO	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	842,85	40.833,36	0,00	40.833,36
171870	RIO DOS BOIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	880,32	40.833,36	0,00	40.833,36
171875	RIO SONO	39.953,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
171880	SAMPAIO	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171884	SANDOLÂNDIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171886	SANTA FÉ DO ARAGUAIA	26.936,26	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0,00	623,81	87.560,07	0,00	87.560,07
171888	SANTA MARIA DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,13	50,13	0,00	50,13
171889	SANTA RITA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	626,13	626,13	0,00	626,13
171890	SANTA ROSA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	626,13	626,13	0,00	626,13
171900	SANTA TEREZA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.007,19	1.007,19	0,00	1.007,19
172000	SANTA TEREZINHA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172010	SÃO BENTO DO TOCANTINS	4.080,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172015	SÃO FÉLIX DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.199,80	5.279,80	0,00	5.279,80
172020	SÃO MIGUEL DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
								1.855,65	1.855,65	0,00	1.855,65

*Edmundo*

QUADRO 01 - PPI ASSISTENCIAL  
DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

IBGE	Nome	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Valores recebidos de outras UFs(+)	Ajustes (+ ou -)	Total Programado p/ Município	Registro de valores de M.C. Amb. enc. a outras UFs	Total
		População Própria (+)	População Referência (+)	População Própria (+)	População Referência (+)						
		(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
172025	SÃO SALVADOR DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172030	SÃO SEBASTIÃO DO TOCANTINS	86.972,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.304,68	95.277,50	0,00	95.277,50
172049	SÃO VALÉRIO DA NATIVIDADE	30.675,66	0,00	0,00	0,00	109.496,08	0,00	9.398,29	149.570,03	0,00	149.570,03
172065	SILVANÓPOLIS	13.117,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	76,68	13.194,08	0,00	13.194,08
172080	SÍTIO NOVO DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172085	SUCUPIRA	209.637,48	86.738,53	322.186,03	133.291,88	0,00	0,00	159.607,32	911.461,24	0,00	911.461,24
172090	TAGUATINGA	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	379,08	379,08	0,00	379,08
172093	TAIPAS DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	69,00	69,00	0,00	69,00
172097	TALISMÃ	21.073,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.789,80	22.863,54	0,00	22.863,54
172110	TOCANTÍNIA	464.494,41	184.051,69	520.626,60	219.636,21	0,00	0,00	407.103,08	1.795.911,99	0,00	1.795.911,99
172120	TOCANTINÓPOLIS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	549,00	549,00	0,00	549,00
172125	TUPIRAMA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,50	37,50	0,00	37,50
172130	TUPIRATINS	43.933,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.208,00	48.141,28	0,00	48.141,28
172208	WANDERLÂNDIA	139.801,31	29.304,11	222.867,04	88.416,59	0,00	0,00	242.840,84	723.229,89	0,00	723.229,89
172210	XAMBIOÁ	19.482.601,39	19.719.742,27	27.677.924,76	22.203.332,26	8.711.580,81	0,00	65.574.519,10	163.369.700,60	0,00	163.369.700,60
	<b>TOTAL</b>										

Os incentivos referem-se ao SAMU, Centro de Referência Saúde do Trabalhador, INTEGRASUS, IAPI, FIDEPS e Incentivo de Adesão à Contratualização. Os valores referentes ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Hospitais de Pequeno Porte e são contemplados nas colunas de população própria e referenciada, e deverão ser compatibilizados com o valor do incentivo de custeio previsto para cada estabelecimento.

Palmas, 24 de julho de 2009

  
Eduardo Novaes Medrado  
Presidente COSEMS

  
Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO



Ministério da Saúde  
 Secretaria de Atenção à Saúde  
 Departamento de Regulação, Controle e Avaliação  
 Coordenação de Programação da Assistência

QUADRO 02 - PPI ASSISTENCIAL  
 DETALHAMENTO DOS VALORES PROGRAMADOS NA SES (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

ESPECIFICAÇÃO	TOTAL
Outros .....	0,00
Hemorrede	4.850.224,24
Tratamento fora do domicílio	1.507.954,55
Valores encaminhados a outras UF's	0,00
Valores recebidos de outras UF's (p/SES)	0,00
<b>Total do Quadro 02</b>	<b>6.358.178,79</b>

OBS : total quadro 1 + total quadro 2 = total da UF


Os valores recebidos pelos estabelecimentos da Rede Sarah não estão contemplados nestes quadros.

