



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 025/10 – CIB / RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a necessidade de garantir à população acesso integral às ações de saúde bucal;

a necessidade de ampliar o acesso da população e qualificar as ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, contribuindo para a melhoria dos indicadores de Saúde Bucal;

a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e define como competência do Estado o apoio técnico e financeiro aos municípios para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde de seus municípios;

a Portaria nº 2373/GM, de 07 de outubro de 2009, que estabelece novos critérios de credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD);

a Portaria 2374/GM, de 07 de outubro de 2009, que altera os valores da tabela de procedimentos de próteses dentárias;

a Portaria SES nº 562/2009, de 09 de dezembro de 2009, que estabelece incentivo financeiro aos municípios que credenciarem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) no RS;

a pactuação realizada na reunião da CIB/RS, de 03/02/2010.

RESOLVE:

Art. 1º – Definir critérios para repasse do incentivo financeiro estadual mensal aos municípios que se credenciarem/contratarem à execução dos serviços de LRPD.

Art 2º - O valor do incentivo estadual será de R\$ 40,00 por unidade de prótese dentária fixa, removível e total confeccionada.

Art. 3º - Estarão habilitados a receber o incentivo os municípios que aderiram ou que venham a aderir à proposta do Ministério da Saúde, conforme as normas e diretrizes da Portaria GM/MS 2373, de 07 de outubro de 2009, e que protocolarem Ofício na CRS, solicitando o incentivo estadual, juntamente com o Anexo da Nota Técnica que normatiza a Portaria GM/MS 2373 (modelo Anexo I).

Art. 4º - Os recursos financeiros serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios que se habilitarem, em conta específica aberta no Banrisul.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 5º - O documento de entrega das próteses aos usuários (modelo Anexo II) deverá ser devidamente preenchido e ficará de posse do gestor municipal e estará sujeito a eventuais auditorias.

Art. 6º - A produção mensal das próteses será acompanhada de acordo com as informações prestadas pelos municípios no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), e serão feitas avaliações mensais destes dados pela Seção de Saúde Bucal do DAS para o repasse dos recursos.

Art. 7º - A prestação de contas dos recursos recebidos será através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde, conforme dispõe a legislação vigente.

Art. 8º - Esta resolução entrará em vigor a partir da competência de março de 2010.

Porto Alegre, 23 de fevereiro de 2010.

ARITA BERGMANN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS – Adjunta



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I - RESOLUÇÃO Nº 025/10 – CIB / RS

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

Município - UF, ____ de ____ de ____
Ofício N.º ____ / ____

Assunto: Proposta de implantação de Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD.

Senhor Coordenador,

O Município de _____ - UF _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, propõe a implantação do LRPD (CNES nº: xxxxxxxx) localizado à Rua/Av. _____, nº _____, Bairro _____, Cidade – UF, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, Sr(a) _____, CPF nº _____ e RG nº _____, solicita a Vossa Excelência a adoção das medidas necessárias para a realização do repasse financeiro mensal referente ao LRPD acima mencionado.

O LRPD apresentará as seguintes características:

1. Referência:

() MUNICIPAL:

População a ser coberta: _____

() REGIONAL:

Municípios que compõe a Região: _____

População estimada da Região a ser coberta: _____

() MICRORREGIONAL

Municípios que compõe a Microrregião: _____

População estimada da Microrregião a ser coberta: _____

2. Procedimentos a serem ofertados:

() Prótese Total Mandibular / Maxilar;

() Prótese Parcial Removível Mandibular/Maxilar;

() Prótese Coronária / Intrarradicular Fixa / Adesiva.

3. Capacidade de produção:

Quantidade: () Prótese Total Mandibular / Maxilar por mês;

Quantidade: () Prótese Parcial Removível Mandibular/Maxilar por mês;

Quantidade: () Prótese Coronária / Intrarradicular Fixa / Adesiva por mês.

4. Localização do LRPD:

() Anexo ao Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;

() Anexo a outro estabelecimento de saúde;

() Estabelecimento exclusivo para LRPD.

5. Natureza jurídica do LRPD

() Público;

() Privado.

Obs: para os municípios que já obtiveram aprovação da implantação do LRPD pela CIB, favor encaminhar cópia da resolução.

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

Ao Exmo Sr. **Dr. GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR**
Coordenador Nacional de Saúde Bucal



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II - RESOLUÇÃO Nº 025/10 – CIB / RS

Boletim Mensal de Produção de Próteses Dentárias

Município:

Unidade de Saúde:

CRS:

Data:

Nome do Usuário	Descrição Próteses Entregue	Cód. SIA/SUS	Assinatura Usuário	Assinatura Profissional	Valor

Assinatura e carimbo do gestor municipal

Valor Total