Nos "Valores encaminhados a outras UF's" constam a complementação da valores relativos a programação ambulatorial e a valor total da programação da internação hospitalar.

1 de 1

Palmas, 24 de julho de 2009

  
**Eduardo Novaes Medrado**  
 Presidente COSEMS-TO

  
**Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho**  
 Secretário de Estado da Saúde  
 Presidente da CIB - TO

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Regulação, Controle e Avaliação  
Coordenação de Programação da Assistência

QUADRO 04 - PPI ASSISTENCIAL  
DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE TCEP  
ENTRE OS GESTORES ESTADUAL e MUNICIPAL (valores anuais)


UF: TO


Competência: 2009/07

IBGE	Município	Nome da Unidade	Código CNES	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo	Fundo para o qual serão realizadas as transferências*	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo de Saúde
170950	GURUPI	Hospital de Gurupi	2786109	72	24/7/2009	FES	6.128.792,00
172100	PALMAS	Hospital e Maternidade Dona Regina	2755157	73	24/7/2009	FES	13.262.172,78
172100	PALMAS	Hospital Geral de Palmas	2786117	73	24/7/2009	FES	28.398.499,60
						<b>TOTAL</b>	<b>47.789.464,38</b>

Os valores serão descontados da PPI dos municípios (quadro 1) quando as transferências forem realizadas ao FES.  
Quando as transferências forem realizadas ao FMS os valores não serão descontados da PPI dos municípios.  
Esse quadro será utilizado quando existir gerência de um e gestão de outro.

Palmas, 24 de julho de 2009

  
**Eduardo Novaes Medrado**  
Presidente COSEMS

  
**Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho**  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO

Ministério da Saúde  
 Secretaria de Atenção à Saúde  
 Departamento de Regulação, Controle e Avaliação  
 Coordenação de Programação da Assistência

QUADRO 05 - PPI ASSISTENCIAL  
 DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS  
 EM FUNÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB GESTÃO ESTADUAL (valores anuais)

UF: TO

Competência: 2009/07

IBGE	Município	Valor anual a ser destinado ao Fundo de Saúde
		1.366,50
170030	AGUIARNÓPOLIS	49.818,63
170035	ALIANÇA DO TOCANTINS	40.800,49
170040	ALMAS	165.770,48
170070	ALVORADA	463.297,02
170100	ANANÁS	20.850,22
170110	APARECIDA DO RIO NEGRO	33.723,41
170130	ARAGOMINAS	192.003,58
170190	ARAGUACEMA	631.313,66
170200	ARAGUAÇU	48.395.044,67
170210	ARAGUAÍNA	36.646,59
170215	ARAGUANÃ	1.366.726,59
170220	ARAGUATINS	395.775,59
170230	ARAPOEMA	1.001.174,20
170240	ARRAIAS	5.520.583,90
170255	AUGUSTINÓPOLIS	6.171,41
170270	AURORA DO TOCANTINS	37.292,68
170290	AXIXÁ DO TOCANTINS	1.481,44
170300	BABAÇULÂNDIA	163.811,10
170310	BARROLÂNDIA	7,50
170330	BOM JESUS DO TOCANTINS	10.457,02
170360	BRASILÂNDIA DO TOCANTINS	162.929,74
170370	BREJINHO DE NAZARÉ	11.121,87
170380	BURITI DO TOCANTINS	97,50
170382	CACHOEIRINHA	2.940,00
170384	CAMPOS LINDOS	1.753,00
170386	CARIRI DO TOCANTINS	9.784,21
170388	CARMOLÂNDIA	4.336,98
170390	CASEARA	333,00
170410	CENTENÁRIO	613,50
170510	CHAPADA DA NATIVIDADE	156,00
170460	CHAPADA DE AREIA	2.395.135,45
170550	COLINAS DO TOCANTINS	437.931,76
171670	COLMÉIA	176.691,54
170555	COMBINADO	10.944,22
170560	CONCEIÇÃO DO TOCANTINS	30.930,88
170600	COUTO DE MAGALHÃES	382.746,14
170610	CRISTALÂNDIA	1.871.079,69
170700	DIANÓPOLIS	261.785,61
170710	DIVINÓPOLIS DO TOCANTINS	97.867,98
170720	DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS	179.265,99
170730	DUERÉ	17.476,19
170755	FÁTIMA	160.860,13
170765	FIGUEIRÓPOLIS	73.217,16
170770	FILADÉLFIA	26.144,57
170830	GOIANORTE	357.109,21
170900	GOIATINS	

*P. Almeida*

IBGE	Município	Valor anual a ser destinado ao Fundo de Saúde
		1.793.868,50
170930	GUARAI	191.791,37
171070	ITAGUATINS	16.794,66
171110	ITAPORÁ DO TOCANTINS	1.094,92
171150	JAÚ DO TOCANTINS	160.751,74
171190	LAGOA DA CONFUSÃO	7.912,37
171195	LAGOA DO TOCANTINS	9.074,39
171250	MARIANÓPOLIS DO TOCANTINS	85,50
171280	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	2.351.147,40
171320	MIRACEMA DO TOCANTINS	587.527,70
171330	MIRANORTE	93.430,22
171360	MONTE DO CARMO	395.615,67
171420	NATIVIDADE	210.736,64
171488	NOVA OLINDA	13.152,81
171500	NOVA ROSALÂNDIA	37.170,40
171510	NOVO ACORDO	4.890,66
171515	NOVO ALEGRE	8.823.611,93
172100	PALMAS	4.247.734,18
171610	PARAÍSO DO TOCANTINS	1.230.102,60
171650	PEDRO AFONSO	422.774,22
171660	PEIXE	25.295,47
171665	PEQUIZEIRO	89.010,91
171700	PINDORAMA DO TOCANTINS	36.644,44
171720	PIRAQUÊ	324.690,80
171750	PIUM	14.675,57
171780	PONTE ALTA DO BOM JESUS	120.138,40
171790	PONTE ALTA DO TOCANTINS	24.377,25
171800	PORTO ALEGRE DO TOCANTINS	7.184.492,18
171820	PORTO NACIONAL	60,00
171830	PRAIA NORTE	232.872,54
171840	PRESIDENTE KENNEDY	9.278,51
171855	RIACHINHO	40.833,36
171875	RIO SONO	87.560,07
171886	SANTA FÉ DO ARAGUAIA	5.279,80
172010	SÃO BENTO DO TOCANTINS	95.277,50
172049	SÃO VALÉRIO DA NATIVIDADE	149.570,03
172065	SILVANÓPOLIS	13.194,08
172080	SÍTIO NOVO DO TOCANTINS	911.461,24
172090	TAGUATINGA	69,00
172097	TALISMÃ	22.863,54
172110	TOCANTÍNIA	1.795.911,99
172120	TOCANTINÓPOLIS	48.141,28
172208	WANDERLÂNDIA	723.229,89
172210	XAMBIOÁ	97.761.564,73
	<b>TOTAL</b>	

Obs: o valor anual inclui unidades próprias sob gerência e gestão estadual e privadas/filantrópicas sob gestão estadual.

Palmas, 24 de julho de 2009

  
**Eduardo Novaes Medrado**  
 Presidente COSEMS

  
**Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho**  
 Secretário de Estado da Saúde  
 Presidente da CIB - TO

QUADRO 07: ( TOTALIZADOR) - PPI ASSISTENCIAL  
VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE ( valores anuais)

UF : TO

Competência: 2009/07

IBGE	Município	Assistência Ambulatorial e Hospitalar (+)		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Ajustes ou -)	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional de Saúde (-)	Valores recebidos de outras UFs	Total a ser repassado ao Fundo Municipal de Saúde
		Próprio	Referenciado							
Origem do dado		Quadro 01			Quadro 04	Quadro 05	Quadro 06/1ªp	Quadro 01	(0,00)	
		(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
170025	ABREULÂNDIA	(0,00)	0,00	0,00	1.366,50	0,00	1.366,50	0,00	0,00	0,00
170030	AGUIARNÓPOLIS	38.616,62	5.976,14	0,00	5.225,87	0,00	49.818,63	0,00	0,00	0,00
170035	ALIANÇA DO TOCANTINS	40.792,69	0,00	0,00	7,80	0,00	40.800,49	0,00	0,00	0,00
170040	ALMAS	62.240,83	12.682,27	88.380,00	2.467,38	0,00	165.770,48	0,00	0,00	0,00
170070	ALVORADA	142.751,96	32.064,74	268.453,80	20.026,52	0,00	463.297,02	0,00	0,00	0,00
170100	ANANÁS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
170105	ANGICO	19.958,95	0,00	0,00	891,27	0,00	20.850,22	0,00	0,00	(0,00)
170110	APARECIDA DO RIO NEGRO	33.291,71	0,00	0,00	431,70	0,00	33.723,41	0,00	0,00	0,00
170130	ARAGOMINAS	90.328,82	0,00	75.287,40	26.387,36	0,00	192.003,58	0,00	0,00	0,00
170190	ARAGUACEMA	287.861,85	86.535,29	0,00	256.916,52	0,00	631.313,66	0,00	0,00	1.042.800,00
170200	ARAGUAÇU	11.981.002,93	18.855.164,83	3.319.476,48	15.282.200,43	0,00	48.395.044,67	0,00	0,00	0,00
170210	ARAGUAÍNA	34.568,10	0,00	0,00	2.078,49	0,00	36.646,59	0,00	0,00	(0,00)
170215	ARAGUANÃ	480.598,37	0,00	412.576,96	473.551,26	0,00	1.366.726,59	0,00	0,00	(0,00)
170220	ARAGUATINS	183.854,62	103.435,40	0,00	108.485,57	0,00	395.775,59	0,00	0,00	0,00
170230	ARAPOEMA	402.460,07	255.608,96	0,00	343.105,17	0,00	1.001.174,20	0,00	0,00	(0,00)
170240	ARRAIAS	667.533,26	3.408.861,18	0,00	1.444.189,46	0,00	5.520.583,90	0,00	0,00	(0,00)
170255	AUGUSTINÓPOLIS	5.248,32	0,00	0,00	923,09	0,00	6.171,41	0,00	0,00	(0,00)
170270	AURORA DO TOCANTINS	35.111,68	0,00	0,00	2.181,00	0,00	37.292,68	0,00	0,00	(0,00)
170290	AXIXÁ DO TOCANTINS	1.469,44	0,00	0,00	12,00	0,00	1.481,44	0,00	0,00	0,00
170300	BABAÇULÂNDIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	270,00
170305	BANDEIRANTES DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	270,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170307	BARRA DO OURO	37.576,62	0,00	0,00	126.234,48	0,00	163.811,10	0,00	0,00	0,00
170310	BARROLÂNDIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
170320	BERNARDO SAYÃO	(0,00)	0,00	0,00	7,50	0,00	7,50	0,00	0,00	(0,00)
170330	BOM JESUS DO TOCANTINS	10.457,02	0,00	0,00	0,00	0,00	10.457,02	0,00	0,00	0,00
170360	BRASILÂNDIA DO TOCANTINS	52.866,63	0,00	105.762,00	4.301,11	0,00	162.929,74	0,00	0,00	(0,00)
170370	BREJINHO DE NAZARÉ	11.010,87	0,00	0,00	111,00	0,00	11.121,87	0,00	0,00	0,00
170380	BURITI DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	97,50	0,00	97,50	0,00	0,00	(0,00)
170382	CACHOEIRINHA	(0,00)	0,00	0,00	2.940,00	0,00	2.940,00	0,00	0,00	(0,00)
170384	CAMPOS LINDOS	1.117,74	0,00	0,00	635,26	0,00	1.753,00	0,00	0,00	(0,00)
170386	CARIRI DO TOCANTINS	9.518,71	0,00	0,00	265,50	0,00	9.784,21	0,00	0,00	0,00
170388	CARMOLÂNDIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170389	CARRASCO BONITO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Eduardo Novaes Medrado  
Presidente COSEMS

Eugênio Paccelli de Freitas Coêlho  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO

IBGE	Município	Assistência Ambulatorial e Hospitalar (+)		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Ajustes ou - (+)	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional de Saúde (-)	Valores recebidos de outras UFs	Total a ser repassado ao Fundo Municipal de Saúde
		Próprio	Referenciado							
Origem do dado		Quadro 01								
		4.050,48	0,00	0,00	286,50	0,00	4.336,98	0,00	0,00	0,00
170390	CASEARA	0,00	0,00	0,00	333,00	0,00	333,00	0,00	0,00	0,00
170410	CENTENÁRIO	0,00	0,00	0,00	613,50	0,00	613,50	0,00	0,00	0,00
170510	CHAPADA DA NATIVIDADE	0,00	0,00	0,00	156,00	0,00	156,00	0,00	0,00	79.200,00
170460	CHAPADA DE AREIA	1.019.344,43	565.946,09	79.200,00	809.844,93	0,00	2.395.135,45	0,00	0,00	0,00
170550	COLINAS DO TOCANTINS	101.960,77	577,92	214.126,12	121.266,95	0,00	437.931,76	0,00	0,00	0,00
171670	COLMÉIA	36.813,28	24.924,52	113.089,56	1.864,18	0,00	176.691,54	0,00	0,00	(0,00)
170555	COMBINADO	10.899,22	0,00	0,00	45,00	0,00	10.944,22	0,00	0,00	(0,00)
170560	CONCEIÇÃO DO TOCANTINS	30.858,88	0,00	0,00	72,00	0,00	30.930,88	0,00	0,00	0,00
170600	COUTO DE MAGALHÃES	83.289,33	18.856,05	272.073,12	8.527,64	0,00	382.746,14	0,00	0,00	87,00
170610	CRISTALÂNDIA	(0,00)	0,00	0,00	87,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,08
170625	CRIXÁS DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	19,08	0,00	0,00	0,00	0,00	79.200,00
170650	DARCINÓPOLIS	727.511,17	500.636,39	79.200,00	642.932,13	0,00	1.871.079,69	0,00	0,00	0,00
170700	DIANÓPOLIS	71.928,95	66.351,59	85.590,72	37.914,35	0,00	261.785,61	0,00	0,00	0,00
170710	DIVINÓPOLIS DO TOCANTINS	80.719,67	0,00	0,00	17.148,31	0,00	97.867,98	0,00	0,00	(0,00)
170720	DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS	45.844,26	0,00	131.587,36	1.834,37	0,00	179.265,99	0,00	0,00	910,47
170730	DUERÉ	0,00	0,00	0,00	910,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170740	ESPERANTINA	16.671,29	0,00	0,00	804,90	0,00	17.476,19	0,00	0,00	0,00
170755	FÁTIMA	49.170,97	0,00	110.036,20	1.652,96	0,00	160.860,13	0,00	0,00	(0,00)
170765	FIGUEIRÓPOLIS	73.124,16	0,00	0,00	93,00	0,00	73.217,16	0,00	0,00	844.678,38
170770	FILADÉLFIA	692.241,45	434,46	0,00	152.002,47	0,00	0,00	0,00	0,00	262,50
170820	FORMOSO DO ARAGUAIA	0,00	0,00	0,00	262,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170825	FORTALEZA DO TABOÃO	26.144,57	0,00	0,00	0,00	0,00	26.144,57	0,00	0,00	(0,00)
170830	GOIANORTE	102.535,00	143.041,97	105.046,00	6.486,24	0,00	357.109,21	0,00	0,00	0,00
170900	GOIATINS	832.603,89	527.186,72	0,00	434.077,89	0,00	1.793.868,50	0,00	0,00	3.122.090,06
170930	GUARAÍ	3.705.981,46	1.959.777,33	937.200,00	2.647.923,27	6.128.792,00	0,00	0,00	0,00	60,00
170950	GURUPI	0,00	0,00	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	271.496,94
170980	IPUEIRAS	145.493,31	54.970,69	0,00	71.032,94	0,00	191.791,37	0,00	0,00	0,00
171050	ITACAJÁ	51.909,01	0,00	139.876,36	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
171070	ITAGUATINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	16.794,66	0,00	0,00	0,00
171090	ITAPIRATINS	13.893,28	0,00	0,00	2.901,38	0,00	1.094,92	0,00	0,00	(0,00)
171110	ITAPORÃ DO TOCANTINS	824,92	0,00	0,00	270,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171150	JAÚ DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	160.751,74	0,00	0,00	(0,00)
171180	JUARINA	94.103,91	0,00	64.402,80	2.245,03	0,00	7.912,37	0,00	0,00	392,31
171190	LAGOA DA CONFUSÃO	7.624,37	0,00	0,00	288,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.516,80
171195	LAGOA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	392,31	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
171200	LAJEADO	1.085,80	0,00	0,00	1.431,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,54
171215	LAVANDEIRA	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
171240	LIZARDA	0,00	0,00	0,00	9,54	0,00	9.074,39	0,00	0,00	0,00
171245	LUZINÓPOLIS	6.622,75	0,00	0,00	2.451,64	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
171250	MARIANÓPOLIS DO TOCANTINS									

Eugênio Paccelli de Freitas Coêlho  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO

Eduardo Novaes Medrado

IBGE	Município	Assistência Ambulatorial e Hospitalar (+)		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Ajustes ou - (+)	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional de Saúde (-)	Valores recebidos de outras UFs	Total a ser repassado ao Fundo Municipal de Saúde
		Próprio	Referenciado							
Origem do dado		Quadro 01				Quadro 04	Quadro 05	Quadro 06/1ªp	Quadro 01	
		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		0,00	0,00	0,00	85,50	0,00	85,50	0,00	0,00	0,00
171270	MATEIROS	0,00	0,00	0,00	888.377,31	0,00	587.527,70	0,00	0,00	(0,00)
171280	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	1.047.965,86	414.804,23	0,00	217.060,47	0,00	93.430,22	0,00	0,00	360,00
171320	MIRACEMA DO TOCANTINS	370.467,23	0,00	64.351,08	1.027,20	0,00	0,00	0,00	0,00	1.892,34
171330	MIRANORTE	28.051,94	0,00	0,00	360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171360	MONTE DO CARMO	(0,00)	0,00	0,00	1.892,34	0,00	395.615,67	0,00	0,00	213.898,15
171370	MONTE SANTO DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	236.688,60	2.394,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171395	MURICILÂNDIA	79.886,97	76.645,17	0,00	42.066,90	0,00	210.736,64	0,00	0,00	0,00
171420	NATIVIDADE	108.724,89	63.106,36	0,00	139.589,64	0,00	13.152,81	0,00	0,00	0,00
171430	NAZARÉ	71.147,00	0,00	0,00	289,31	0,00	37.170,40	0,00	0,00	0,00
171488	NOVA OLINDA	12.863,50	0,00	0,00	30,00	0,00	4.890,66	0,00	0,00	93,00
171500	NOVA ROSALÂNDIA	37.140,40	0,00	0,00	423,78	0,00	0,00	0,00	0,00	255,00
171510	NOVO ACORDO	4.466,88	0,00	0,00	93,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.427.522,64
171515	NOVO ALEGRE	(0,00)	0,00	0,00	255,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81,00
171525	NOVO JARDIM	(0,00)	0,00	1.113.600,00	34.124.076,33	41.660.672,38	8.823.611,93	0,00	0,00	564,57
171550	OLIVEIRA DE FÁTIMA	15.518.927,05	11.155.203,57	0,00	81,00	0,00	0,00	0,00	0,00	263.146,49
172100	PALMAS	(0,00)	0,00	0,00	564,57	0,00	0,00	0,00	0,00	79.200,00
171570	PALMEIRANTE	(0,00)	0,00	30.097,37	36.543,93	0,00	4.247.734,18	0,00	0,00	302.260,51
171380	PALMEIRAS DO TOCANTINS	167.716,80	28.788,39	79.200,00	1.400.740,82	0,00	0,00	0,00	0,00	176,67
171575	PALMEIRÓPOLIS	1.762.827,64	1.084.165,72	0,00	25.179,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171610	PARAÍSO DO TOCANTINS	273.561,44	3.519,60	0,00	176,67	0,00	1.230.102,60	0,00	0,00	(0,00)
171620	PARANÃ	(0,00)	0,00	0,00	574.386,63	0,00	422.774,22	0,00	0,00	0,00
171630	PAU D'ARCO	292.666,77	363.049,20	0,00	114.377,36	0,00	25.295,47	0,00	0,00	0,00
171650	PEDRO AFONSO	276.173,90	32.222,96	0,00	94,62	0,00	89.010,91	0,00	0,00	(0,00)
171660	PEIXE	25.200,85	0,00	60.000,00	0,00	0,00	36.644,44	0,00	0,00	0,00
171665	PEQUIZEIRO	29.010,91	0,00	0,00	0,00	0,00	324.690,80	0,00	0,00	0,00
171700	PINDORAMA DO TOCANTINS	36.644,44	0,00	77.015,52	72.466,12	0,00	14.675,57	0,00	0,00	0,00
171720	PIRAQUÊ	152.390,45	22.818,71	0,00	90,00	0,00	120.138,40	0,00	0,00	(0,00)
171750	PIUM	14.585,57	0,00	71.795,40	576,92	0,00	24.377,25	0,00	0,00	79.200,00
171780	PONTE ALTA DO BOM JESUS	47.766,08	0,00	0,00	0,00	0,00	7.184.492,18	0,00	0,00	0,00
171790	PONTE ALTA DO TOCANTINS	24.377,25	0,00	79.200,00	4.012.105,42	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00
171800	PORTO ALEGRE DO TOCANTINS	1.909.648,14	1.262.738,62	0,00	60,00	0,00	232.872,54	0,00	0,00	90,00
171820	PORTO NACIONAL	0,00	0,00	128.771,88	974,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171830	PRAIA NORTE	51.585,36	51.540,45	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171840	PRESIDENTE KENNEDY	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.278,51	0,00	0,00	(0,00)
171845	PUGMIL	0,00	0,00	0,00	2.393,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171850	RECURSOLÂNDIA	6.885,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	842,85
171855	RIACHINHO	(0,00)	0,00	0,00	842,85	0,00	40.833,36	0,00	0,00	0,00
171865	RIO DA CONCEIÇÃO	0,00	0,00	0,00	880,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171870	RIO DOS BOIS	39.953,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171875	RIO SONO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Eugênio Paccell de Freitas Coêlho  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO

Eduardo Novaes Medrado

IBGE	Município	Assistência Ambulatorial e Hospitalar (+)		Incentivos Permanentes de custeio (+)	Ajustes ou -)	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional de Saúde (-)	Valores recebidos de outras UFs	Total a ser repassado ao Fundo Municipal de Saúde
		Próprio	Referenciado							
Origem do dado		Quadro 01			Quadro 04	Quadro 05	Quadro 06/1ªp	Quadro 01		
		(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
171880	SAMPAIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	87.560,07	0,00	0,00	50,13
171884	SANDOLÂNDIA	26.936,26	0,00	60.000,00	623,81	0,00	0,00	0,00	0,00	626,13
171886	SANTA FÉ DO ARAGUAIA	(0,00)	0,00	0,00	50,13	0,00	0,00	0,00	0,00	1.007,19
171888	SANTA MARIA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	626,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
171889	SANTA RITA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	1.007,19	0,00	0,00	0,00	0,00	590,49
171890	SANTA ROSA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
171900	SANTA TEREZA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	590,49	0,00	5.279,80	0,00	0,00	0,00
172000	SANTA TEREZINHA DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	1.199,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172000	SANTA TEREZINHA DO TOCANTINS	4.080,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.855,65
172010	SÃO BENTO DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
172015	SÃO FÉLIX DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	1.855,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172020	SÃO MIGUEL DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172025	SÃO SALVADOR DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	95.277,50	0,00	0,00	(0,00)
172030	SÃO SEBASTIÃO DO TOCANTINS	86.972,82	0,00	0,00	8.304,68	0,00	149.570,03	0,00	0,00	0,00
172049	SÃO VALÉRIO DA NATIVIDADE	30.675,66	0,00	109.496,08	9.398,29	0,00	13.194,08	0,00	0,00	0,00
172065	SILVANÓPOLIS	13.117,40	0,00	0,00	76,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172080	SÍTIO NOVO DO TOCANTINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	911.461,24	0,00	0,00	379,08
172085	SUCUPIRA	531.823,51	220.030,41	0,00	159.607,32	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,00)
172090	TAGUATINGA	(0,00)	0,00	0,00	379,08	0,00	69,00	0,00	0,00	(0,00)
172093	TAIPAS DO TOCANTINS	(0,00)	0,00	0,00	69,00	0,00	22.863,54	0,00	0,00	0,00
172097	TALISMÃ	21.073,74	0,00	0,00	1.789,80	0,00	1.795.911,99	0,00	0,00	549,00
172110	TOCANTÍNIA	985.121,01	403.687,90	0,00	407.103,08	0,00	0,00	0,00	0,00	37,50
172120	TOCANTINÓPOLIS	(0,00)	0,00	0,00	549,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
172125	TUPIRAMA	0,00	0,00	0,00	37,50	0,00	48.141,28	0,00	0,00	0,00
172130	TUPIRATINS	43.933,28	0,00	0,00	4.208,00	0,00	723.229,89	0,00	0,00	0,00
172208	WANDERLÂNDIA	362.668,35	117.720,70	0,00	242.840,84	0,00	0,00	0,00	0,00	17.818.671,49
172210	XAMBIOÁ	<b>47.160.526,15</b>	<b>41.923.074,53</b>	<b>8.711.580,81</b>	<b>65.574.519,10</b>	<b>47.789.464,38</b>	<b>97.761.564,73</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

1 de 1  
Palmas, 24 de julho de 2009

  
Eduardo Novaes Medrado  
Presidente COSEMS

  
Eugênio Paçelli de Freitas Coêlho  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO



QUADRO 08 - PPI ASSISTENCIAL  
TOTALIZAÇÃO DOS VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE (valores anuais)

UF: TO


Competência: 2009/07

ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS	Origem do dado	Valor
(+) Limites referentes aos recursos programados na SES	Quadro 02	R\$ 6.358.178,79
(+) Valores a receber referentes a estabelecimentos sob gestão estadual	Quadro 05	R\$ 97.761.564,73
(+) Valores a receber referentes à TCEP com transferências diretas ao FES	Quadro 04	R\$ 47.789.464,38
(+) Valores a serem retidos pelo fundo Nacional de Saúde e transferidos diretamente às unidades prestadoras universitárias federais	Quadro 6 - 2ª parte	R\$ 0,00
<b>VALORES TOTAIS A SEREM TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE</b>		<b>R\$ 151.909.207,90</b>

Obs.: Caso existam recursos sob gestão estadual retidos no Fundo Nacional de Saúde, eles serão descontados do item "Valores a receber referentes a estabelecimentos sob gestão estadual".

Palmas, 24 de Julho de 2009

  
Eduardo Novaes Medrado  
Presidente COSEMS

  
Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO

QUADRO 09 - PPI ASSISTENCIAL  
CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO (valores anuais)


UF: TO

Competência: 2009/07

ESPECIFICAÇÃO	Origem do dado	Total
Total dos valores transferidos aos Fundos Municipais de Saúde	Quadro 07	17.818.671,47
Total dos valores transferidos ao Fundo Estadual de Saúde	Quadro 08	151.909.207,90
Total dos valores retidos no Fundo Nacional de Saúde	Quadro 06	0,00
Total dos valores encaminhados a outras UFs	Quadro 03	0,00
	<b>TOTAL</b>	<b>169.727.879,37</b>

Palmas, 24 de julho de 2009

  
**Eduardo Noves Medrado**  
Presidente COSEMS

  
**Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho**  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente da CIB - TO